



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS
DAS GESTANTES EM RELAÇÃO AO TEMA**

Brenda Host Vicente Machado

MANHUAÇU

2023

BRENDA HOST VICENTE MACHADO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS
DAS GESTANTES EM RELAÇÃO AO TEMA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado no Curso Superior de Direito
do Centro Universitário UNIFACIG, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Direito.

Orientador(a): Bárbara Amaranto

MANHUAÇU

2023

BRENDA HOST VICENTE MACHADO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: AUSENCIA DE INFORMAÇÃO ÀS MULHERES
SOBRE O TEMA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado no Curso Superior de Direito
do Centro Universitário UNIFACIG, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Direito.

Orientador(a): Bárbara Amaranto

Banca Avaliadora: Milena Temer

Banca Avaliadora: Vanessa Santos

MANHUAÇU

2023

RESUMO

A violência obstétrica é considerada um tema recente no campo de estudo, mas o sofrimento da mulher em sua gestação vem sendo registrado em diferentes momentos históricos. A conscientização sobre a violência obstétrica é essencial para o bem-estar das mulheres durante a gravidez e parto. Estudos revelam que entre 20% e 30% das mulheres enfrentaram algum tipo de violência obstétrica, com variações entre regiões do Brasil, atingindo de 25% a 35% em áreas urbanas e economicamente desfavorecidas. Para combater isso, estratégias como campanhas de conscientização, capacitação de profissionais de saúde, inclusão do tema nos currículos escolares e disseminação de materiais educativos são fundamentais. Essas ações visam fortalecer a conscientização e prevenir casos futuros de violência obstétrica, criando ambientes mais seguros e respeitosos para as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. O questionamento a ser respondido: A falta de legislação específica sobre a violência obstétrica fere a existência digna da mulher? O trabalho é resultado de uma pesquisa que adotou como procedimento a análise documental, pautada em leis, no sentido amplo, projetos de leis, bem como a revisão bibliográfica nas bases de dados online, com consulta a artigos científicos e livros relacionados à temática, tendo como referencial teórico o Dossiê Violência Obstétrica. Conclui-se que a figura de uma mulher durante a cena de nascimento envolve valores que precisam ser respeitados como esclarecer procedimentos realizados pelos profissionais de saúde, avaliar cuidadosamente as práticas diárias com as mulheres são fundamentais para a segurança da mulher no trabalho parto e no pós-parto.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Obstétrica; Mulheres; Direito da Mulher.

ABSTRACT

Obstetric violence is considered a recent topic in the field of study, but the suffering of women during pregnancy has been recorded at different historical moments. Raising awareness about obstetric violence is essential for women's well-being during pregnancy and childbirth. Studies reveal that between 20% and 30% of women have faced some type of obstetric violence, with variations between regions of Brazil, reaching 25% to 35% in urban and economically disadvantaged areas. To combat this, strategies such as awareness campaigns, training of health professionals, inclusion of the topic in school curricula and dissemination of educational materials are essential. These actions aim to strengthen awareness and prevent future cases of obstetric violence, creating safer and more respectful environments for women during the pregnancy-puerperal cycle. The question to be answered: Does the lack of specific legislation on obstetric violence hurt the dignified existence of women? The work is the result of a research that adopted document analysis as a procedure, based on laws, in the broad sense, draft laws, as well as a bibliographic review in online databases, with consultation of scientific articles and books related to the subject, having The Obstetric Violence Dossier was used as a theoretical reference. It is concluded that the figure of a woman during the birth scene involves values that need to be respected, such as clarifying procedures performed by health professionals, carefully evaluating daily practices with women, are essential for the safety of women in labor and delivery. Post childbirth.

Keywords: Obstetric Violence; Women; Women's Right.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	9
2.1 PARTO: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA	9
2.2 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	12
2.3 ASPECTOS LEGISLATIVOS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	15
2.4 PARTO NORMAL E A CESÁRIA	18
2.5 RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO	22
2.5.1 Conceito De Dano	26
2.5.2 Erro No Parto	27
4 A DIGNIDADE DA MULHER NO MOMENTO DO NASCIMENTO	29
4.2 O PARTO HUMANIZADO E O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICO	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher no Brasil é alarmante, refletida pelo aumento percebido entre 2012 e 2018, conforme indicado por dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública e Instituto Datafolha. Dois terços dos brasileiros testemunharam agressões sexuais contra mulheres em 2019, com negros e pardos reportando maior incidência. A Lei Nº 10.778, complementada pela Lei Maria da Penha, obriga a notificação compulsória de casos de violência contra mulheres em serviços médicos, resultando em medidas mais efetivas para combater esse fenômeno, incluindo abordagens penais mais robustas (SILVA, 2023).

O presente estudo aborda a violência obstétrica, caracterizada pelo abuso contra mulheres durante o parto em serviços médicos, públicos ou privados. Esse abuso pode ser físico ou psicológico, causando traumas significativos. O termo engloba tanto a conduta dos profissionais de saúde quanto falhas estruturais nos serviços oferecidos por clínicas e hospitais. Diante desse cenário social, é crucial esclarecer o aumento da violência contra a mulher, especialmente durante o momento vulnerável do parto!

Estudos como o de Silva (2023) revelam que a violência obstétrica é uma preocupação presente em várias regiões do Brasil, com variações entre os estados, como áreas urbanas ou regiões economicamente desfavorecidas, a incidência pode ser mais elevada, chegando a representar de 25% a 35% das mulheres que relatam terem enfrentado violência obstétrica.

Para combater a violência obstétrica, a implementação de programas educativos abrange estratégias cruciais, como campanhas de conscientização em larga escala por meio de diferentes mídias, capacitação ética de profissionais de saúde e inclusão do tema nos currículos escolares, além de palestras e materiais educativos como cartilhas e vídeos. Essas ações visam informar sobre direitos das gestantes, identificar e enfrentar a violência obstétrica, enquanto sistemas de monitoramento são essenciais para avaliar e ajustar a eficácia dessas iniciativas, fortalecendo a conscientização e a prevenção desse tipo de violência (VILELA, 2023; SILVA, 2023).

Essas ações educativas obrigatórias podem abranger diversos aspectos, como direitos das gestantes, comunicação respeitosa entre profissionais de saúde e pacientes, consentimento informado, e conhecimento sobre os tipos de violência obstétrica. Além disso, é fundamental que essas ações sejam implementadas não apenas em áreas urbanas, mas também em comunidades rurais e remotas,

garantindo que todos tenham acesso a informações relevantes e necessárias para proteger sua saúde durante a gravidez e o parto (SILVA,2023).

Ao aumentar a consciência e o conhecimento sobre a violência obstétrica, essas ações educativas têm o potencial de prevenir futuros casos, capacitando mulheres e homens a reconhecerem e denunciarem qualquer forma de violência obstétrica. Essa conscientização pode contribuir significativamente para um ambiente de saúde mais seguro, respeitoso e empoderador para as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal (ARAÚJO, 2023).

Apresentado o tema, passa-se à problemática que permeia o trabalho, qual seja: diante do aumento da violência contra a mulher no Brasil como a Lei Maria da Penha e outras medidas constitucionais podem garantir segurança para as mulheres no momento do parto? O estudo tem como hipótese o que há de errado acontecendo e quais as medidas deveriam ser tomadas para que a violência obstétrica deixe de existir no Brasil.

O objetivo do presente foi de analisar os direitos das mulheres no Brasil em relação à violência obstétrica, destacando a efetividade da Lei Maria da Penha e outras medidas constitucionais na garantia da segurança das mulheres durante o parto.

A Lei 11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha, promoveu mudanças significativas na proteção da dignidade feminina frente à violência, mas levantou questionamentos sobre sua eficácia e aplicação pelos agentes de proteção. Este estudo exploratório busca analisar as medidas de proteção propostas pela lei, utilizando revisão bibliográfica, legislação vigente, análise de jurisprudências e estudos já publicados, adotando uma abordagem quali-quantitativa.

O estudo é dividido em dois capítulos: o primeiro explora a "Violência Contra a Mulher", abordando perspectiva histórica e tipos de violência obstétrica. O segundo foca nos "Direitos das Mulheres no Brasil", discutindo jurisprudência, instrumentos de proteção como a Lei Maria da Penha e a importância da dignidade no parto. Destaca-se a discussão sobre a violência obstétrica, evidenciando abusos por profissionais de saúde durante o parto, incluindo práticas invasivas e desrespeitosas que prejudicam o bem-estar e a autonomia das mulheres no momento do nascimento.

2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Esclarecido o caminho conceitual percorrido, faz-se necessário trazer à baila a evolução histórica e conceito o que foi realizada no próximo capítulo.

2.1 PARTO: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Antigamente os partos eram tradicionalmente realizados pelas parteiras que, além de cuidar dos recém-nascidos, também cuidavam do corpo feminino. Tais parteiras eram parentes, vizinhas, amigas ou até mesmo mulheres reconhecidas por sua experiência para tal acompanhamento, eram também de uma sabedoria, que foram sendo produzidos lendas e crenças sobre o corpo das grávidas.

As práticas de parto e nascimento variaram ao longo da história. Embora haja poucos registros completos sobre partos antigos, Rosenberg e Trevathan (2001) indicam que as dificuldades no parto desafiaram humanos e ancestrais desde a pré-história. A evolução humana, datada há até cinco milhões de anos com o bipedalismo, alterou a anatomia pélvica, levando as mulheres a procurar auxílio no momento do parto. Indícios fósseis sugerem que a anatomia, mais do que a natureza social, influenciou as mães a buscar ajuda no parto (ROSENBERG; TREVATHAN, 2001).

Segundo Briquet (2011), a história da assistência ao parto pode ser dividida em três fases: a antiga, marcada pela assistência feminina exclusiva; a fase média, com uma tendência cirúrgica e uso de instrumentação; e a fase moderna, iniciada por obras científicas como a de Deventer (1701) e a invenção do fórceps por Pedro Chamberlan. Engelmann (1888, citado por Briquet, 2011) propõe uma subdivisão da obstetrícia em fases: a empírica, com assistência exclusivamente feminina; a cirúrgica, com o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas; e a anatômica, onde a obstetrícia se aproxima do ideal de assistência baseada na anatomofisiologia obstétrica.

O período antigo se subdivide em três épocas: pré-hipocrática, hipocrática e a pós-hipocrática, que começa com a escola de Alexandria e chega ao início da cultura da medicina pelos árabes. A época pré-hipocrática é subdividida em duas fases: a primitiva ou intuitiva e religiosa. O período primitivo é marcado pelo auxílio da parturiente que eram amigas, vizinhas ou mulheres experientes, eram realizadas práticas religiosas e realizados também algumas manobras externas ou internas, para se evitar o parto distócico (parto em que, apesar do útero se contrair normalmente, o

bebê não consegue passar pela bacia por estar bloqueado fisicamente). As parteiras colocavam as parturientes em várias posturas, faziam pressões abdominais, ministravam-se remédios feitos pelas curandeiras, provocavam náuseas.

A época hipocrática é lembrada pelas correntes filosóficas onde são citadas e edificadas a medicina científica. O filósofo Hipócrates estudou sobre a medicina e substituiu a etiologia divina pela observação direta da natureza. A época pós-hipocrática era o parto realizado pelas mãos das parteiras e os médicos só eram chamados em casos de complicações e extração da placenta. Mas em quase todos estes momentos de complicações das parteiras e demais pessoas evitavam de chamar os médicos.

Antigamente na idade média a fertilidade era supervalorizada pela sociedade, mas os desejos sempre eram por crianças do sexo masculino. A falta de fecundidade era considerada um pecado pela sociedade sempre culpando as mulheres. A gravidez era considerada uma ordem sagrada, onde isentava as mulheres grávidas de assistir cerimônias religiosas ou serem castigadas.

No século XVI, a parteira Luísa Bourgeois assistiu a rainha Maria de Médicis, estava recomendando a versão pélvica para os casos que apresentasse hemorroidas no parto. Neste século ocorreu a primeira cesariana, depois de ser autorizada pelo prefeito e com auxílio de treze parteiras o Jaime Nuffer, que era um castrador de porcos, resolveu praticar essa cesariana na sua esposa. Fora bem-sucedido e sua esposa acabou tendo mais cinco filhos depois de um tempo.

Antigamente, os partos eram realizados por mulheres chamadas de parteiras. As parteiras eram consultadas sobre os cuidados com o corpo e doenças transmitidas sexualmente. Elas acompanhavam as mulheres durante a gestação, parto, puerpério e ajudavam nos cuidados com os recém-nascidos. Os procedimentos eram realizados em domicílio até o final do século XIX, no ano de 1878, aumentou em até seis vezes as chances de mulheres inglesas morrerem ao realizar o parto em maternidade, em razão da infecção puerperal.

Logo começou a introdução dos médicos e seus materiais de trabalho nos partos, assim colocando as parteiras em segundo plano. Após a segunda guerra mundial ocorreu a institucionalização do parto, dessa forma os médicos foram adquirindo novos conhecimentos em relação as cirurgias, assepsia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, assim conseguindo diminuir os riscos de morbimortalidade maternal. O que acarretou a institucionalização do parto, foi a

medicalização e a perda da autonomia da mulher como a líder do seu parto, sendo marcado pela medicalização e abuso de práticas invasivas e desnecessárias. Antes de padronizar o parto em maternidades, o ato de dar à luz eram mais íntimos, particulares, em seu domicílio, se transformou em um treinamento de residentes da medicina, em um âmbito hospitalar.

A institucionalização do parto teve crescimento em questões tecnológicas, mas perdeu muito em relação ao mesmo acolhimento que ocorria no domicílio, fez com que houvesse afastamentos da família no processo do parto, pois as mulheres permaneciam internada em leitos coletivos, sem privacidade e foram privadas da presença dos familiares e começa a surgir normas de comportamentos definidos pelo hospital, a estrutura física e hábitos hospitalares não foram preparados para as parturientes, mas sim, para os profissionais da saúde. Pelas normas hospitalares a parturiente perdeu o acolhimento, a opção de escolha do acompanhante, as mulheres começaram a parir somente com a presença da equipe médica.

Com os avanços tecnológicos nos anos 1960, surgiu uma nova técnica para ocorrer um parto indolor e facilitar os partos com a anestesia peridural, pois os partos realizados em maternidades aumentavam muito o nível de estresse da mulher, onde eram cuidadas por pessoas totalmente desconhecidas, sem participação de familiares e com novas técnicas.

A obstetrícia moderna é caracterizada em três dimensões: Primeiro, ela elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a condução ativa do parto; segundo, impede os médicos de reconhecerem como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam, dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto; terceiro, define e determina a atuação intervencionista do médico quando ele achar que o músculo uterino não responde apropriadamente (PONTES, 2014, p. 72).

Como a citação de Pontes (2014) com a obstetrícia ocorre o desprezo emocionais, sociais e culturais, considerando como se corpo da mulher fosse uma máquina incompleta e só se preocupam com as técnicas e intervenções medicinais, assim destituindo o papel de protagonista da mulher e a colocando na posição passiva. Diante do exposto o próximo capítulo aborda sobre as formas de violência obstétrica e retrata a violência contra as mulheres nesse sentido.

2.2 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Conforme uma publicação feita pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo em 2013, caracterizando a violência obstétrica como apropriação do corpo e intervenções dos profissionais da saúde, como o abuso da medicalização, tratamento desumanizado, perda de autonomia no próprio parto e a capacidade de decidir sobre o seu próprio corpo. A violência obstétrica é classificada pelo órgão em três fases: a violência obstétrica na gestação, violência obstétrica no parto e a violência obstétrica em casos de abortamento.

As formas de violência obstétrica durante o parto são:

- a) Recusa da admissão em hospital ou maternidade (peregrinação por leito);
- b) Impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher;
- c) Procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso). Exemplos: soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto por conveniência médica, exames de toque sucessivos e por diferentes pessoas, privação de alimentos, episiotomia (corte vaginal), imobilização (braços e pernas), etc.;
- d) Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibria mento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio;
- e) Cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher;
- f) Impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição;
- g) Impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo amamentação na hora de vida, afastando o recém-nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc.). (ESTADO DE SÃO PAULO, 2013, p. 02)

Nos casos de abortamento, a violência obstétrica é caracterizada por:

- a) Negativa ou demora no atendimento à mulher em situação de abortamento;
- b) Questionamento à mulher quanto à causa do abortamento (se intencional ou não);
- c) Realização de procedimentos predominantemente invasivos, sem explicação, consentimento e, frequentemente, sem anestesia;
- d) Ameaças, acusação e culpabilização da mulher;
- e) Coação com finalidade de confissão e denúncia à polícia da mulher em situação de abortamento. (ESTADO DE SÃO PAULO, 2013, p. 02)

Conforme com a Rede Parto do princípio (2012), esse tipo de violência é entendido em seis modalidades de caráter como: físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático.

- a) Violência obstétrica caráter físico: são as que atinjam o corpo da mulher, com interferências que causem dor ou dano físico, fundamentação ou

evidências científicas como a privação de alimentos, a proibição da mulher se movimentar, a tricotomia, manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica e a não utilização de analgesia.

b) Violência obstétrica de caráter psicológico: é toda ação verbal ou comportamental que pode causar na paciente, sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, enganação, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio;

c) Violência obstétrica de caráter sexual: Violência obstétrica de natureza sexual: conceituada como qualquer comportamento contra uma mulher que viole sua intimidade ou sentimento de vergonha, afeta sua consciência de integridade sexual e reprodutiva e pode ou não ser capaz de entrar em contato com seus órgãos sexuais e partes íntimas do corpo. Por exemplo, episiotomia, assédio, exame de toque invasivo, contínuo ou agressivo, enema, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou desprendimento de membranas sem consentimento informado, parto supino forçado, mamilos não esclarecidos, repetir a inspeção sem consentimento;

d) Violência obstétrica de caráter institucional: é definida como condutas ou formas de organização que dificultam, retardam ou impedem a mulher de obter os direitos instituídos, independentemente dessas condutas ou serviços, públicos ou privados, como dificultar o acesso aos serviços de saúde, impedindo amamentação

e) Violência obstétrica de natureza material: em benefício de pessoas físicas ou jurídicas, as ações ativas e passivas e as ações destinadas a obter recursos financeiros da mulher no processo de parto violam seus direitos legalmente garantidos;

f) Violência obstétrica com base na mídia: é definida como uma ação realizada por profissionais através da mídia para violar psicologicamente o processo reprodutivo da mulher e desvalorizar seus direitos por meio de informações, imagens ou outros sinais divulgados publicamente (como um pedido de desculpas). Uso em práticas científicas de tabu que tenham objetivos sociais, econômicos ou de governança.

Durante o parto, podem ocorrer a violência física e psicológica, a violência física se caracteriza como procedimentos sem justificativa, como toques vaginais dolorosos, tricotomia e episiotomias, sem anestesia e sem necessidade, e excesso de intervenções no parto, infusão intravenosa para acelerar o parto (ocitocina sintética), a pressão sobre a barriga da parturiente para empurrar o bebê (manobra de Kristeller), uso rotineiro de lavagem intestinal, proibição de ingerir líquido ou alimentos leves durante o parto, movimentações das mulheres, agendamento de cesárea sem recomendação baseada nos interesses médicos e impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto entre diversas outras formas.

Outras ações, que são consideradas violência obstétrica, podem ser visualizadas nos art. 34 e 35, da Lei nº 18.322, de 5 de janeiro de 2022. A saber:

Art. 34. Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.

Art. 35. Para efeitos do disposto neste Capítulo considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

- I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;
- II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;
- III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;
- IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;
- V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;
- VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;
- VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;
- VIII – promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;
- IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;
- X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;
- XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;
- XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;
- XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;
- XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;
- XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;
- XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;
- XVII – submeter a mulher e/ou o bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;
- XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;
- XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;
- XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia (SANTA CATARINA, 2022).

Nessa perspectiva, Aguiar (2022), comenta que as mulheres vítimas de violência obstétrica podem contar com a ajuda da defensoria pública, o acesso à Defensoria Pública por toda mulher em situação de violência, até mesmo a violência

obstétrica está prevista no Artigo 28 da Lei Maria da Penha. Nesses casos, a vítima é assistida por um defensor público em sua defesa no processo (AGUIAR,2022).

A atuação da Defensoria Pública na assistência da acusação ainda não é frequente, mas tem ocorrido de forma crescente. Diante de crimes previstos no Código Penal, como o estupro, a atuação ocorre na assistência da acusação, também para garantir a promoção dos direitos da mulher, Aguiar (2022, p.26-31) esclarece que:

São situações em que há uma grande exposição da vítima. A frieza do processo gera um constrangimento maior. Também auxilia a quebrar barreiras e paradigmas para que, embora seja algo desconfortável, ela esteja o mais confortável possível diante daquela realidade. A atuação da Defensoria é muito importante no sentido de acolher essa vítima e estar ao seu lado desmistificando coisas do processo, mostrando a ela a importância de um depoimento claro e preciso.

Diante disso, é necessário que os órgãos do sistema de justiça, incluindo a Defensoria Pública, estejam preparados e aparelhados, para o atendimento de modo qualificado dessas vítimas, para que seja evitada a sua revitimização, e garantindo de modo integral os seus direitos humanos.

2.3 ASPECTOS LEGISLATIVOS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A legislação brasileira não dispõe de uma norma específica sobre violência obstétrica. No entanto, existem diversos documentos, como textos, portarias, relatórios e normas instrutivas, que abordam esse tema. Entre eles, destaca-se o relatório da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) de Alagoas, que resultou na sanção da Lei nº 2.324, de 07 de agosto de 2019, pela prefeitura de Rio Branco. Essa lei estabelece medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Município de Rio Branco, representando apenas uma das várias leis e projetos de leis (PL) que têm surgido nos últimos anos (AC, 2019). Um exemplo é o Projeto de Lei (PL) nº 2082/2022, em tramitação no Senado Federal, proposto pela senadora Leila Barros, que busca tipificar a violência obstétrica e estabelecer punições de até dois anos de detenção para determinados casos de abuso.

A Lei nº 18.322 de Santa Catarina, promulgada em janeiro de 2022, consolidou as políticas de enfrentamento à violência contra mulheres. Essa lei organizou normas jurídicas relacionadas à temática, destacando o Capítulo 5, que introduz medidas de

combate à violência obstétrica. O artigo 36 estabelece a responsabilidade da Secretaria de Saúde em criar a Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, visando fornecer informações para garantir atendimento hospitalar digno e combater a violência obstétrica (SANTA CATARINA, 2022).

Ao disponibilizar informações claras e acessíveis, a cartilha contribui para empoderar as mulheres, permitindo que elas conheçam seus direitos e exijam um atendimento respeitoso e humanizado. Além disso, ao abordar a temática da violência obstétrica, o documento desempenha um papel fundamental na conscientização da sociedade sobre a importância de se combater e erradicar essa forma de violência, garantindo que a saúde e o bem-estar das mulheres sejam preservados.

O art. 37 também busca viabilizar novas iniciativas de elucidação da comunidade sobre a violência obstétrica. Para isso, a Lei nº18.322, em 5 de janeiro de 2022, determina que os hospitais promovam, por meio de cartazes informativos, as condutas descritas nos incisos I a XXI do artigo 35 dessa mesma lei, já mencionadas anteriormente (SANTA CATARINA, 2022).

Essa medida contribui para ampliar a divulgação e o conhecimento das condutas proibidas, permitindo que as mulheres reconheçam situações de violência obstétrica e possam denunciá-las. Além disso, ao tornar visíveis as práticas inadequadas e abusivas, os cartazes informativos também têm o potencial de desencorajar a ocorrência de violência obstétrica, ao criar uma cultura de respeito e cuidado no ambiente hospitalar.

No âmbito federal, a legislação foi recentemente influenciada pela Resolução nº 2.232, de 17 de setembro de 2019, do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2019), a qual trata da "recusa terapêutica". Essa resolução aborda o ato voluntário, livre e consciente de um paciente que, embora tenha consentido com o atendimento médico em algum momento, se recusa a seguir o tratamento sugerido pelo profissional. Em situações de risco relevante à saúde, o médico não deve aceitar a recusa terapêutica de um paciente menor de idade ou de um adulto que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais, independentemente de estarem representados ou assistidos por terceiros (conforme disposto no artigo 3º da referida resolução).

No que diz respeito aos casos de abuso de direito relacionados à recusa terapêutica, o artigo 5º da resolução traz situações consideradas como tal. De acordo com esse artigo, a recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando configurar abuso de direito. O abuso de direito ocorre quando a recusa terapêutica

coloca em risco a saúde de terceiros ou quando se trata de recusa terapêutica ao tratamento de doença transmissível ou de qualquer outra condição semelhante que exponha a população a risco de contaminação (CFM, 2019).

Além disso, o parágrafo 2º do artigo 5º estabelece que "a recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto". Portanto, se o médico perceber que a recusa da mãe pode prejudicar o feto, a recusa pode ser ignorada.

No que se refere às condutas médicas, estas devem ser pautadas pelo Código de Ética do Médico, regulamentado pela Resolução nº 1.931, de 2009, do Conselho Federal de Medicina. Esse código impõe uma série de deveres aos médicos com o objetivo de viabilizar um tratamento digno e eficaz, dentro dos padrões éticos, morais e legais. É possível identificar alguns artigos desse código que são pertinentes ao combate à violência obstétrica, tais como o Artigo 23, o Artigo 24, o Artigo 25, o Artigo 27, e o Artigo 28.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza. Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade (CFM, 2010).

Nessa mesma linha de pensamento, é importante mencionar a Lei do Acompanhante, identificada como Lei nº 11.108/2005, que trouxe modificações na Lei nº 8.080/1990, a qual abordava as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, entre outras providências (BRASIL, 1990). A Lei do Acompanhante introduziu o artigo 19-J nessa legislação, com o propósito de assegurar a presença de um acompanhante para a parturiente durante e após o parto.

Contudo, não é surpreendente que haja inúmeros casos de não cumprimento dessa lei, muitas vezes resultando na restrição do acompanhante por meio da cobrança de taxas. É bastante frequente a prática de cobrança de taxas para permitir

a presença de acompanhantes. Essas taxas são exigidas tanto para a entrada como para a permanência do acompanhante junto à gestante. No entanto, todas essas cobranças são consideradas abusivas, uma vez que as resoluções, como a RDC nº 36 e a resolução 211 da ANS, assim como a própria lei do acompanhante, garantem o direito à presença do acompanhante durante o parto (RIBEIRO, 2022).

Essas taxas são geralmente aplicadas a pacientes internados em quartos compartilhados ou enfermarias, com o objetivo de incentivar a aquisição de planos de saúde mais abrangentes, nos quais o direito do acompanhante já esteja incluído. Essa prática não apenas é abusiva, mas também absurda. Como a presença do acompanhante proporciona à mulher um sentimento de segurança, muitas famílias acabam optando por adquirir planos de saúde mais caros para garantir um parto mais tranquilo (RIBEIRO, 2022).

2.4 PARTO NORMAL E A CESÁRIA

A chegada de um novo ser ao mundo é um acontecimento de extrema importância na vida da mulher, representando uma transformação significativa tanto para sua identidade quanto para o surgimento de uma nova figura maternal. Esse momento, que pode ser vivenciado de maneira plena ou traumática, permanecerá eternamente na memória da mulher. Portanto, a maneira como todo o processo ocorre é crucial (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

No decorrer dos anos, a narrativa em torno do parto no Brasil passou por várias transformações. Durante séculos, os nascimentos ocorriam no ambiente doméstico, sendo assistidos exclusivamente por mulheres e auxiliados por parteiras, cujo conhecimento era baseado em experiência prática e que criavam um ambiente emocionalmente propício. O parto em casa representava um momento em que a mulher tinha total autonomia sobre o seu corpo e o processo de dar à luz (SEIBERT *et al.*, 2005).

Os avanços científicos e a ascensão do modelo tecnocrático resultaram em uma maior presença masculina no atendimento ao parto, transformando-o em uma condição patológica e a mulher em paciente. Esse foi o catalisador para grandes mudanças nesse campo (SEIBERT *et al.*, 2005). A partir desse momento, o parto deixou de ocorrer no ambiente doméstico para se tornar hospitalocêntrico, com a

transição das parteiras para os médicos. O evento, que antes era encarado como saudável e não exigia intervenções, passou a ser excessivamente intervencionista, e a autonomia da mulher foi substituída pela submissão.

No entanto, apesar das diretrizes e políticas públicas estabelecidas, tem havido uma valorização significativa da cesariana por parte dos médicos e da população. O Ministério da Saúde reconhece que o Brasil enfrenta uma epidemia de cesáreas, com cerca de 1,6 milhão de procedimentos realizados a cada ano. Nas últimas décadas, a taxa nacional de cesáreas tem aumentado progressivamente, tornando-se o método mais comum de nascimento no país. A taxa de cesarianas no Brasil é de aproximadamente 56%, havendo uma diferença significativa entre os serviços de saúde pública (40%) e os serviços de saúde privados (85%) (BRASIL, 2016).

À medida que o tempo passa, a mulher tem conquistado seu espaço na sociedade e agora está em um nível de igualdade com os homens. No entanto, essa vida agitada da mulher moderna traz tanto ganhos quanto perdas. Atualmente, é raro ver a mãe cuidando de seu filho, pois essa responsabilidade muitas vezes é assumida pelas avós, babás ou instituições escolares. Nessa era do capitalismo industrial ou pós-industrial, que domina a vida contemporânea, o tempo é precioso e as atividades são meticulosamente planejadas (DOMINGUES *et al.*, 2014).

No entanto, a mulher está se iludindo ao acreditar que ter a liberdade de escolher a data e o horário do parto é uma conquista. Por trás dessa aparente liberdade, pode haver apenas comodidade e conveniência disfarçadas, em vez de uma escolha informada e consciente. A mulher deseja ser tão livre, mas acaba perdendo sua autonomia no momento mais crucial de sua vida: o nascimento de seu filho. Embora ela adquira conhecimentos e controle sobre diversas situações, quando se trata desse momento único e íntimo, relacionado ao seu próprio corpo, ela muitas vezes não recebe informações adequadas sobre os riscos e benefícios dos diferentes tipos de parto e acaba sendo influenciada pelo medo da dor ou pelas opiniões de seus profissionais de pré-natal (OLIVEIRA, 2018).

Existem estudos que relatam a passividade da gestante diante da decisão do médico sobre o tipo de parto. A vulnerabilidade da mulher durante o processo de parto, combinada com a detenção do conhecimento pelo médico que realiza o pré-natal, resulta em uma situação em que a gestante valoriza mais a opinião do médico do que sua própria vontade livre e consciente. A institucionalização do parto e os avanços tecnológicos trouxeram um melhor controle dos riscos para a mãe e o feto, mas

observa que também ocorreu uma incorporação de um grande número de intervenções desnecessárias (FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

A cesárea confere ao médico máximo poder, controle e intervenção no parto, exigindo mínimo esforço uterino por parte da mulher. É por isso que alguns obstetras adotaram a cultura da cesárea indiscriminada, realizando esse tipo de intervenção mesmo quando desnecessário. Como resultado, alguns médicos não estão motivados nem capacitados para acompanhar um parto normal (PIMENTA, 2013).

Uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Agência Nacional de Saúde, em 2015, para reduzir a realização desnecessária de cesáreas, foi a Resolução nº 368, que aborda o direito das beneficiárias de planos de saúde à informação sobre os percentuais de cesáreas e partos normais, por operadora, estabelecimento de saúde e médico, além da utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no contexto da saúde suplementar (ANS, p. 1, 2015).

Posteriormente, a Resolução ANS 368/2015 foi complementada pela Resolução ANS 398/2016 e pela Resolução ANS 409, datada de 22/07/2016, estabelecendo a obrigatoriedade de fornecer a todas as mulheres em trabalho de parto um documento chamado "Nota de Orientação à Gestante". Esse documento contém informações sobre a importância da escolha do parto normal e a necessidade de optar pela cesárea apenas em casos de risco. Conforme citado na literatura mencionada no documento, "as cesáreas triplicam o risco de morte materna, além de estarem relacionadas a cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil" (RESOLUÇÃO ANS nº 409/2016).

No entanto, esse conjunto de resoluções apresenta certa ambiguidade política, pois embora pareça fazer parte de uma política do Ministério da Saúde para garantir transparência, publicidade e informação sobre as taxas de cesáreas desnecessárias praticadas por hospitais, planos de saúde e profissionais de saúde, deve-se ressaltar que essas resoluções resultam de uma determinação judicial, não sendo uma iniciativa política direta do Ministério da Saúde ou da Agência Nacional de Saúde. Essa resolução só existe porque a ANS foi obrigada a editá-la e publicá-la nos termos estabelecidos por uma ordem judicial emitida no processo da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, do TRF da Terceira Região (OLIVEIRA, 2018).

A Diretriz 368/15, juntamente com as atualizações fornecidas pelas Diretrizes 398/16 e 409/16, traz uma inovação de grande importância no contexto quantitativo

dos nascimentos naturais e cesarianas, bem como na obrigatoriedade do partograma, que consiste em um gráfico utilizado para registrar a evolução do processo de parto e as condições da mãe e do feto (OLIVEIRA, 2018). No entanto, essa medida ainda está muito distante da necessidade de uma transformação cultural nos meios de comunicação de massa, na estrutura familiar, no ambiente de trabalho e na vida comunitária das mulheres.

A questão em análise é fascinante, pois não se trata de estabelecer limites ou índices máximos de cesáreas por plano de saúde ou médico por ano, nem de impor metas para a realização de partos normais. O objetivo é reduzir o número de cesáreas, não através de imposições, mas sim por meio da autonomia e da liberdade da mulher durante o processo de parto. O foco está em fornecer informações claras e honestas à mulher, permitindo que ela tenha o direito de escolher entre cesárea e parto normal (LIMA, 2020).

A intenção não é mais persuadir a mulher a optar pelo parto normal apenas para alcançar as recomendações da Organização Mundial da Saúde. Em vez disso, busca-se proporcionar e respeitar a liberdade de escolha da parturiente. É fundamental garantir que ela tenha a possibilidade de escolher, de forma livre, autônoma e informada, o método mais adequado às suas necessidades, ao seu estilo de vida e às suas convicções. Na sociedade brasileira desigual, as soluções técnicas são consideradas definitivas, refletindo ideologias de guerras e campos de concentração. Mulheres em grupos, de baixa renda ou escolaridade, frequentemente se submetem a decisões técnicas de especialistas na área médica (LIMA, 2020).

Isso afeta tanto mulheres que dependem do sistema público de saúde quanto aquelas com plano de saúde privado ou em cargas de liderança exigentes. Em ambas as situações, a autonomia e liberdade das mulheres são desrespeitadas, seja pela falta de informação sobre diferentes métodos de parto ou pela falta de tempo e disposição para escolher opções mais humanizadas. A maioria das mulheres que têm planos de saúde privados são trabalhadoras. Elas raramente param de trabalhar durante a gravidez ou logo após o parto, devido às demandas competitivas e dedicadas de seus empregos (ZANARDO, 2017)

Isso contribui para o alto índice de cesáreas na rede de saúde privada, onde a conveniência e o controle do procedimento são valorizados. O parto normal é frequentemente associado a práticas antigas e culturas passadas, sendo considerado inconveniente diante dos avanços tecnológicos atuais. Além de atender às metas

protegidas por políticas globais e locais de saúde, é crucial reconhecer que a escolha entre parto cesárea ou normal é um direito da mulher. Para garantir isso, é necessário adotar medidas que garantam informações, esclarecimentos sobre os riscos, perigos e benefícios de ambas as opções, além da honestidade e integridade dos profissionais obstetras em relação à saúde da parturiente e do bebê transparente (ZANARDO, 2017).

Embora existam casos em que a cesárea seja necessária contra a vontade da mulher, é crucial evitar cesáreas desnecessárias e priorizar a vontade esclarecida da mulher na escolha do tipo de parto. A emancipação da mulher diante das pressões do mercado de trabalho, dos meios de comunicação e da família ainda é um desafio no século XXI para a garantia de seus direitos (COSTA, 2015).

2.5 RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

Conforme apontado por Carlos Roberto Gonçalves (2019, p. 19), a palavra "responsabilidade" tem origem no latim, sendo derivada de "respondere". Ela carrega o significado da obrigação que uma pessoa tem de arcar com as consequências jurídicas de suas ações, assim como a vinculação do devedor nos contratos verbais do Direito Romano, conhecido como "spondeo". O termo abrange diversos sentidos e significados, mas o autor destaca que a noção de responsabilidade como um aspecto da realidade social se destaca, seja fundamentada na doutrina do livre-arbítrio ou em motivações psicológicas.

Já em relação ao termo "Responsabilidade Civil", Maria Helena Diniz (2018, p. 35) salienta:

[...] a implementação de ações que compelm um indivíduo a indenizar danos morais ou materiais causados a terceiros, devido a um ato diferenciado por ele próprio, por alguém por quem ele é responsável, por algo que lhe pertence ou por mera imposição legal.

Recorrendo a diferentes autores, Rui Stocco (2014, p. 178) define a Responsabilidade Civil como um termo com múltiplos significados, que tanto pode se referir à diligência e cuidado no sentido comum, quanto expressa a obrigação de todos pelos atos respeitados no âmbito jurídico. Seguindo a mesma linha de pensamento, Flávio Tartuce (2011, p. 393) orienta que a Responsabilidade Civil surge quando há desrespeito a qualquer forma de obrigação, seja pelo descumprimento de um contrato

estabelecido, ou pela não observância de um preceito normativo que regule a conduta humana.

Segundo Gagliano e Filho (2016, p. 55), a Responsabilidade Civil surge a partir da violação de um interesse essencialmente particular, resultando na obrigação do infrator de realizar um pagamento financeiro à vítima como forma de compensação, caso não seja possível restabelecer a situação anterior de forma integral.

Por outro lado, Pereira (2016, p. 11) define a Responsabilidade Civil como:

A concretização da possibilidade de processar abstratamente de um dano em relação a um indivíduo que sofre as consequências de uma relação jurídica estabelecida. Reparação e indivíduo afetado formam o conjunto da responsabilidade civil, que pode ser descrito como sua aplicação à pessoa responsável pelo dano.

A Responsabilidade Civil é uma consequência legal na qual uma pessoa que comete um ato ilícito tem a obrigação de reparar o dano causado. Quando há uma violação de um direito protegido por lei, torna-se necessário realizar a compensação pelo dano cometido. Nesse contexto, Gonçalves (2019, p. 24) destaca que um dos contratos da responsabilidade civil é a violação do dever jurídico e a ocorrência do dano. Existe um dever jurídico inicial, cuja violação resulta em um dever jurídico subsequente ou secundário, que é o dever de indenizar a indenização.

O instituto da Responsabilidade Civil do Médico é assunto muito vasto e abrangente. Como preleciona Maria Helena Diniz (2018, p. 263):

Os médicos se comprometem a cuidar do paciente com diligência, empregando os recursos apropriados, sem, no entanto, assumir a obrigação de garantir a cura. Eles serão responsabilizados civilmente apenas quando for comprovada alguma forma de culpa: imprudência, negligência ou imperícia.

Conforme Gagliano e Filho (2016, p. 55), a Responsabilidade Civil surge a partir da violação de um interesse particular, o que implica que o infrator deve pagar uma compensação financeira à vítima, caso não seja possível restaurar a situação anterior. Portanto, é fundamental a presença de elementos essenciais para caracterizar a Responsabilidade Civil, bem como a relação entre ação e dano causado. Em geral, a Responsabilidade Civil do médico ¹é baseada na teoria da Responsabilidade Subjetiva, seguindo o princípio da culpa comprovada (GONÇALVES, 2017).

¹ É importante ressaltar que a responsabilidade de um médico cirurgião plástico, que se compromete com resultados específicos, é uma responsabilidade objetiva, conforme embasamento na doutrina.

Dessa forma, a problemática relacionada ao erro médico refere-se à responsabilidade que o médico tem no exercício de sua função. A Responsabilidade Civil do médico será sempre subjetiva, ou seja, dependerá da comprovação de culpa, apenas se o médico causar um determinado dano ao paciente por conta de imprudência, negligência ou imperícia, é o que ensina Venosa (2016, p. 154), ao argumentar que

A responsabilidade do médico ou de outros profissionais da área da saúde é de natureza subjetiva, ou seja, depende da comprovação de culpa, e essa abordagem foi mantida no Código de Defesa do Consumidor. No entanto, essa não é a mesma situação para hospitais, clínicas e instituições similares, que são considerados fornecedores de serviços e estão sujeitos à teoria do risco.

Nesse contexto, a Responsabilidade Civil está associada à noção de não causar danos a terceiros. Portanto, quando ocorre um ato ilícito, há a obrigação de reparar o dano, conforme estabelecido pela legislação. De acordo com Filho (2010), a culpa médica considerou uma falta de cuidado ou prudência que se espera de um profissional competente escolhido como referência. Segundo Gifoni *et al.*, (2007, p. 111), a culpa comprovada consiste em:

[...] dever decorrente de uma lesão, direta ou indireta, causada a terceiros ou aos seus bens, devido à prática de um ato contrário à lei, intencionalmente ou por negligência, imprudência ou imperícia, abstenção. Em termos simples, é a obrigação legal de reparar o dano causado a outra pessoa.

A partir do exposto, pode-se inferir que a Responsabilidade Subjetiva é estabelecida como regra, uma vez que o indivíduo responsável pelo dano deve ser responsabilizado por suas ações: negligentes, intencionais ou até mesmo omissões. No entanto, é necessário analisá-la com cautela, visto que a linguagem jurídica requer precisão técnica, especialmente no âmbito do Direito.

Conforme Gonçalves (2017), o termo imprudência derivado do latim *imprudencia* e expressa a falta de atenção, descuido ou falta de previsão ao realizar uma ação perigosa. Refere-se a uma conduta precipitada e negligente, caracterizada por uma ação positiva. Segundo o autor, significa a ausência das preocupações que a experiência comum recomenda ao realizar um ato ou ao utilizar determinado objeto.

De acordo com Delton Croce e Delton Croce Júnior (2002, p. 27), é considerado negligente a pessoa que não adota uma ação necessária quando deveria, ou que

demonstra uma conduta descuidada, indiferente ou desatenta em chances que desenvolveram adequado. Essa negligência resulta em danos a terceiros, que poderiam ter sido evitados se a pessoa tivesse agido com cautela. Os autores complementam:

[...] é identificado pela falta de cumprimento das exigências exigidas pelas circunstâncias. Refere-se à inatividade do profissional ao realizar uma determinada ação, causada em danos ao paciente, que poderiam ter sido evitados caso o médico tivesse agido com diligência. Um exemplo disso é quando um médico abandona um paciente sob seus cuidados ou realiza um exame clínico superficial.

Existem diferentes perspectivas em relação à imperícia. De acordo Melo (2014), uma parte da doutrina argumenta que um médico, por ser profissionalmente habilitado em um curso superior regularmente reconhecido pelo Ministério da Educação, não pode ser considerado incompetente devido a uma má prática em sua profissão. França (2001, p. 265) também é um defensor dessa corrente, pois, em sua visão:

Diferentes visões são desenvolvidas em relação à imperícia no contexto médico. De acordo com Genival Veloso França (2001, p. 265), é sustentado que um médico habilitado, tanto profissional quanto legalmente, não pode ser considerado incompetente em nenhuma circunstância, independentemente da clareza dessa situação. Isso se deve ao entendimento de que a imperícia se refere à falta de habilidade no desempenho de uma tarefa ou à ausência dos conhecimentos necessários para realizar determinada atividade. Nesse sentido, o diploma e o registro nas autoridades competentes concedem uma habilitação que confere ao médico uma imunidade legal em relação à imperícia.

Existem diferentes perspectivas sobre a imperícia no campo médico, Zuiani (2003), defensor da segunda corrente, argumenta que a imperícia pode ser constatada quando um médico, mesmo sendo habilitado através de um curso teórico e prático na faculdade de medicina, idade como se não tivesse conhecimentos básicos sobre a técnica de consultar, diagnosticar ou realizar procedimentos cirúrgicos. Melo (2014), também adepto dessa corrente, sustenta que não deve esquecer a existência de médicos sem conhecimentos específicos, que se aventuram em áreas fora de sua especialidade e, com isso, causam danos aos pacientes.

2.5.1 Conceito De Dano

Segundo Filho (2010), anteriormente, o elemento central da responsabilidade civil era a culpa. No entanto, ao longo do tempo, houve uma mudança de foco, direcionando a responsabilidade para o dano e não mais para a culpa. O autor destaca que atualmente o dano é o principal orçamento da responsabilidade civil, pois não é possível falar em obrigação de reparar sem a existência de um dano, dada a sua extrema importância.

O elemento subjetivo da culpa está ligado ao dever violado. A responsabilidade surge como uma consequência da violação de um dever pré-existente. Portanto, mesmo que tenha permitido a violação de um dever legal com culpa ou mesmo dolo por parte do infrator, nenhuma compensação será justificada caso não seja tolerada a prejuízo. Nesse contexto, o dano pode ser definido como:

Desse modo, define-se o dano como a privação ou redução de um interesse jurídico, independentemente de sua natureza, seja um interesse de natureza material ou um interesse intrínseco à própria pessoa da vítima, como sua opinião, imagem, liberdade, entre outros. Em resumo, o dano consiste na violação de um interesse jurídico, tanto de natureza material como moral, originado na conhecida distinção entre dano patrimonial e dano moral (FILHO, 2010, p. 73).

Segundo Gonçalves (2017), é necessário comprovar o dano para que alguém possa ser responsabilizado civilmente. O dano pode ser de natureza material ou moral, ou seja, pode afetar a esfera financeira do ofendido ou não. O Código Civil possui um capítulo que trata da apuração do dano, ou seja, de como calcular os prejuízos e a indenização devida. A culpa, como elemento subjetivo, consiste na violação de um dever pré-existente. A responsabilidade surge como uma reação à infração desse dever.

Portanto, mesmo que haja violação de um dever jurídico, inclusive culpa ou dolo por parte do infrator, nenhuma compensação será devida se não houver comprovação do prejuízo. Assim, compreende-se que o dano é um elemento fundamental da Responsabilidade Civil, pois é a partir dele que surge a obrigação de indenizar. Somente será possível receber uma compensação se a conduta do agente resultar em dano. Esse dano pode afetar tanto os interesses patrimoniais como os interesses extrapatrimoniais da vítima, ou seja, o dano material e o dano moral, respectivamente.

2.5.2 Erro No Parto

Conforme Maldonado (2002), tanto a gravidez quanto o parto são momentos de grande significado na vida das mulheres. Ao longo do tempo, no entanto, os métodos e costumes relacionados ao parto passaram por mudanças. De acordo com Helman (2003), tradicionalmente, durante o trabalho de parto, as mulheres eram assistidas por outras mulheres, como pais, amigas ou parteiras. Com o advento dos hospitais, passou a ser assistida por obstetras com formação médica, enfermeiras e técnicas de enfermagem.

Naquela época, como destaca Storti (2004), a medicina tinha um conhecimento limitado sobre o parto, e as partes representavam o que havia de melhor em termos de conhecimento e assistência nesse campo. Conforme Helman (2003), os médicos eram chamados apenas em casos de partos complicados, mas, mesmo assim, a decisão final ainda era tomada pela mulher, sua família ou amigas.

De acordo com Maldonado (2002), houve uma mudança nessa concepção com a introdução do fórceps, um instrumento desenvolvido para auxiliar no parto em casos de dificuldade que poderiam resultar em risco de mortalidade tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. A partir do século XVI e início do século XVII, gradualmente, as parteiras foram sendo substituídas pela presença de cirurgiões no acompanhamento dos partos.

No contexto brasileiro, como menciona Mott (2002), a medicalização do parto teve início no atendimento a escravas, mães solteiras, prostitutas e mulheres de baixa renda. Havia uma motivação ligada à nova ordem social, entre outros fatores, que via na garantia do aumento populacional uma oportunidade para o crescimento e poder do país: "Dessa forma, a saúde das mulheres passou a se interessar pelos médicos, legisladores e governantes devido à sua capacidade de gerar filhos vivos e saudáveis". No entanto, a aceitação do médico como parteiro começou nas famílias de mulheres de classe alta, mas mesmo entre elas persistiu uma resistência prolongada ao atendimento realizado por homens.

A partir dessa breve explicação, podemos perceber que a medicina é uma das profissões mais antigas da história, e, como destaca Moraes (2003), a ocorrência de erros por parte dos profissionais também é igualmente antiga. Desde os tempos da Antiguidade e da Idade Média, os médicos já eram punidos por cometerem erros. Na Roma antiga, existiam delitos específicos atribuídos aos médicos, como abandono de

pacientes e erros, pelos quais o médico era obrigado a compensar o paciente por conta desses erros, estabelecendo assim a responsabilidade civil do médico. Nessa época, a responsabilidade já dependia da comprovação de culpa e era avaliada por um grupo de médicos que determinavam se o profissional tinha culpa ou não pelo resultado negativo de sua ação.

Na concepção de França (2001), o erro médico pode ser compreendido e definido como "a conduta profissional iniciada que envolve a falta de observância técnica, capaz de causar danos à vida ou prejudicar a saúde de outra pessoa, por meio de imperícia, imprudência ou negligência". Por sua vez, Hildegard Taggesell Gistri (2002, p. 136) entende o erro médico como "uma falha no exercício da profissão que resulta em um mau ou adverso resultado, ocorrendo por meio de ação ou omissão do profissional".

Souza (2002), seguindo uma tradição jurídica, define o erro médico como a "responsabilidade civil do médico por perdas causadas ao paciente". Embora o Código de Ética Médica não dê uma definição específica sobre o assunto, o artigo 1º do Capítulo III destaca que é proibido ao médico "causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência" (BRASIL, 2009).

Segundo Moraes (2003), existem dois tipos de erros: o erro grosseiro e o erro escusável. O erro grosseiro pode ser considerado como uma forma imprecisa, incapacitante e inadvertida cometida pelo profissional devido à falta de condições mínimas para o exercício da profissão. Em certos casos, o erro pode ser considerado escusável, ou seja, o profissional não pode ser responsabilizado quando ocorre um acidente durante sua atividade regular.

Nesse contexto, o erro escusável é aquele que resulta de circunstâncias naturais e limitações inerentes à medicina, e que não podem ser atribuídas aos médicos. Nesse caso, ocorre um erro, mas não é causado pelo médico, uma vez que está ligado à natureza da profissão ou à própria conduta humana. Por outro lado, Bernardi (2000, p. 30) lista sete tipos de erros que podem ocorrer no contexto das práticas médicas: erro doloso, erro de diagnóstico, erro de conduta, erro deliberado, erro profissional, erro técnico e, por último, o erro grotesco ou grosseiro. O erro doloso refere-se àquele cometido intencionalmente, configurando um crime.

De acordo com Carvalho (2013, p. 78), é possível evitar muitos erros no diagnóstico por meio de uma investigação mais minuciosa, que geralmente é prejudicada pela falta de recursos instrucionais ou pela intuição do investigador. O

erro de conduta engloba as formas de imprudência, negligência e imperícia. Quanto ao erro deliberado, é definido pelo Dicionário Online de Português (2021) como "realizado ou causado propositalmente; intencional".

No que diz respeito ao erro profissional, Schiappacassa (2021, p. 2) oferece a seguinte definição:

O equívoco profissional é um incidente desculpável, justificável e geralmente imprevisível, que não está relacionado ao uso adequado e correto do conhecimento e das normas científicas. Esse tipo de incidente não resulta da aplicação seguida de regras e princípios recomendados pela ciência.

Conforme exatamente, a ocorrência de equívocos médicos pode ser observada sob diferentes perspectivas, não se tratando de um conceito estático. Pelo contrário, abrange áreas diversas, sendo examinada à luz da ética em alguns momentos, enquanto em outros é considerada em relação às suas repercussões na mídia. Em certas ocasiões, destaca-se o impacto negativo do erro na instituição médica e assim por diante. No entanto, é no âmbito jurídico que o erro médico se expande significativamente, suscitando interesse em várias áreas da ciência jurídica.

4 A DIGNIDADE DA MULHER NO MOMENTO DO NASCIMENTO

É importante que todos os profissionais da área de saúde da mulher, especialmente aqueles que atuam na área de assistência pré-natal e parto, compreendam e respeitem os direitos reprodutivos das mulheres. Esses direitos devem nortear a prática da enfermagem e são parte de uma conquista histórica na redução da desigualdade de gênero e na melhoria dos indicadores de saúde para mulheres e bebês no nível político. Os direitos reprodutivos são baseados em quatro pilares: integridade física, autonomia pessoal, igualdade e diversidade. Formular suas recomendações e usar suas recomendações para garantir a realização dos direitos humanos no campo da saúde Comitê de Supervisão. O abuso de intervenções desnecessárias na assistência ao parto foi considerado uma violação dos direitos humanos Mulheres (LEAL,2014).

Cada infração aos direitos das mulheres será discutida e ilustrada com fragmentos de falas de usuárias de saúde que sofreram violência obstétrica: abuso físico prática sem consentimento violência verbal e emocional discriminação a atributos específicos coerção à autodeterminação e autonomia das mulheres (DINIZ,2020).

A recuperação foi difícil (...) doía bastante, incomodava bastante, tipo, porque pra amamentar eu tinha que sentar. Eu sentava em cima de uma sutura, né? Que estava inchado, né? (...) Então aquilo me incomodava, me deixava brava, com raiva, porque, aí, eu lembrava, né? Me fazia lembrar daquilo (DINIZ,2020 P.62).

A crença de que o períneo não poderá esticar e voltar à sua anatomia original está ligada a outras questões da assistência, como parto em posição deitada e orientações dirigidas para que a mulher “empurre” (manobra de Valsalva) o bebê. Profissionais perceberão que podem evitar a episiotomia se a mulher estiver verticalizada, situação que favorece a descida do bebê e diminui o risco de sofrimento fetal – que leva muitos profissionais a realizarem o procedimento com a justificativa de abreviar o nascimento (MIRANDA,2008).

As mulheres devem ter uma compreensão clara dos procedimentos que fazem parte da assistência ao parto durante o pré-natal para que possam realizar Escolha de forma independente com profissionais. O plano de parto é um documento que contém informações sobre os desejos e escolhas da mulher, e deve ser respeitado por profissionais e instituições. Regulamentos sobre Planos de Humanização Reprodutiva E o nascimento (GM 569/2000) e a Rede Cegonha (Lei 1459/2011) estipulam que toda mulher e ela, por meio de um ambiente acolhedor e postura ética, as famílias são recebidas com dignidade nos serviços de saúde. No entanto, uma em cada quatro mulheres relatou ter vivenciado algum tipo de violência (física e / ou verbal) durante o parto. Dentre eles, 10% relataram dor ao toque, 9% não tinham explicação para a operação e 7% se sentiram ofendidos e humilhados (DINIZ,2020).

Quanto menor o nível de escolaridade da mulher, quanto mais escuro o tom de pele, menos atenção e alívio da dor são dados durante o parto. A assimetria entre as taxas de cesárea nos setores público e privado é um exemplo a desigualdade social e econômica afeta a qualidade do atendimento às mulheres. Impedir que as mulheres obtenham informações de alta qualidade e impedir que determinem livremente seu estado de saúde, sem discriminação e violência. E a disponibilidade de informações sobre o pré-natal mulher. Sem acesso às informações sobre o parto, não podem exercer autonomia e autodeterminação sobre suas escolhas, pois fornece direitos reprodutivos (GAMA,2009).

Estudos realizados com usuárias do setor público e privado de saúde indicam que a maioria delas não se sentem prontas para o nascimento. Na consulta de pré-natal, não há informações sobre o tipo de parto. Pesquisa transversal com 246

usuárias. Uma maternidade pública do Rio de Janeiro também chamada de Preste atenção ao problema de ignorar as informações fornecidas às mulheres (OLIVEIRA,2015).

Menos da metade (44%) afirmou ter recebido informações dos profissionais que as acompanharam durante o pré-natal. Quando questionados sobre as informações prestadas pelos profissionais da agência durante o parto, apenas 34% se sentiram informados. Quando a pergunta é sobre informações sobre medicamentos durante o parto, o percentual é ainda menor: apenas 30% das pessoas se sentem informadas (MIRANDA,2008).

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde é um direito de todas as pessoas e uma obrigação do Estado. Para tanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido de acordo com as diretrizes de descentralização, atenção integrada e participação de toda a população, respeitando os princípios de universalidade, integridade e igualdade estabelecidos pela própria Constituição. A sociedade brasileira se preocupa com todos os indivíduos porque promove a justiça social. Além disso, é o maior sistema de saúde pública do mundo, atendendo cerca de 190 milhões de pessoas, 80% das quais totalmente dependentes do sistema de saúde.

O Ministério da Saúde recomenda a garantia dos direitos das mulheres ao planejamento familiar e à assistência humanizada durante a gravidez, parto e puerpério (pós-parto), bem como os direitos das crianças ao parto seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. O SUS oferece atendimento integral às gestantes, como o pré-natal, acesso rápido aos resultados, consultas, exames e vacinas em mais de 5.400 municípios em todo o País (MEMED,2023).

Portanto, o acolhimento, no início da assistência pré-natal, é um momento importantíssimo na vida da gestante, pois permite ao enfermeiro discutir e esclarecer, de forma individualizada, questões que são únicas para cada mulher, e garantir a adesão e vinculação dessa ao serviço de saúde (SUS,2021).

O pré-natal é essencial para garantir que a mulher e o bebê tenham uma gestação e um parto saudáveis e sem nenhuma complicação (SUS,2021). O acompanhamento além de prevenir e diagnosticar precocemente doenças e problemas que podem se agravar, também orienta a mulher sobre temas importantes referentes a maternidade (MEMED,2023).

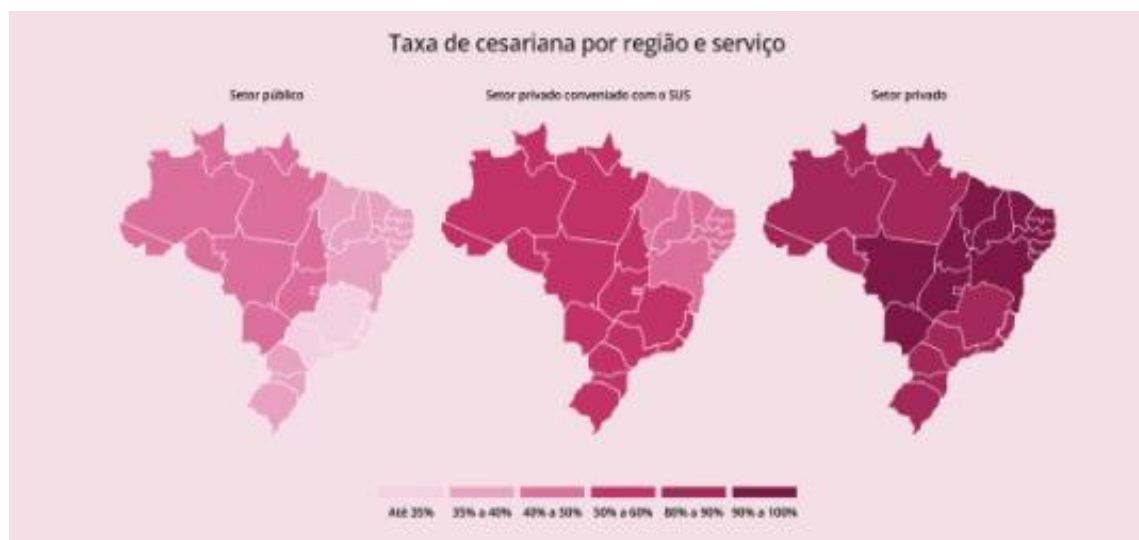
A função assistencial do SUS é desenvolvida principalmente no formato de atenção contínua, caracterizada por ciclos de atendimentos individuais sequenciais, para avaliação clínica pelos profissionais, prescrição das condutas, exames diagnósticos complementares e recomendações, sistematizadas em um único plano de cuidados, todos os profissionais da equipe devem participar do primeiro ciclo de atendimentos, compondo uma avaliação diagnóstica abrangente, a partir da qual elabora-se o plano de cuidados adequado para a situação da gestante. Nos ciclos de atendimento subsequentes, a participação deve seguir as definições do plano de cuidados (SUS,2021).

Conforme as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), os incidentes de violência obstétrica no contexto brasileiro e global revelam-se mais prevalentes do que habitualmente se concebe. Internacionalmente, um número significativo de mulheres enfrenta abusos, desconsideração, tratamento inadequado e negligência durante o processo de assistência ao parto dentro das estruturas de saúde. É importante salientar que mesmo intervenções como a cesariana podem ser interpretadas como manifestações de violência obstétrica, especialmente quando não são conduzidas com base em critérios clínicos apropriados (MEMED,2023).

A pesquisa denominada "Nascer", sob a coordenação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz), constatou que, no âmbito do setor público brasileiro, as taxas de cesariana atingem a marca de 46%. Esses dados abrangem tanto os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quanto aqueles fornecidos por entidades privadas contratadas (NASCER,2023).

É notório, no entanto, que segundo os parâmetros estabelecidos pela OMS, esse índice deveria situar-se abaixo de 15%, dado que as cesarianas acarretam riscos à saúde tanto da parturiente quanto do neonato. O gráfico 1 a seguir apresenta de maneira visual as taxas de cesarianas no território brasileiro:

Gráfico 1 – Taxas de Cesariana por Região e Serviço



Fonte: Nascer no Brasil, 2023, p.02

A assistência pré-natal no Brasil tem alcançado altos índices de cobertura desde 1990, ultrapassando os 90% em todas as regiões do país. Apesar disso, muitas gestantes enfrentam dificuldades para realizar o número mínimo de consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (NASCER,2023).

O início precoce do pré-natal, antes da 12ª semana gestacional, é outra recomendação do Ministério da Saúde que enfrenta desafios. O estudo "Nascer no Brasil" identificou que apenas 46% das mulheres iniciam o pré-natal dentro desse período (MEMED,2023).

A vinculação das gestantes a uma maternidade para o parto também é uma questão crítica. Menos de 60% das mulheres afirmaram ter sido orientadas sobre a maternidade de referência, violando a Lei n. 11.634/2007, que garante o direito de toda gestante conhecer e vincular-se à maternidade onde receberá atenção ao parto pelo SUS (NASCER,2023).

A vinculação à maternidade de referência visa reduzir a peregrinação das mulheres no momento do parto. No estudo, 16,2% das mulheres mencionaram ter passado por esse processo de peregrinação (MEMED,2023).

4.2 O PARTO HUMANIZADO E O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICO

No século XIX, os partos eram realizados em casa com a ajuda de mulheres, pois as maternidades não eram seguras. A partir de 1878, na Inglaterra, as maternidades apresentavam alto risco de infecção puerperal. Após a Segunda Guerra Mundial, o parto passou a ser realizado por médicos, com o uso de conhecimentos científicos e tecnológicos, com os riscos de mortalidade materna e infantil (COSTA, 2021).

A humanização do parto surge com profissionais que possuem uma nova perspectiva em relação a esse processo. Eles simulam estimativas individuais mais diferenciadas de cada gestante, buscando adotar as melhores medidas para garantir sua segurança e conforto durante o nascimento do bebê. Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um guia prático chamado "Assistência ao Parto Normal", que compilava recomendações experimentais em evidências científicas sobre práticas relacionadas ao parto normal. O objetivo era garantir os direitos das mulheres, realizar intervenções cirúrgicas e questionar procedimentos realizados sem embasamento científico, que eram adotados apenas por hábito ou rotina (COSTA, 2021).

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou em 2000 as recomendações da OMS para ginecologistas-obstetras e enfermeiras obstetras do país. Esse documento serve como um guia para a promoção do parto humanizado natural e é dividido em quatro categorias. A humanização do parto está relacionada ao conceito de atenção humanizada, que engloba conhecimentos, práticas e atitudes voltadas para a promoção de partos saudáveis, prevenção da mortalidade materna e perinatal. O processo de humanização começa durante o pré-natal, visando garantir que a equipe de profissionais realize procedimentos benéficos para a mulher e o bebê, evitando intervenções cirúrgicas e preservando sua privacidade e autonomia (PEREIRA, 2018).

No contexto brasileiro, a implementação da humanização dos partos foi impulsionada pela criação dos centros de partos, estabelecida pela Portaria MS/GM nº 985 em 5 de agosto de 1999. Essa medida estabeleceu critérios para a criação de casas de partos, com o objetivo de promover a assistência humanizada ao parto normal. É importante ressaltar que essas casas de parto estão integradas ao Sistema

Único de Saúde (SUS) e oferecem uma alternativa para as mulheres que desejam dar à luz em um ambiente não hospitalar (PEREIRA, 2018).

A adoção de abordagens humanizadas no parto depende da formação dos profissionais envolvidos e da visão dos gestores, que são responsáveis por viabilizar a implementação dessas práticas. É necessário investimento para promover mudanças na estrutura tecnológica que envolve o processo de parto. Infelizmente, existe uma dificuldade em adotar práticas simples e humanizadas, que poderiam ser facilmente aplicadas (POSSATI, 2017).

O modelo tecnológico sempre prevaleceu, priorizando a mecanização do parto. Na maioria dos casos, as gestantes não têm escolha quanto ao tipo de parto, pois os obstetras agendam cesáreas por serem mais convenientes e lucrativas para elas. O parto natural humanizado vai contra a lógica da sociedade capitalista, reconhecendo o parto como um processo fisiológico em que o corpo da mulher se prepara para realizá-lo (POSSATI, 2017).

Uma abordagem humanizada no parto representa uma nova compreensão do processo como uma experiência humana. Essa mudança de perspectiva foi influenciada tanto pelo feminismo quanto pela antropologia, que passou a estudar o corpo feminino. Antes visto como algo frágil e necessitado de resgate, agora o corpo feminino é reconhecido como capaz de dar à luz sem a necessidade de emergência (MENDES, 2022).

O nascimento, que antes era considerado perigoso, passou a ser compreendido como um evento natural e essencial para a manutenção fisiológica do corpo. No Brasil, a humanização do parto teve início na década de 1970, quando profissionais inspiraram a se inspirar nas práticas das parteiras indígenas e nas terapias alternativas como o Yoga. Ao longo dos anos 1980, grupos comemorados com a proposta de oferecer uma assistência humanizada às gestantes, propondo novas alternativas, menos invasivas para facilitar o parto normal (MENDES, 2022).

Em 1993, foi estabelecida no Brasil a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA). Essa rede surgiu como uma voz denunciando situações de violência presentes na assistência ao parto em maternidades brasileiras, levantando questões sobre a preferência pelo parto cesáreo e questionando qual seria a abordagem ideal para o nascimento. Percebia-se que muitas equipes de profissionais não possuem o preparo técnico e pessoal necessário para assistir vídeos como mulheres que desejam um parto natural. Isso resulta, muitas vezes, em uma

abordagem que favorece intervenções medicamentosas e até mesmo a realização de partos induzidos, em vez de uma assistência atendida para o parto normal (COSTA, 2021).

A implementação do parto natural humanizado enfrenta desafios relacionados ao acesso à informação por parte das gestantes, incluindo sua escolaridade, condições socioeconômicas e experiências prévias. A escolha da mulher é influenciada por esses fatores, sendo crucial o acesso a informações precisas e apoio de profissionais, como assistentes sociais e psicólogos, que preparam as mulheres sobre o parto e explicam a fisiologia do corpo feminino (OLIVEIRA et al, 2019).

No Brasil, tanto em maternidades privadas quanto públicas, há uma tendência de priorizar o parto cesáreo. As mulheres que desejam um parto natural, embasadas em seu constitucional de escolha, enfrentam resistência para efetivar essa opção. Os médicos muitas vezes apresentam vantagens pessoais da cesariana e usam casos de parto normal para causar medo, influenciando assim a realização do parto cesáreo (OLIVEIRA et al, 2019).

A partir das informações simplificadas, é possível compreender o conceito de violência obstétrica como ocorrência de violência direcionada à mulher grávida ou à sua família em instituições de saúde. Essa violência pode ocorrer durante o pré-natal e o trabalho de parto, manifestando-se de forma física, por meio de manobras invasivas, ou verbal, através de xingamentos e atitudes hostis, além da omissão de assistência ao parto. Negar atendimento adequado à parturiente também configura um tipo de violência obstétrica, assim como separar mãe e bebê após o parto. A própria organização administrativa da instituição pode ser considerada uma forma de violência obstétrica (COTTA et al., 2020).

A violência obstétrica não apenas desumaniza, mas também viola o artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que garante cuidados especiais à maternidade e à infância, e vai contra qualquer pensamento ou atitude contrária a esses aspectos. Durante o pré-natal, parto e pós-parto, esses momentos inerentemente individuais requerem que as mulheres recebam cuidados de profissionais de saúde capacitados, comprometidos e respeitosos com o ciclo gravídico (DIAS et al, 2023),

A OMS destaca o papel da Enfermeira Obstetra, profissional legalmente habilitada e capacitada para a assistência ao parto de baixo risco, capaz de reduzir intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto, proporcionando um

cuidado mais abrangente à mulher e sua família. No entanto, é preocupante que enfermeiras e médicos sejam os principais perpetradores da violência obstétrica, pois sua responsabilidade deveria ser acalmar, cuidar e proporcionar conforto à parturiente (DIAS et al, 2023).

Assim, ainda segundo o autor supracitado a postura dos profissionais da saúde, principalmente dos médicos, tem sido objeto de análise e observação por parte do Conselho de Classe, visando seus direitos e responsabilidades profissionais. É fundamental ressaltar que a conduta médica é pautada por princípios que buscam a orientação humana e a dedicação daqueles profissionais no contexto hospitalar.

Nesse contexto, a Resolução nº 2.278/2018 do Conselho Federal de Medicina, que estabelece o Código de Ética Médica, tem como princípio central a saúde do ser humano como o foco de toda atenção e cuidado por parte dos profissionais de saúde, sem qualquer forma de discriminação. Reconhecendo a importância da relação médico-paciente, o Código de Ética Médica destaca a necessidade de conciliar seus fundamentos com uma prática profissional digna em benefício dos pacientes e da coletividade. A doutrina enfatiza que um Código de Ética que não considera essas necessidades será inadequado (DIAS et al, 2023).

Nesse contexto, a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.278/2018, que aborda o Código de Ética Médica, tem como princípio central a promoção da saúde humana como foco de toda atenção e cuidado por parte dos profissionais de saúde, sem qualquer forma de discriminação. Reconhecendo a importância da relação médico-paciente, presente no Código de Ética Médica, a doutrina destaca que um código ético que não seja sensível às necessidades de conciliar seus fundamentos com uma prática profissional digna, em prol dos pacientes e da coletividade, é inadequado (GARBIN et al., 2015).

Além disso, segundo a Portaria 1.067/2005 do Ministério da Saúde, é responsabilidade dos serviços e profissionais de saúde de receber a mulher e o recém-nascido com respeito e reconhecimento, reconhecendo-os como titulares de direitos. A atenção de qualidade e humanizada requer a adoção de rotinas experimentais em procedimentos comprovadamente benéficos, evitando intervenções cirúrgicas, além do estabelecimento de relações fundamentadas em princípios éticos. Isso inclui garantir a privacidade, a autonomia da mulher e envolver sua família nas decisões sobre as condutas a serem adotadas (GARBIN et al., 2015).

Muitas situações de violência obstétrica chegaram ao conhecimento do sistema judiciário, buscando se preparar por danos materiais e morais sofridos durante os procedimentos de parto. Isso tem ressaltado a necessidade de responsabilização civil diante dos erros cometidos pelos profissionais médicos, seja por não seguir os procedimentos técnicos qualificados, seja por omissões no atendimento (PEREIRA, 2016).

Quando um paciente está sob os cuidados do profissional da medicina e ocorre um dano decorrente de sua conduta durante os procedimentos adotados, configura-se o chamado erro médico. Não importa o grau de culpabilidade, uma vez que o erro médico pode ser expresso de várias maneiras, como má prática profissional, negligência médica, conduta evitada ou falha médica, podendo ocorrer tanto por omissões quanto por ações repetidas (PEREIRA, 2016).

Dessa forma, segundo as leis civis e penais em vigor, um profissional de saúde que cometer um ato ilícito em relação às suas pacientes e aos nascituros deve arcar com a responsabilidade de indenizar pelos danos causados. É importante ressaltar que o médico também pode enfrentar um processo ético-profissional perante o seu conselho de classe, regulado pela Resolução nº 2.145/2016 (DIAS et al, 2023).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental respeitar os valores envolvidos na figura da mulher durante o parto, esclarecendo procedimentos e avaliando práticas de saúde para garantir sua segurança. Esse ciclo fisiológico demanda que a mulher seja protagonista, justificando a formulação de políticas públicas que assegurem assistência de qualidade, integridade e humanidade. Garantir a promoção da saúde da mulher e seu filho é essencial para a efetivação de seus direitos constitucionais.

A figura de uma mulher durante a cena de nascimento envolve valores que precisam ser respeitados como esclarecer procedimentos realizados pelos profissionais de saúde, avaliar cuidadosamente as práticas com as mulheres são fundamentais para a segurança da mulher no trabalho parto e no pós-parto. Trata-se de um ciclo de vida feminino inerente, ou seja, um processo fisiológico, onde a mulher precisa ser a protagonista por isso formular e programar políticas públicas para garantir o direito à assistência qualidade, integridade e humanidade e que conheça a promoção da saúde mulher e seu filho é essencial para que todos os direitos constitucionais sejam garantidos pelas mulheres.

Os assuntos discutidos nesse trabalho mostram nos dias de hoje muitas mulheres ainda continuam sendo vítimas desse tipo de violência justamente quando estão mais vulneráveis. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e estudos de instituições nacionais, cerca de 35% das mulheres no mundo relataram ter enfrentado algum tipo de violência durante o parto. No Brasil, estatísticas apontam que mais de 25% das mulheres entrevistadas afirmaram ter sofrido violência obstétrica em hospitais públicos e privados durante o processo de parto e nascimento. Esses números evidenciam a triste realidade em que muitas mulheres ainda enfrentam violações de direitos durante o momento mais delicado de suas vidas.

Destaca-se que as mulheres no momento do parto não conseguem reagir a esse tipo de agressão pelo fato de estarem com dor, fracas por isso é também muito importante que sejam acompanhadas durante o trabalho de parto. Embora os direitos das mulheres sejam assegurados pelas leis mencionadas nesse estudo, muitas instituições e profissionais ainda agem de forma inadequada.

Muitas das vezes as mulheres são submetidas a famosa frase: “na hora de fazer não reclama” ou “se você gritar é pior, eles não vão te atender” e talvez pior que isso, as vezes a violência se inicia no pré-natal antes mesmo do nascimento da criança. Esses danos da violência marcam eternamente a vida da mãe e podem trazer consequências negativas até para a criança indefesa que não tem culpa de nada o que está acontecendo.

Como conclusão é preciso que esse tipo de violência não mais aconteça e isso é possível através da informação, comunicação que pode evitar vários casos de violência obstétrica. A mulher também pode ler, estudar e estar bem-informada sobre o assunto conhecendo as leis que garanta seus direitos.

Campanhas de conscientização em larga escala, como a disseminação de informações por meio de mídias sociais, palestras educativas em unidades de saúde e escolas, além de workshops e eventos comunitários, têm sido eficazes na abordagem do tema. Organizações não governamentais e grupos de defesa dos direitos das mulheres realizam frequentemente campanhas educativas para informar sobre os direitos das gestantes, detalhando o que configura a violência obstétrica e como denunciar casos.

Além disso, a disponibilidade de materiais educativos, como cartilhas, vídeos instrutivos e websites dedicados ao tema, proporcionam informações claras sobre direitos reprodutivos, processos de parto e o que constitui violência obstétrica. A disseminação de conhecimento permite que as mulheres se capacitem para reconhecer e exigir seus direitos durante o parto, fortalecendo-as para buscar assistência digna e respeitosa.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – ANS. **Resolução normativa 368/2105**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892>

AGUIAR, Raquel. **A defensoria pública no enfrentamento da violência no Brasil**. 2022. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/FEMINICIDIO_WEB_1_1.pdf acesso em 21 de junho de 2022.

ARAÚJO, Bianca Vitória Garrido et al. **Formas contemporâneas de apropriação dos corpos femininos: violência obstétrica no Brasil**. 2023.

BERNARDI, Sílvia de Liz Waltrick. **A prática médica e o Código de Defesa do Consumidor**. 1. ed. Curitiba: Editora Gênese, 2000.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1931, de 17 de setembro de 2009**. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Disponível em: <http://www.cremesp.or.br>.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Planalto, Presidência da República. Brasília, DF. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 306, de 28 de março de 2016**. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, 2016. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-dePortaria-SASCesariana-03-03-2016.pdf>.

BRUGIONI, Franco Mauro Russo. Dano estético tem natureza jurídica autônoma. **Revista Consultor Jurídico**, 8 de maio de 2016. Disponível em: <https://www.conjur.com.br>

CAMPOS, Carmen Hein de. **Juizados Especiais Criminais e seu déficit teórico**. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, 11(1): 336, jan-jun/2003.

CARVALHO, José Carlos Maldonado de. **latrogenia e erro médico sob o enfoque da responsabilidade civil**. 4. ed. Rio de Janeiro. Lúmen Júris, 2013.

CFM, Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 12 de junho de 2023

CFM, Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.232, de 17 de julho de 2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/2915/resolucao-cfm-n-2.232>. Acesso em: 12 de junho de 2023.

COSTA, Maiara Naves et al. Parto: Direito de escolha da mulher. **Revista Saber Digital**, v. 8, n. 01, p. 146-163, 2015.

COSTA GOMES, Núbia Rafaela Ferreira et al. Assistência de enfermagem no parto humanizado. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, p. e66101724101-e66101724101, 2021.

COTTA, João Eduardo D.'avila et al. Parto Humanizado: limites e possibilidades. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, 2020.

CROCE, Delton; CROCE JUNIOR, Delton. **Erro médico e o direito**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

DIAS, Maria Berenice. **A Lei Maria da Penha na Justiça**: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007

DIAS OLIVEIRA, T.; SÁ MENEZES, T.; REZENDE PACHÊCO ADAMI DE SÁ, A. L.; MIRANDA DE OLIVEIRA, A. H. Quebra do Código de Ética na Violência Obstétrica. **Revista Brasileira de Educação, Saúde e Bem-estar**, [S. l.], v. 1, n. 2, 2023.

DINIZ, C. S. G. **Repercussões da assistência ao parto na saúde sexual e nos direitos sexuais: O caso da episiotomia no Brasil**. [s. local, s. d.]2020.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro**: responsabilidade civil. 35. ed. V. 7. São Paulo: Saraiva, 2018.

DOMINGUES RMSM, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad Saude Publica**;30(Supl. 1):S101-16.

FIGUEIREDO, Nathália Stela Visoná de. et. al. HU **Revista Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes**. Juiz de Fora: MG, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez.2010.

FILHO, Cavalieri Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

FRANÇA, Genival Veloso. **Comentários ao Código de Processo Ético-profissional dos Conselhos de Medicina do Brasil**. 2. ed. CRMPB, 2001

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo curso de direito civil**. Volume 3: responsabilidade civil. 14 ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2016.

GAMA, A. S et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, 2009.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1879-1890, 2015.

GIFONI, José Mauro Mendes; MATOS, Francisco de Assis Sampaio; MAIA, Paulo Eduardo Gifoni. **Da responsabilidade por erro médico**: aspectos éticos, cíveis e penais. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora Ltda, 2007.

GIOSTRI, Hildegard Taggesell. **Erro médico à luz da jurisprudência comentada**. Curitiba: Juruá, 2002.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**: responsabilidade civil. 15. ed. V. 4. São Paulo: Saraiva Educação, 2019, E-book.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade civil**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

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

LIMA, Bruna; DE FREITAS, Efigênia Aparecida Maciel. A escolha da via de parto: uma revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 1, p. 114-125, 2020.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez**: parto e puerpério. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MELO, Hildete Pereira de. **A Revista Gênero/UFF: fazendo —ciênciasII na militância**. Estudos Feministas, Florianópolis, 21(2): 336, maio-ag.2015.

MELO, Nehemias Domingos de. Responsabilidade civil por erro médico: doutrina e jurisprudência. 3. ed. **Revista, Atualizada E Aumentada**. São Paulo: Atlas, 2014.

MENDES, Janaine Borges Ferreira; DA SILVA, Adriana Oliveira; JUNIOR, Jose Odnilson Leal. Parto humanizado: modelo de assistência. **Revista Coleta Científica**, v. 6, n. 11, p. 36-44, 2022.

MEMED, **Violência obstétrica: O que é?** Disponível em: <https://blog.memed.com.br/violencia-obstetrica-o-que-e/#:~:text=A%20viol%C3%A2ncia%20obst%C3%A9trica%20%C3%A9%20qualquer,pode%20ser%20verbal%20ou%20psicol%C3%B3gica> acesso em 07 de dezembro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana.** Relatório de recomendação Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

MIRANDA, D. B. M et al. Parto normal e cesárea: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 337-346, 2008

MORAES, Irany Novah. **Erro Médico e Justiça.** 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

MORAES, Maria Celina Bodin de. **Danos à pessoa humana.** 3. ed. São Paulo: Renovar, 2010.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital, 1830-1960. **Projeto História**, v. 25, p.197-219, 2002.

NASCER NO BRASIL. 2023. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/> acesso em 07 de dezembro de 2023.

OLIVEIRA MORAIS, Luma et al. O Parto Humanizado no contexto atual: Uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 37, p. e1375-e1375, 2019.

OLIVEIRA, M. S. M. (Coord.). **Humanização do parto. Nasce o respeito. Informações práticas sobre seus direitos.** Recife: Assessoria Ministerial de Comunicação; Comitê Estadual de Mortalidade Materna de Pernambuco; Procuradoria Geral de Justiça, 2015.

OLIVEIRA, P. C. P.; SIMIONI, R. L. Autonomia, liberdade e dependência da mulher: a política reducionista de cesarianas desnecessárias no Brasil e o biodireito. **JURIS - Revista da Faculdade de Direito**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 67–90, 2018. DOI: 10.14295/juris.v28i1.7811.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesárea.** 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1

PEREIRA, Denise Gonçalves; SOUTO, Christina. Uma estratégia de humanização: O direito do acompanhante durante o parto. **Referências em Saúde do Centro Universitário Estácio de Goiás**, v. 1, n. 01, p. 72-75, 2018.

PEREIRA, Jéssica Souza et al. **Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana.** 2016.

PIMENTA, Lizandra Flores; RESSEL Lúcia Beatriz; SANTOS Carolina Carbonell dos; WILHELM, Laís Antunes. **The perceptions of woman about the choice of delivery modes: a descriptive study.** Online Braz j nurs. 2013 Apr (cited year month Day); 12 (1): 135-144. ISSN: 1676-4285.

PONTES, Monise Gleyce de Araujo et al. Parto nosso de cada dia: : um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança, Nova Esperança**, v. 12, n. 1, p. 69-78, jun. 2014. D

POSSATI, Andrêssa Batista et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery**, v. 21, 2017.

ROMEIRO. Julieta. **A Lei Maria da Penha e os desafios da institucionalização da violência conjugal no Brasil.** In: MORAES, Aparecida; SORJ, Bila (orgs). Gênero, violência e direitos na sociedade brasileira. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009

SANTA CATARINA. **Lei nº 18.322, de 5 de janeiro de 2022.** Consolida as Leis que dispõem sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Disponível em: http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2022/18322_2022_lei.html. Acesso em: 12 de junho de 2023.

SCHIAPPACASSA, Luciano. **Imperícia e erro profissional são sinônimos?** Rede de Ensino Luiz Flávio Gomes. 2021. Disponível em: <https://lfg.jusbrasil.com.br/noticias/53198/impericia-e-erro-profissional-sao-sinonimosluciano-schiappacassa>.

SEIBERT, Sabrina Lins et al. Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 245-251, 2005.

SILVA, Júlia Carla Oliveira et al. Impactos da violência obstétrica no Brasil: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, p. e10812239950-e10812239950, 2023.

STOCCO, Rui. **Tratado de responsabilidade civil: doutrina e jurisprudência.** 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

STORTI, Juliana de Paula Louro. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal.** 2004. 118f. Dissertação [Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SUS. **Saúde da Mulher na Gestação Parto e Puerpério.** 2021. Disponível em <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf> acesso em 21 de junho de 2022.

SOUZA, Sérgio Iglesias Nunes de. **Responsabilidade civil por danos à personalidade**. Barueri, SP: Manole, 2002.

TARTUCE, Flávio. **Manual de Direito Civil**: volume único. São Paulo: Método, 2011.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito civil**: responsabilidade civil. Vol. 4. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

VILELA, Natasha Cecilia Silva. **Violência obstétrica em mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde em um município do sul do Brasil**. 2023. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/6847> acesso em 08 de dez. 2023.

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

ZUIANI, Ênio Santarelli. Inversão do ônus da prova na ação de responsabilidade civil fundada em erro médico. In: COUTO, Sergio (Coord.). **COAD Seleções jurídicas**. Erro médico e responsabilidade civil médico-hospitalar. V. 1, dez., 2003.