

O combate à violência obstétrica como instrumento de desenvolvimento social

Combating obstetric violence as a tool for social development

Lívia de Moura Faria*
Sofia de Medeiros Vergara**

Resumo: Os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável colocam como metas a concretização da igualdade de gênero e a redução da taxa de mortalidade materna. Entende-se que essas metas funcionam como instrumentos a fim de evitar a generalização de violências físicas, morais, psicológicas e simbólicas contra mulheres. Nesse contexto, para o presente artigo, optou-se por tratar especificamente da violência obstétrica. Em que pese o longo caminho que ainda precisar ser percorrido para que o Brasil passe a cumprir integralmente com as metas estipuladas, faz-se necessário entender como esse fenômeno da violência obstétrica atinge as grávidas, parturientes e puérperas e quais são os recursos que o estado disponibiliza para o combate dessa violência, seja da perspectiva preventiva, através de políticas públicas, ou da reparadora e repressora, através da responsabilização civil.

Palavras-chave: violência obstétrica; desenvolvimento social; responsabilização; igualdade de gênero

Abstract: The new Sustainable Development Goals set forward for the achievement of gender equality and the reduction of the maternal mortality rate. We understand that these goals work as mechanisms to avoid the generalization of physical, moral, psychological and symbolic violence against women. In this context, for the present article, we chose to deal specifically with obstetric violence. Despite the long road that still needs to be traveled for Brazil to fully comply with the stipulated goals, it is necessary to understand how this phenomenon of obstetric violence affects pregnant women, parturients and postpartum women and what resources the state makes available to combat this violence, whether from a preventive perspective, through public policies, or from a remedial and repressive perspective, through civil responsibility.

Keywords: obstetric violence; social development; accountability; gender equality.

Recebido em: 01/11/2021
Aprovado em: 20/12/2021

Como citar este artigo:
FARIA, Lívia de Moura;
VERGARA, Sofia de
Medeiros. O combate à
violência obstétrica como
instrumento de
desenvolvimento social.
Revista da Defensoria
Pública do Distrito Federal,
Brasília, vol. 3, n. 3, 2021, p.
63-85.

* Bacharel em direito pelo
UniCeub (2007); pós-
graduanda em Direito Civil
e Processo Civil pela
ATAME, em parceria com a
Universidade de Cândido
Mendes e Mestranda em
Direito pelo IDP.

** Bacharelanda em Direito
(UnB); Editora-Assistente
na Revista dos Estudantes
de Direito da UnB; membra
do Grupo de estudos em
Empresarial e Arbitragem
da UnB (GEA), do Grupo de
Estudos sobre Constituição,
Empresa e Mercado da UnB
(GECM); do Observatório
de LGPD; e do Women
Inside Trade Starters (WIT
Starters).

Introdução

As primeiras políticas públicas de saúde remontam ao século XVII na Europa, com o surgimento da medicina e a necessidade de garantir padrões mínimos de higiene, dando mais controle à natalidade (COSTA, 2010). Nesse contexto, a mulher passou a ser encarada pela medicina como um objeto, de forma a assegurar a conformidade com as expectativas sociais de reprodução. Isso tudo muito antes da institucionalização do parto como evento hospitalar e a ascensão do ramo obstetrício como uma disciplina médica (VIEIRA, 1999).

Antes da intrínseca vinculação do parto ao ramo da medicina, “partejar foi uma tradição exclusiva de mulheres, exercida somente pelas curandeiras, parteiras ou comadres – mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade” que “conheciam a gravidez e o puerpério por experiência própria” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 655). Com o avanço da medicina moderna, porém, as parteiras e curandeiras foram perdendo espaço, substituídas por um processo mais técnico e científico, que ao mesmo tempo que reduziu a taxa de mortalidade feminina durante o parto, se tornou também um processo mais distante, frio e institucional. A ausência de individualização e autonomia no parto hospitalar, contudo, acabou tomando contornos não desejados, retirando da mulher o caráter humanizado de sua assistência médica. Nos termos de Elizabeth Nagahama e Silvia Santiago (2005, p. 655), “a atenção foi organizada como uma linha de produção e a mulher transformou-se em propriedade institucional”.

Nesse contexto, o cenário se mostrou propício para o surgimento de novas violências, mais especificamente a violência obstétrica, que será o objeto de estudo do presente artigo. Nesse sentido, busca-se refinar o entendimento acerca do que se entende por violência obstétrica, bem como apontar possíveis falhas na proteção das mulheres grávidas ou puérperas que possam estar atrapalhando o país no cumprimento das metas estipuladas pela Organização das Nações Unidas (ONU) - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – bem como demais dispositivos internacionais ou nacionais que tratam da matéria.

Para tanto, utilizar-se-á como metodologia de pesquisa a revisão bibliográfica e pesquisa normativa e jurisprudencial. A pesquisa normativa terá propósito descritivo, com a finalidade de descrever e sistematizar as principais políticas públicas vigentes acerca das medidas de humanização do parto e combate à violência obstétrica. De modo similar, a pesquisa jurisprudencial terá propósito descritivo, buscando descrever e apontar as principais características do fenômeno de responsabilização civil em casos de violência obstétrica. A abordagem será ao mesmo tempo quantitativa – ao se observar em que proporção tais casos são endereçados e em

quantos há responsabilização do agente ou estabelecimento de saúde – e qualitativa, debruçando-se sobre as razões de decisão do tribunal. Os dados serão obtidos a partir da pesquisa do termo “violência obstétrica” nas ferramentas de “Consulta de Jurisprudência” dos Tribunais de Justiça de Rondônia, de Santa Catarina e do Distrito Federal e Territórios, disponibilizadas para acesso público nos sítios eletrônicos dos referidos Tribunais.

Nesse sentido, o presente artigo será dividido nos seguintes capítulos: a violência obstétrica no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, no qual trataremos de forma breve o conceito de violência obstétrica e de que forma esse fenômeno é tratado no âmbito internacional, principalmente em vista das metas traçadas pela ONU (Capítulo II); as políticas públicas e a regulamentação como instrumentos de prevenção, no qual busca-se apresentar um mapeamento das principais políticas públicas e normativas que tem como alvo a saúde da mulher gestante, parturiente ou puérpera desde sua primeira aparição em 1920 até os dias atuais, com o exposto enfrentamento da violência obstétrica (Capítulo III); a responsabilização civil como instrumento de reparação e repressão, no qual teceremos algumas considerações a respeito da utilização da responsabilização civil como instrumento de efetivação de direitos, bem como exploraremos as decisões dos selecionados Tribunais de Justiça em relação à violências obstétrica (Capítulo IV). Ao final, serão apresentadas conclusões.

1. A violência obstétrica no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), define a violência como “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Na mesma lógica, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (“Convenção de Belém do Pará”), define violência como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 1994).

Nesse contexto, aprofundar-se-á num tipo de violência de gênero específica, qual seja, a violência institucional na atenção obstétrica, também denominada violência obstétrica. Embora ainda não haja um consenso acerca do escopo de abrangência do termo “violência obstétrica”, entende-se, de maneira geral, tratar-se de um construto legal que agrupa tratamentos desrespeitosos

e abusivos, bem como outros elementos de cuidado de má qualidade e não aderências às melhores práticas, que são experienciados por mulheres durante a gravidez, parto e puerpério (FEBRASGO, 2018). Em outras palavras, a violência obstétrica pode ser configurada como:

[...] violência cometida contra a mulher grávida, e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser **verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas**. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014, p. 11) (Grifou-se)

A fim de melhor ilustrar as práticas abrangidas no âmbito da violência obstétrica, cita-se as seguintes: episiotomia, que refere-se ao corte vaginal feito com o intuito de ampliar o canal do parto, que embora devesse consistir em última medida, é utilizado de forma rotineira sem real avaliação de necessidade (PREVIATTI; SOUZA, 2007); o chamado ponto do marido, que consiste em suturas maiores do que necessárias a fim de estreitar a abertura do canal vaginal; o uso de ocitocina sem necessidade; a utilização sem análise das consequências da manobra de kristeller (COFEN, 2017); restrição de alimentação e bebidas sem justificativa; não oferecimento de métodos de alívio da dor; pressão para realização de parto cesariana sem necessidade; a criação de constrangimentos para que as mulheres não se sintam confortáveis em expressar dor, gritar e movimentar-se durante o parto; entre outros tipos de abusos físicos e psicológicos (HEMMERSON apud DEUS, 2020).

A fim de suprimir esse quadro de abusos, a Organização Mundial da Saúde e outros organismos internacionais vem reiterado a necessidade de políticas que promovam a assistência obstétrica respeitosa às gestantes e puérperas, prevenindo a ocorrência de abusos e violências. Com efeito, no início dos anos 2000, a Organização das Nações Unidas estabeleceu um conjunto de objetivos e metas a serem cumpridas até o ano de 2015, denominado Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), cujo Brasil era signatário. Mais especificamente, a quinta meta de desenvolvimento do milênio buscava a redução em 75% da taxa de mortalidade materna, o que implicaria em atingir o percentual de 35 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (PORTAL ODS, 2018).

Embora o percentual de mortalidade materna tenha reduzido de 143 para 60 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos, a redução foi de apenas 58%, de modo que a referida meta restou descumprida. Ainda, nos anos seguintes, esse número voltou a subir, o que distanciou ainda mais o país do cumprimento da meta estipulada pela ONU. Com efeito, entre os anos de 2011 e

2012, a pesquisa “Nascer no Brasil”, apurou um quadro generalizado de violências cometidas contra mulheres, indicando que

[...] em mais de 70% das mulheres foi realizada punção venosa; que cerca de 40% receberam ocitocina e realizaram amniotomia (ruptura da membrana que envolve o feto) para aceleração do parto e que 30% receberam analgesia raqui/peridural. E que, em relação as intervenções realizadas durante o parto, a posição de litotomia (deitada com a face para cima e de joelhos flexionados) foi utilizada em 92% dos casos; a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero) teve uma ocorrência de 37% e a episiotomia (corte na região do períneo) ocorreu em 56% dos partos (BRASIL, 2019)

Diante do não cumprimento das metas de desenvolvimento do milênio, em 2015, foram propostos novos objetivos a serem cumpridos até 2030, os chamados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Nesse novo conjunto de objetivos, traçou-se uma nova meta em relação a mortalidade materna, consubstanciada na redução para 30 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos (PORTAL ODS, 2018).

O Brasil ainda está longe de cumprir essa meta e as altas taxas de mortalidade materna encontradas configuram um grave problema de saúde pública, que deve ser endereçado pelo Estado. Nesse contexto, faz-se por bem entender o conceito de mortalidade materna. Nos termos da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a morte materna é a “morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (OMS, 1998, p. 143).

Em entrevista à Revista Diálogo do Sul, a Professora Waglânia Freitas, doutora em Saúde Pública e enfermeira obstétrica pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e presidente da Associação de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras no estado (ABENFO-PB) fez uma contundente correlação entre a violência obstétrica e mortalidade materna, no que afirmou:

Temos um grande índice de mortalidade materna, porque temos um alto número de casos de violência obstétrica. **A morte materna é o ápice da violência obstétrica. Por isso, se enfrentarmos esta questão, sem negligenciar ou esconder esse termo, nós também iremos diminuir mortes maternas.** (FREITAS, 2019) (Grifou-se)

Nesse contexto, cumpre evidenciar que as causas da morte materna são encontradas no capítulo I, II, IV, XII, XV e XX da CID-10, incluindo não só uma gama de afecções que podem infligir a mulher durante a gravidez, parto e puerpério, como também as mortes que decorrem como consequência de acidentes e violências durante o ciclo gravídico puerperal, desde que se comprove que essas causas interferiram na evolução normal da gravidez, parto ou puerpério. Contudo, conforme informa a Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, essas mortes, para efeito do cálculo da Razão de Mortalidade Materna não são incluídas pela dificuldade da sua identificação na base de dados de mortalidade. (GOVERNO DO ESTADO RIO DE JANEIRO, [20--]).

Veja-se que, embora a violência obstétrica seja enquadrada como uma das causas de mortalidade materna – problemática essa que, como se viu, por si só, ainda está bem longe de receber o devido tratamento – , ela não é contabilizada no cálculo de mortalidade materna, tornando-a uma realidade de violência invisível e ignorada, criando obstáculos para a realização de políticas públicas e dificultando a concreção das metas de desenvolvimento estipuladas pela ONU.

Embora entenda-se que a violência obstétrica nem sempre levará a morte da vítima, é importante apontar que esse é um dos possíveis cenários quando se ignoram práticas abusivas e agressivas perpetradas contra mulheres durante sua gestação. Assim, com o objetivo de atrair atenção para o tema, este artigo buscará apontar como a política pública e a responsabilização dos agentes causadores do dano podem atuar como instrumentos para a garantia do desenvolvimento social pautado nos indicadores de gênero e saúde materna.

2. As políticas públicas e a regulamentação como instrumentos de prevenção

Políticas governamentais que visavam à proteção da saúde e à organização da assistência materno-infantil começaram a surgir com a reforma sanitária realizada por Carlos Chagas na década de 1920. Ainda em 1940, foi criado o primeiro órgão exclusivamente destinado aos cuidados da saúde materno-infantil, o Departamento Nacional da Criança (DNCR), extinto pouco depois em 1969. Nessa época, a preocupação principal era a alta taxa de mortalidade infantil (TYRRELL; CARVALHO, 1995).

Posteriormente, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que assumiu a competência para coordenar a assistência materno-infantil em nível nacional, pautado em “um dever imperioso defender de maneira eficaz a criança brasileira, em verdade, ainda o melhor elemento a

salvaguardar o futuro da nacionalidade” (CANESQUI, 1987), tendo como principal foco o aumento da mão de obra para o país através da redução da taxa de mortalidade infantil.

Foi apenas entre 1964 e 1973 que se iniciou o processo de privatização da saúde médico assistencial, período que foi marcado pelo surgimento de diversos hospitais privados. A saúde passou a se tornar também uma atividade econômica, com o mercado privado passando a ter controle sobre uma parcela das atividades médicas no país (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 655). A saúde, então, passa a ser exercida em um espaço de livre concorrência e livre mercado, onde a busca pela eficiência e lucros são os indicadores norteadores da atividade econômica.

Nesse contexto, a primeira menção aos cuidados específicos do grupo materno-infantil se deu nas Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, que previa programas de assistência à gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 1971). Em 1975, surgiu o primeiro programa de atenção para proteção das mães e seus infantes: Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), que previa atividades de planejamento familiar, buscando também contribuir para o ingresso de novas forças de trabalho (BRASIL, 1975). No final da década de 70 e início dos anos 80, foram criados o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), que tinha como propósito regulamentar e operacionalizar as ações de assistência especializada aos riscos reprodutivo e obstétrico (BRASIL, 1978), e o Programa de Ações Básicas de Saúde (Prevsáude), que previa em uma de suas frentes um amplo programa materno-infantil (CANESQUI, 1987).

Paralelamente, “os movimentos organizados de mulheres ganhavam destaque nas esferas do poder público” (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2005, p. 653), alterando o enfoque da discussão para o direito das mulheres, em especial o direito à saúde. Essa movimentação culminou com a edição do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática (AISM)”, que previa ações de saúde dirigidas ao atendimento global da mulher (BRASIL, 1984). Nesse contexto, iniciou-se também um movimento em busca da humanização do parto e do nascimento, estimulando os profissionais da saúde a repensarem suas práticas a partir de um novo paradigma de assistência ao parto, o paradigma humanista (DAVIS-FLOYD, 2001).

Com o advento da nova Constituição Federal em 1988, o Ministério da Saúde iniciou a construção do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que se apresenta como uma afirmação dos direitos da mulher, bem como a garantia de integralidade da assistência obstétrica (BRASIL, 2000a). O PHPN foi oficialmente instituído com a edição da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, que apontou os seguintes princípios e direitos como norteadores no processo de assistência à gestação e parto: o direito de acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; direito de acompanhamento pré-natal adequado; direito

de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; e direito de assistência neonatal de forma humanizada e segura para o recém-nascido.

A Portaria nº 569/2000 foi acompanhada pela Portaria nº 466, de 14 de junho de 2000, que priorizou a realização do parto normal em contraposição à cesariana, determinando, em seus arts. 1º e 2º, o estabelecimento de um limite, seja por hospital¹ ou por estado², de percentual máximo de cesarianas ou partos cirúrgicos em relação ao número de partos normais, bem como outras estratégias para a redução desses procedimentos no âmbito do estado; e também pela Portaria nº 693/GM, de 5 de julho de 2000, que aprovou a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru³, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, que é entendida como essencial na promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família.

Pode-se notar, da leitura dos princípios e dispositivos acima, que tais previsões encontram respaldo no princípio constitucional da dignidade humana, que garante as necessidades vitais de cada indivíduo e se apresenta como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito brasileiro (art. 1.º, III, Constituição Federal). Tal fundamento constitucional atua como um limite estatal e social, paralelamente em uma dimensão defensiva (negativa) e prestacional (positiva), de modo que

[...] verifica-se que na sua atuação como limite, a dignidade implica não apenas que a pessoa não pode ser reduzida à condição de mero objeto da ação própria e de terceiros, mas também o fato de que a dignidade constitui o fundamento e conteúdo de direitos fundamentais (negativos) contra atos que a violem ou a exponham a ameaças e riscos, no sentido de posições subjetivas que têm por objeto a não intervenção por parte do Estado e de terceiros no âmbito de proteção da dignidade (SARLET; MARINONI; MITIDIERO, 2017, p. 288).

Nesse sentido, a dimensão positiva ou prestacional do limite imposto pelo princípio da dignidade humana pode ser percebida na atuação ativa do estado, através da criação de políticas públicas ou ações concretas que visem evitar a violência obstétrica, seja por meio da difusão de

¹ Art. 1º Estabelecer como competência dos estados e do Distrito Federal a definição de limite, por hospital, de percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos realizados e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução destes procedimentos no âmbito do estado (BRASIL, 2000b).

² Art. 2º Estabelecer, para cada estado e para o Distrito Federal, na forma do Anexo I desta Portaria, um limite percentual máximo de realização de partos cirúrgicos em relação ao total de partos realizados no estado (BRASIL, 2000b).

³ “O ‘Método Canguru’ é um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido” (BRASIL, 2000c).

informações para conscientização das mulheres acerca de seus direitos, seja a partir da determinação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Noutro giro, a dimensão defensiva pode ser observada, por exemplo, no âmbito da responsabilização civil, sendo direito da gestante, parturiente ou puérpera fazer valer o seu direito perante o judiciário, conforme será mais bem abordado no próximo tópico.

Em âmbito nacional, soma-se ao PHPN, a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que dispõe do direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. O dispositivo garante à parturiente a escolha de seu acompanhante, assegurando assim que fique próxima a pessoas de confiança num momento tão íntimo quanto o parto, garantindo assim o direito de a mulher escolher como levará sua vida, incluso o nascimento de seu filho.

Não obstante a existência de regulamentação nacional, verifica-se que as disposições supracitadas não enfrentam diretamente o fenômeno da violência obstétrica, apenas tratando de modo genérico de direitos das mulheres durante o parto. Essa regulamentação mais específica foi feita no âmbito do Distrito Federal⁴ e de alguns estados, dentre os quais: Paraná⁵, Rondônia⁶, Santa Catarina⁷, Minas Gerais⁸, Mato Grosso do Sul⁹, Goiás¹⁰, e Tocantins¹¹. Realizar-se-á uma breve análise dessas disposições, a fim de verificar de que forma os estados têm entendido e enfrentado o fenômeno da violência obstétrica.

As mencionadas legislações estaduais apresentam um conceito bastante similar de violência obstétrica. Reproduz-se o conceito da Lei nº 4.173, de 8 de novembro de 2013 do Estado

⁴ Lei 6.144, de 7 de junho de 2018. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2018).

⁵ Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018. Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica (PARANÁ, 2018).

⁶ Lei nº 4.173, de 8 de novembro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, no Estado de Rondônia (RONDONIA, 2017).

⁷ Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2017).

⁸ Lei nº 23.175, de 21 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado (MINAS GERAIS, 2018).

⁹ Lei nº 5.217, de 26 de junho de 2018. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências (MATO GROSSO DO SUL, 2018).

¹⁰ Lei nº 19.790, de 24 de julho de 2017. Institui a Política Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica no Estado de Goiás (GOIÁS, 2017).

¹¹ Lei nº 3.674, de 26 de maio de 2020. Altera a Lei nº 3.385, de 27 de julho de 2018, que dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins (TOCANTINS, 2020).

de Rondônia, que dispõe que a violência obstétrica se configura como todo “ato ou omissão, praticado por médico, enfermeiro, qualquer pessoa ou profissional do hospital, ou ainda, por familiar ou acompanhante, que ofenda de forma verbal, física ou emocional, mulheres gestantes em trabalho de parto, ou ainda, no período do puerpério” (RONDÔNIA, 2017). Por sua vez, a Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018, do Estado do Paraná vai mais além na definição dessa violência, ao elencar as condutas que podem ser consideradas violência obstétrica, quais sejam: (i) ação ou omissão que cause à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico; (ii) negligência na assistência em todo período gravídico e puerperal; (iii) realização de tratamentos excessivos ou inapropriados e sem comprovação científica de sua eficácia; (iv) a coação com a finalidade de inibir denúncias (PARANÁ, 2018).

De modo similar, as legislações do Distrito Federal e dos estados do Tocantins, Goiás, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Santa Catarina preveem um rol extenso de condutas que podem ser consideradas ofensa verbal ou física, estipulando que é dever dos estabelecimentos de saúde apresentarem essas informações às grávidas e puérperas, seja por meio de cartilha elaborada pela Secretaria de Saúde do estado ou outro meio de comunicação. Privilegiam, assim, o direito de informação e de escolher o que acontece com o seu corpo e com o seu filho.

Ademais, a Lei do Paraná prevê expressamente o direito da gestante ou parturiente negar a realização de exames e procedimentos com propósitos exclusivamente de pesquisa, investigação, treinamento e aprendizagem ou que lhes causem dor ou constrangimento, devendo ser informados todos os procedimentos que estão sendo realizados. A referida legislação também destrincha o direito à informação da gestante, dispondo o seguinte:

Art. 4º A gestante e a parturiente têm direito à informação sobre:

I - a evolução do seu parto e o estado de saúde de seu filho;

II - métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento durante a gestação, durante o parto e nos períodos pré-parto e puerperal;

III - as intervenções médico-hospitalares que podem ser realizadas, podendo optar livremente quando houver mais de uma alternativa;

IV - os procedimentos realizados no seu filho, respeitado o seu consentimento. (PARANÁ, 2018)

Esse conjunto de normativos vai ao encontro com as metas do objetivo nº 5 dos ODS, mais especificamente as metas 5.6 e 5.c, que buscam respectivamente: (i) o acesso universal à

saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão; e (ii) adotar e fortalecer políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas, em todos os níveis.

Contudo, em que pesem essas políticas públicas no sentido de garantir o parto humanizado e estipular medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, no plano concreto, essa violência continua sendo uma prática cotidiana, principalmente porque ocorre de forma velada e institucionalizada. Por essa razão, passa-se a analisar a outra face do combate à violência, que acontece depois da violência ser cometida, qual seja, a face da responsabilização.

3. A responsabilização civil como instrumento de reparação e repressão

Na perspectiva reparadora e repressiva, a responsabilização civil se mostra como um importante instrumento para garantir que a mulher não apenas tenha reparação pecuniária, mas também tenha reconhecida oficialmente a violência que lhe foi imposta. Não apenas, ainda que não seja o objetivo principal da responsabilização civil, que a princípio tem caráter reparador, a responsabilização pode apresentar um importante caráter dissuasório e repressivo, pois a partir do momento que os agentes são sistematicamente responsabilizados por seus atos, a prática deixa de ser institucionalizada.

Mais especificamente, a responsabilidade civil consubstancia-se no dever de restaurar o equilíbrio moral e patrimonial provocado pelo autor do dano (GONÇALVEZ, 2015) e está diretamente atrelada ao cometimento de um ato ilícito, nos termos do art. 186 e 187 do Código Civil (“CC”), que geram, por sua vez um dever de reparar e indenizar, conforme art. 927 do CC. No cenário que se busca analisar, a responsabilidade é aplicada de forma diferente ao profissional da saúde e ao estabelecimento de saúde, isso porque, para o primeiro a regra é a aplicação da teoria subjetiva da responsabilidade civil, calcada na culpa em *stricto sensu*, consubstanciada em imperícia, negligência e imprudência, enquanto para o último a regra é a aplicação da teoria objetiva (SOUZA, 2019a).

Em relação aos estabelecimentos de saúde de propriedade dos estados ou municípios, a responsabilização será, de forma similar ao do profissional liberal, subjetiva. Isso porque, embora o art. 37, § 6º da Constituição Federal apresente como regra de responsabilização extracontratual

do Estado a responsabilidade objetiva, o ato ilícito em questão trataria de ato omissivo, de modo que se aplicaria outro entendimento. Com efeito, quando se trata de “ato omissivo do Poder Público, a responsabilidade passa a ser subjetiva, exigindo dolo ou culpa, numa de suas três vertentes, negligência, imperícia ou imprudência, não sendo, entretanto, necessário individualizá-la” (GONÇALVES, 2021).

Pois bem, apresentadas as bases da responsabilização civil que serão trabalhadas no presente tópico, passa-se à análise desta nos casos específicos de violência obstétrica. Nesse sentido, não se pode deixar de mencionar o caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira (“Alyne”) v. Brasil, que configurou “a primeira decisão de um órgão convencional internacional que responsabilizou um governo por uma morte materna evitável” (COOK, 2013, p. 103). Tal julgamento será essencial para formular uma base de análise que será usada na leitura e interpretação dos precedentes dos tribunais de justiça dos estados, valendo-se dos conceitos, critérios e requisitos utilizados pela Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (Cedaw) no caso em questão.

O referido caso diz respeito à morte de Alyne Teixeira, que, em 11 de novembro de 2002, quando estava no sexto mês de gestação, foi à Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, uma clínica de saúde privada em Belford Roxo, no estado do Rio de Janeiro. Mesmo com sintomas de gravidez de alto risco, Alyne apenas recebeu analgésicos e foi liberada para retornar a sua casa. Em casa, os sintomas pioraram, de forma que Alyne retornou à clínica dois dias após sua liberação, quando foi verificada a morte do feto. Seu parto foi induzido seis horas depois, e cirurgia para extrair a placenta ocorreu catorze horas mais tarde, demonstrando a mora no tratamento. Com a piora do quadro de saúde, Alyne foi indicada para transferência a um hospital público do município, tendo que esperar mais de oito horas para ser levada ao Hospital Geral de Nova Iguaçu. Após 21 horas no corredor do hospital, por falta de leito na emergência, Alyne faleceu em 16 de novembro de 2002, em decorrência de hemorragia resultante do parto induzido, deixando uma filha de cinco anos (CATOIA; SEVERI; FIRMINO, 2020).

Com efeito, o ciclo de abusos que se verificou no caso em questão, bem como na área obstetrícia de forma geral não apenas se coloca como uma violência de gênero, como também aponta para uma realidade médica que ignora o indivíduo, partindo de uma lógica puramente científica e reducionista, na qual o estabelecimento e o profissional de saúde, e até mesmo as instituições de ensino que formam esses profissionais, ensinam e aplicam fórmulas médicas prontas, independentemente de necessidade ou vontade da paciente. Essa necessidade de

humanização da medicina é bem pontuada no caderno de “Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva” produzido pelo Ministério da Saúde:

A medicina adotou essa concepção reducionista da biologia, constituindo-se o modelo biomédico, ainda predominante nas práticas de saúde, que enfoca o processo saúde/doença sob uma ótica puramente biológica/corporal, desconsiderando os aspectos psicológicos, culturais, sociais e econômicos. Ao se concentrar em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde de vista o ser humano como um todo e sua inter-relação com o contexto em que vive. (BRASIL, 2013)

Conforme relatam as autoras Loretta J. Ross e Rickie Solinger (2017, p. 26), a ascensão do campo de obstetrícia e ginecologia acabou por afastar, e por vezes estigmatizar, anos de tradição e experiência dos partos humanizados praticados por parteiras ou doulas, de forma que “as políticas públicas destinavam determinadas mulheres grávidas e parturientes a programas de saúde pública subfinanciados, e a padronização da obstetrícia exigia que algumas mulheres dessem à luz em deterioradas instituições públicas sob perigosas e alienantes condições”¹².

Tais condições são perceptíveis nos casos que chegam ao judiciário. Em especial, serão analisados aqui os casos julgados pelo Tribunal da Justiça do Estado de Rondônia (TJRO), do Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina (TJSC) e o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT). Tais tribunais foram escolhidos a fim de privilegiar a diversidade de regiões analisadas no presente trabalho, bem como entender como as legislações estaduais analisadas no tópico anterior impactam o *ratio decidendi* do magistrado.

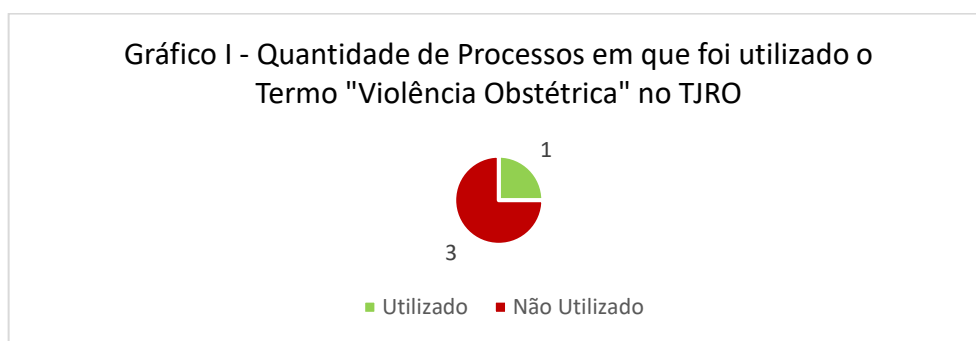
A pesquisa foi realizada a partir da ferramenta de “Consulta de Jurisprudência” disponibilizada para acesso público no sítio eletrônico dos referidos tribunais. O termo de pesquisa utilizado foi “violência obstétrica”, de modo que se obteve um total de 16 (dezesseis) processos como resultado, sendo 7 (sete) do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios¹³; 5 (cinco)

¹² Tradução Livre

¹³ APELAÇÃO CÍVEL 0710927-14.2020.8.07.0001, 3ª Turma Cível, Des. Rel. Maria de Lourdes Abreu, DJ 19.05.2021; APELAÇÃO CÍVEL 0022907-21.2015.8.07.0018, 2ª Turma Cível, Des. Rel. Sandra Reves. Dj. 11.11.2020; APELAÇÃO CÍVEL 0038430-39.2016.8.07.0018, 8ª Turma Cível, Des. Rel. Eustaquio de Castro, DJ 11.11.2020; APELAÇÃO CÍVEL 0030544-40.2016.8.07.0001, 8ª Turma Cível, Des. Rel. Diaulas Costa Ribeiro, Dje 09.04.2019; APELAÇÃO CÍVEL 0700307-14.2018.8.07.0000, 2ª Turma Cível, Rel. Des. Carmelita Brasil, Data de Julgamento 21.02.2018; APELAÇÃO CÍVEL 0721754-55.2018.8.07.0001, 1ª Turma Cível, Rel. Des. Romulo de Araujo Mendes, Data de Julgamento 02.09.2020; APELAÇÃO CÍVEL 0037122-65.2016.8.07.0018, 6ª Turma Cível, Des. Esdras Neves, Data de Julgamento 10/07/2019

do Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina¹⁴; 4 (quatro) do Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia¹⁵.

Analisou-se, primeiramente, se os casos em questão faziam menção expressa ao termo “violência obstétrica” e se esse era o termo utilizado pelo magistrado para se referir à discussão travada no caso em questão. Apurou-se que, embora em todos os casos encontrados no TJDF e TJSC tenha sido usado o termo violência obstétrica para se referir às alegações da parte autora que requeria indenização por condutas lesivas ocorridas durante o parto, bem como o pré e pós-parto, no TJRO, apenas um dos acórdãos apresentou essa nomenclatura, apesar do direito de indenização não ter sido reconhecido ao final.



Fonte: Elaboração própria conforme os dados do Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia

Em relação às violências cometidas durante o parto, as autoras alegaram uma série de violações de seus direitos. Em 4 (quatro) ou 25% (vinte e cinco por cento) dos processos, a autora sustentou a realização da manobra de kristeller, “a qual não é recomendada por diversas portarias do Ministério da Saúde, artigos científicos e diversos estudos em razão dos possíveis danos a serem causados ao bebê e à parturiente” (TJRO, 2021); em 2 (dois) ou 12% (doze por cento), a autora

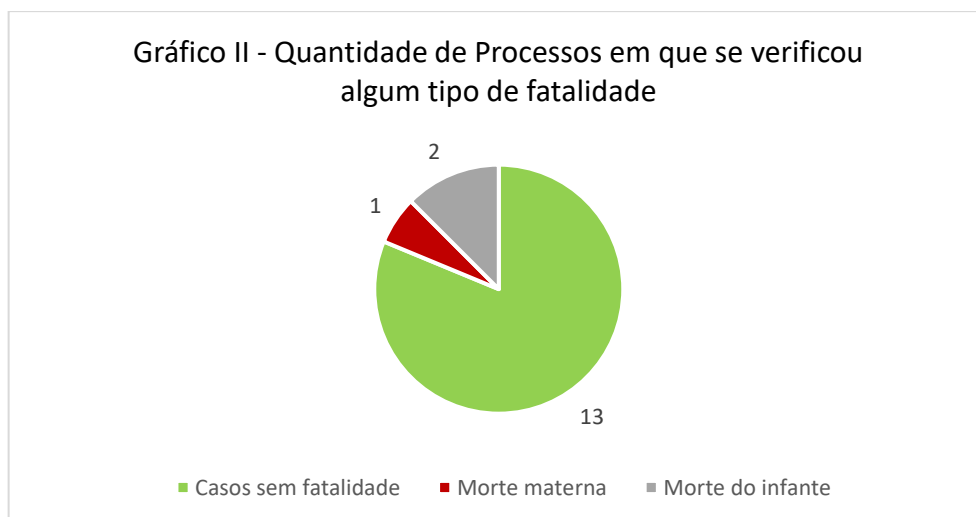
¹⁴ APELAÇÃO CÍVEL 0312724-89.2016.8.24.0023. Segunda Turma de Direito Público, Rel. Des. João Henrique Blasi, Julgado em 08/10/2019; APELAÇÃO CÍVEL Nº 0001069-83.2010.8.24.0063. Sétima Câmara de Direito Civil, Des. Rel. Álvaro Luiz Pereira de Andrade, Julgado em 05.09.2019; APELAÇÃO CÍVEL 0021886-26.2012.8.24.0023, Primeira Turma de Direito Público, Des. Rel. Pedro Manoel Abreu, Julgado em 23/07/2019; APELAÇÃO CÍVEL 1022397-70.2013.8.24.0023, Primeira Câmara de Direito Público, Des. Rel. Pedro Manoel Abreu, Julgado em 25/09/2018; APELAÇÃO CÍVEL 0011832-34.2013.8.24.0033, Terceira Câmara de Direito Público, Des. Rel. Saul Steil, Julgado em 18/07/2017

¹⁵ APELAÇÃO CÍVEL, Processo nº 7003920-20.2018.822.0008, Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia, 2ª Câmara Especial, Relator(a) do Acórdão: Juíza Inês Moreira da Costa, Data de julgamento: 21/10/2021; APELAÇÃO CÍVEL, Processo nº 7044802-79.2017.822.0001, Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia, 2ª Câmara Especial, Relator(a) do Acórdão: Des. Roosevelt Queiroz Costa, Data de julgamento: 02/06/2021; APELAÇÃO CÍVEL, Processo nº 7007747-89.2016.822.0014, Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia, 1ª Câmara Especial, Relator(a) do Acórdão: Des. Gilberto Barbosa, Data de julgamento: 17/09/2020; APELAÇÃO CÍVEL, Processo nº 7010423-41.2019.822.0002, Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia, 2ª Câmara Cível, Relator(a) do Acórdão: Des. Isaias Fonseca Moraes, Data de julgamento: 30/03/2021

sustentou o uso de ocitocina sintética para acelerar o parto, sem a devida indicação e sem o prévio consentimento da gestante; em 3 (três) ou 20% (vinte por cento), a autora afirmou a realização do procedimento de episiotomia, de forma intempestiva e indevida; em 3 (três) ou 20% (vinte por cento), a autora apontou negligência médica no atendimento, porque fora liberada sem tomar conta de seus problemas de saúde; entre outras práticas de violência de cunho, físico, psicológico e moral, como o impedimento da escolha de acompanhante para o parto, a ausência de informações acerca dos procedimentos realizados e a realização de procedimentos educativos e de investigação não necessários.

Todos esses direitos são reconhecidos pelas leis estaduais analisadas, de modo que é considerada violação do direito da gestante, parturiente ou puérpera: impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto (art. 3º, IX, da Lei 4.173/2017/RO; art. 3º, IX, da Lei 17.097/2017/SC, art. 3º, IX, Lei nº 6.144/2018/DF); não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto (art. 3º, IV, da Lei 4.173/2017/RO; art. 3º, IV, da Lei 17.097/2017/SC, art. 3º, IV, Lei nº 6.144/2018/DF); proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível (art. 3º, XIII, da Lei 4.173/2017/RO; art. 3º, XIII, da Lei 17.097/2017/SC, art. 3º, XIII, Lei nº 6.144/2018/DF), entre outros.

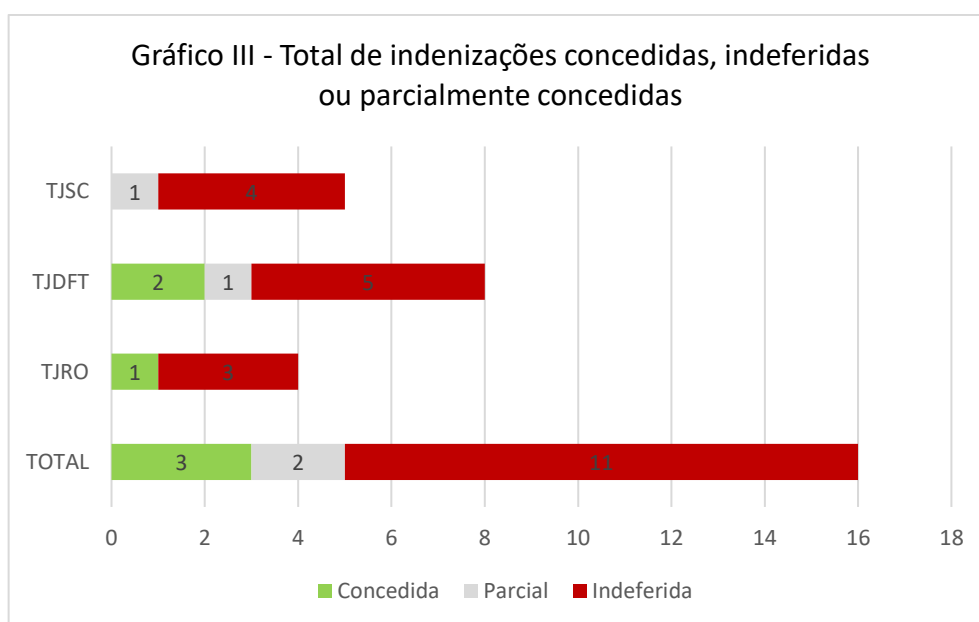
Verificou-se, ainda, que dos 16 (dezesesseis) processos analisados, 3 (três) relatavam casos de fatalidade, como se verifica no gráfico abaixo:



Fonte: Elaboração própria conforme os dados da consulta pública de jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia, Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina e Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios

Verificou-se ademais, que dos 3 (três) casos em que houve fatalidade, em apenas 1 (um) foi reconhecida o cometimento de violência obstétrica ou ordenada a indenização por parte do

judiciário. Nos outros dois, o Tribunal entendeu que a responsabilidade, “em se tratando de atendimento médico, somente se comprova se demonstrada a ocorrência de falha, imprudência, imperícia, negligência, jamais por efeito do insucesso do resultado do tratamento aplicado” (TJRO, 2020). Em verdade, na grande maioria dos casos analisados, o direito de indenização pela violência obstétrica cometida pelo estabelecimento de saúde não foi concedido em decorrência da ausência de conjunto probatório suficiente para ensejar a responsabilidade subjetiva:



Fonte: Elaboração própria conforme os dados da consulta pública de jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia, Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina e Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios

Algumas autoras, entretanto, apontaram “impossibilidade de trazer documentação comprobatória durante seu parto da referida técnica deve-se ao fato de que esta frequência não é relatada nos prontuários, visto ser vedada” (TJRO, 2021). Veja-se, então, que muitos dos casos de indeferimento podem ser atribuídos a um ônus de prova que torna excessivamente difícil para que a vítima da violência obstétrica veja seu direito resguardado perante o judiciário. Nesse sentido, como indagou o próprio magistrado na Apelação Cível nº 7007747-89.2016.822.0014, faz-se necessário repensar o modelo vigente a fim de permitir a proteção das mulheres em uma das situações de maior vulnerabilidade:

Diante de tal cenário, talvez seja premente repensar a questão e evoluir em uma linha diferenciada na qual esta prática alarmante em todo país deixe de ser analisada como um mero erro médico, mas como responsabilidade objetiva, que

no limite até mesmo possa ser *in re ipsa* no qual a constatação da ofensa, por si só, possa gerar o dano. Ora, se a simples inscrição indevida do nome de um cidadão em cadastro negativo é geradora de tal dano, o que falar de uma mulher que no momento de grande vulnerabilidade é submetida sem autorização a episiotomia, manobras vedadas, ou a ofensas? Tal questão social tem premente importância e deve ser repensada e discutida nos Tribunais com seu real peso. (TJRO, 2021)

Em outros casos, sequer foi apresentada uma justificativa coerente para o indeferimento. Por exemplo, na apelação civil nº 0038430-39.2016.8.07.0018 julgada pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, a autora, vítima da violência obstétrica, sustenta a aplicação de medicamentos com o objetivo de acelerar o parto (ocitocina sintética), sem a devida indicação e sem o seu prévio consentimento, além da utilização da técnica da episiotomia também sem precisa indicação, em violação aos protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Não obstante o desembargador relator tenha reconhecido que, conforme verificado no prontuário da autora, estava demonstrada a utilização de ocitocina sintética para a indução do parto, além de ter sido utilizada a técnica de episiotomia, o direito de reparação não foi concedido para a mulher. Isso porque entendeu que, em razão de alterações no curso normal do trabalho de parto, estariam justificadas as intervenções médicas tomadas. O desembargador sequer chegou a enfrentar os argumentos de ausência de consentimento ou mesmo da violação do dever de informar para a parturiente dos procedimentos que seriam realizados em seu próprio corpo. Chegou ainda a afirmar “que os fatos dos autos remontam ao ano de 2015, período no qual a questão da violência obstétrica e a aceitação para realização de procedimentos médicos é regulamentada de forma diversa da atual.”

Isto é, não obstante as diversas lutas de mulheres para a garantia de direitos reprodutivos, respeito do seu corpo e partos humanizados, que culminaram ainda, no início dos anos 2000, na elaboração do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), tais direitos não parecem ter saído do papel. A violência obstétrica continua prática institucionalizada na medicina, e sequer o seu reconhecimento como violência parece ser aceito nos tribunais. Tal fato se coloca como um claro empecilho para a concretização das metas de desenvolvimento sustentável estipuladas pela ONU.

Nesse sentido, foi possível verificar que, em que pese a edição de políticas públicas reconhecendo o direito das mulheres ao parto humanizado e ao respeito de suas decisões em relação a sua própria gestação, resta ainda que o judiciário se coloque como garantidor desses

direitos quando violados pelos estabelecimentos de saúde, atuando na dimensão defensiva da proteção ao princípio da dignidade humana.

4. Conclusão

Diante do exposto, constatou-se que a violência obstétrica se configura como uma violência específica de gênero, enquadrando condutas ou omissões perpetradas por estabelecimentos ou profissionais de saúde e consubstanciadas no “controle do corpo e da sexualidade das mulheres, além de estar dominada por significados culturais estereotipados de desvalorização e subserviência delas em um momento de vulnerabilidade emocional muito específico” (TJRO, 2021). Igualmente, foi possível verificar que se trilhou um longo caminho no âmbito da saúde da mulher até que se chegasse ao ponto de reconhecer a necessidade de partos humanizados e do combate à violência obstétricas. Nesse contexto, os objetivos de desenvolvimento sustentável se mostram como premissas para a construção de uma política pública voltada a proteger a gestante, parturiente ou puérpera, diante de uma medicina dura, fria e desconectada, que parece esquecer dos direitos mais básicos de dignidade da pessoa humana.

Nesse cenário, a análise da política pública é de extrema importância para fixar os comportamentos adequados que se esperam do estabelecimento e profissional de saúde. Com exceção de disposições específicas, encontradas nos estados do Paraná, Rondônia, Santa Catarina, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Goiás, Tocantins e no Distrito Federal, sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica nos respectivos estados, não existe dispositivo que trate expressamente do assunto a nível federal. Daí a importância dessa análise, a fim de verificar quais dos dispositivos estão refletindo de forma positiva na redução da conduta ou responsabilização dos agentes, e o que poderia ser incorporado como política pública a nível nacional ou nos demais estados.

Contudo, em que pese a existência de legislação estadual que disponha sobre a violência obstétrica e sobre direitos da gestante e da parturiente no Distrito Federal, Rondônia e Santa Catarina, verificou-se que os casos em que realmente foi reconhecida a referida violência e determinada a indenização pelo agente que lesou esse direito foram apenas 4 (quatro) dos 16 (dezesesseis) casos analisados, isto é, apenas 25% (vinte e cinco por cento) do total.

Vale frisar que o método de pesquisa escolhido pode influenciar no resultado obtido, uma vez que a pesquisa pelo termo “violência obstétrica” pode excluir do conjunto resultado aqueles processos que não utilizem essa terminologia. Entende-se, porém, que a não utilização do termo é

prejudicial ao efetivo combate dessa violência. Isso porque, ao não tratar o ato lesivo pelo que é, isto é, uma violência de gênero cometida contra mulheres durante a assistência obstétrica – violência obstétrica –, torna-se invisível todo o quadro de institucionalização de violências apontado ao longo do presente artigo, silenciando a luta por melhores condições de assistência obstétrica.

Foi o que entendeu o Desembargador Relator do Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia na Apelação Cível nº 7044802-79.2017.822.0001:

A violência obstétrica como forma de violência de gênero deve ser difundida, sobretudo através de seu reconhecimento em decisões judiciais, uma vez que em função da sua condição de intensa vulnerabilidade durante a gestação, cada vez mais mulheres sofrem este tipo de violência, ainda pouco reconhecida. Infelizmente, os julgados sequer mencionam o termo “violência obstétrica”, o que favorece a invisibilidade do fenômeno no curso do processo judicial (TJRO, 2021)

Com efeito, a Recomendação n. 5, de 9 de maio de 2019, editada pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos/Conselho Nacional dos Direitos Humanos ao Ministro da Saúde reitera a manutenção da terminologia violência obstétrica, uma vez que esse termo foi “reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014, na Declaração de Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde como violação de direitos humanos das mulheres” (BRASIL, 2019). Não há, portanto, justificativa plausível para a não utilização da terminologia, a não ser obscurecer a prática desse fenômeno e impedir ou dificultar que tais violências sejam agrupadas para fins de estudos e apuração do número de violências praticadas. Soma-se a isso a ausência de instrumentos próprios para notificar ou identificar violência obstétrica, o que contribui ainda mais para a invisibilidade do problema. Acaba-se, então, por silenciar mais uma violência de gênero, que vai além do simples erro médico para configurar prática institucionalidade e normalizada pelos estabelecimentos de saúde, desconsiderando a vontade e o melhor interesse da gestante, parturiente ou puérpera.

É importante notar que a responsabilidade civil extracontratual prescinde de regulamentação anterior acerca do ilícito praticado, mas sim de uma injusta violação ao bem jurídico tutelado. Assim, diferente do que se viu nos casos analisados, ainda que o termo violência obstétrica só tenha ganhado reconhecimento nos últimos anos, as violências sofridas por mulheres nos seus momentos de maior vulnerabilidade, seja da gestação, parto ou puerpério, não deixam de ser violências, e, portanto, reparáveis. A responsabilidade civil nesse contexto tem o condão de

atuar como um verdadeiro elemento dissuasório, incitando os estabelecimentos de saúde a reverem suas práticas a fim de evitar a responsabilização, danos à imagem e perda pecuniária. Contudo, para que o instrumento seja efetivo, ele precisa ser efetivamente aplicado, em consonância ao que determinam os normativos internacionais e as políticas públicas nacionais.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes gerais da política nacional de saúde materno-infantil*. Brasília, 1971

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Médica. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. *Programa de Saúde Materno-Infantil – bases programáticas*. Rio de Janeiro, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco*. Normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil. Brasília, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1984

BRASIL. *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher*, “Convenção Belém do Pará”. Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral. Disponível em: http://www.tjrj.jus.br/institucional/comissoes/cojem/cojem_convecao_interamericana_prevenir.pdf. Acesso em 05/07/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos*. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 466/GM, de 10 de maio de 2000*. Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000*. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Brasília, 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendação nº 5, de 9 de maio de 2019. Recomendação ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica.

CANESQUI, A.M. *Assistência médica e a saúde e reprodução humana*. Textos NEPO 13. Campinas. 1987.

CATOIA, Cinthia de Cassia; SEVERI, Fabiana Cristina; FIRMINO, Inana Flora Cipriano. *Caso 'Alyne Pimentel': Violência de Gênero e Interseccionalidades*. Revista de Estudos Feministas, Vol 28 (1), 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n160361>

COFEN, Confederação Federal de Enfermagem. *Ministério da Saúde lança diretrizes contra manobras agressivas em partos*: Documento recomenda mais de 200 procedimentos para melhorar a qualidade no atendimento e aliviar dor de gestante. Publicado em: 06/03/2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/ministerio-da-saude-lanca-diretrizes-contr-manobras-agressivas-em-partos_49669.html

COOK, Rebecca J. *Human Rights and Maternal Health: Exploring the Effectiveness of the Alyne Decision, Global Health and the Law*” in Journal of Law, Medicine and Ethics. (Primavera de 2013).

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75(1):5-23, 2001.

DEUS, Lara. Editora de Família: Violência Obstétrica, o que é, tipos e leis. *Minha Vida*, Brasil, Nov. 2020. Disponível em: <https://www.minhavidacom.br/familia/tudo-sobre/34875-violencia-obstetrica#comment-module>

DISTRITO FEDERAL. *Lei nº 6.144, de 7 de junho de 2018*. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal. Brasília, 2018.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. *Recomendações Febrasgo para temas controversos*. Publicado em 09.11.2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/es/component/k2/item/694-recomendacoes-febrasgo-para-temas-controversos>

GOIÁS. Assembleia Legislativa do Estado de Goiás. *Lei nº 19.790, de 24 de julho de 2017*. Institui a Política Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica no Estado de Goiás

GONÇALVES, Carlos Roberto. *Responsabilidade Civil*. 10ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

GONÇALVES, Carlos Roberto. *Responsabilidade Civil*. Disponível em: Minha Biblioteca, (20th edição). Editora Saraiva, 2021.

GOVERNO DO ESTADO RIO DE JANEIRO, Secretaria de Saúde. *Indicadores de Mortalidade Materna: Notas Técnicas*. Publicado em [20--]. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/taxas/sim_SINASC_Taxas_Mortalidade_Materna.pdf . Acesso em 10/06/2021.

MATO GROSSO DO SUL. Assembleia Legislativa do Estado do Mato Grosso do Sul. *Lei nº 5.217, de 26 de junho de 2018*. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. Campo Grande, 2018.

MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais. *Lei nº 23.175, de 21 de dezembro de 2018*. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e

à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Belo Horizonte, 2018

NAGAHAMA, Elizabeth E. I.; SANTIAGO, Silvia M. *A institucionalização médica do parto no Brasil*. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300021&script=sci_abstract&tlng=pt

OMS, Organização Mundial da Saúde. World Health Organization. *Global consultation on violence and health*. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/ SPI.POA.2).

OMS, Organização Mundial da Saúde. World Health Organization. *Classificação Internacional de Doenças*: décima revisão (CID-10). 4ª ed. v.2. São Paulo: Edusp, 1998.

PARANÁ. Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. *Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018*. Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. Curitiba, 2018

PEREIRA, Caio Mario Da Silva. *Responsabilidade Civil*. 12ª edição. Grupo GEN, 2018. Plataforma Minha Biblioteca, Versão Virtual.

PORTAL ODS. *Mortalidade Materna Cresce no Brasil*. Notícias, Publicado em: 16/08/2018. Disponível em: <http://portalods.com.br/noticias/mortalidade-materna-cresce-no-brasil/>. Acesso em 06/07/2021

PREVIATTI, Jaqueline Fátima; SOUZA, Kleyde Ventura de. *Episiotomia*: em foco a visão das mulheres. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 2, p. 197-201, mar./abr. 2007

RONDÔNIA. Assembleia Legislativa do Estado de Rondônia. *Lei nº 4.173, de 8 de novembro de 2017*. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, no Estado de Rondônia. Porto Velho/RO, 2017

ROSS, Loretta J.; SOLINGER, Rickie. *Reproductive justice*: an introduction. Series: Reproductive justice : a new vision for the twenty-first century, Oakland, California : University of California Press, 2017.

SANTA CATARINA. Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina. *Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017*. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2017.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. *Curso de direito constitucional*. 6. ed. – São Paulo : Saraiva, 2017.

SOUZA, Camila Dorini Felisbino de. *Violência Obstétrica e a Responsabilidade Civil dos Envolvidos*. Monografia apresentada como requisito parcial de Conclusão de Curso para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação da Profª. Ms. Ana Laura Teixeira Martelli Theodoro. Presidente Prudente/SP, 2019.

TJRO, Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia. APELAÇÃO CÍVEL, *Processo nº 7044802-79.2017.822.0001*, Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia, 2ª Câmara Especial, Relator(a) do Acórdão: Des. Roosevelt Queiroz Costa, Data de julgamento: 02/06/2021

TJRO, Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia. APELAÇÃO CÍVEL, *Processo nº 7007747-89.2016.822.0014*, Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia, 1ª Câmara Especial, Relator(a) do Acórdão: Des. Gilberto Barbosa, Data de julgamento: 17/09/2020

TOCANTINS. Assembleia legislativa do Estado de Tocantins. *Lei nº 3.674, de 26 de maio de 2020*. Altera a Lei nº 3.385, de 27 de julho de 2018, que dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins. Palmas, 2020.

TYRRELL, M. A. R.; CARVALHO, V. *Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem*. EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro, 1995.

VIEIRA, E. M. *A medicalização do corpo feminino*, pp. 67-78. In. K Giffin & SH Costa. *Questões da saúde reprodutiva*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.