

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

BÁRBARA AMARANTO DE SOUZA RIBEIRO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ANÁLISE À LUZ DAS DECISÕES DO
SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

VITÓRIA, ES

2019

BÁRBARA AMARANTO DE SOUZA RIBEIRO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ANÁLISE À LUZ DAS DECISÕES DO
SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra

VITÓRIA, ES

2019

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

R484v Ribeiro, Bárbara Amaranto de Souza
Violência obstétrica : análise à luz das decisões do Superior Tribunal de Justiça / Bárbara Amaranto de Souza Ribeiro. - 2019.
82 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Italla Maria Pinheiro Bezerra.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Violência obstétrica. 2. Violência contra as mulheres. 3. Serviços de saúde à maternidade. 4. Direitos da mulher. I. Bezerra, Italla Maria Pinheiro. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 618.24

BÁRBARA AMARANTO DE SOUZA RIBEIRO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ANÁLISE À LUZ DAS DECISÕES DO
SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em, , de de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Italla Maria Pinheiro Bezerra
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM
Orientadora

Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM
Membro Titular Interno

Prof. Dr.^a Sandra Dircinha Teixeira de Araújo Moraes
Universidade de São Paulo – USP
Membro Externo

AGRADECIMENTOS

Nenhuma trajetória, por mais brilhante que seja, é satisfatória se realizada sozinha. As relações humanas promovem a força, o amparo e a tranquilidade para que o caminho seja devidamente cumprido.

À Deus, por seu cuidado e pela proteção diária.

Aos meus pais, que sempre me ensinaram a ser forte, mas sem perder a ternura. Por serem minhas maiores fontes de exemplo e por mostrarem que o caminho da retidão é o caminho certo a seguir.

Ao meu marido, por todo amor despendido, pela cumplicidade, parceria e por sempre proferir palavras de ânimo. Você me faz mais valente.

Aos meus irmãos, incluindo aí os meus cunhados (irmãos que a vida nos concede), por todo carinho e por fazerem meus dias mais alegres.

Ao meus amigos de trabalho e de vida, Ronaldo e Luísa, pela parceria diária nesse momento de tantas atividades e por toda ajuda despendida.

Aos meus sócios e à equipe ACV, por serem minha inspiração.

À minha querida amiga Milena, por ser minha dupla. O caminho só foi mais prazeroso porque tínhamos, em todos os momentos, a companhia uma da outra. Obrigada por todo companheirismo.

À Ju, Tata, Elis, Keice e Gláucia, por tornarem mais leve e mais prazerosa as viagens e a rotina cansativa de aulas e trabalhos.

À professora Italla, pela orientação impecável. Você não só trouxe inspiração para este trabalho pelo papel brilhante que desempenha como mulher e mãe, como também foi peça fundamental para materialização dele. Você me motivou e acreditou em mim. Digo, com convicção, que não tive uma orientadora, mas sim uma anjinha. Você é luz. Não a toa que está rodeada de pessoas iluminadas trabalhando com você, as quais estendo também toda minha gratidão.

Ao professor Luiz, por ser ao mesmo tempo duro em suas exigências e afetuoso de modo a nos motivar. Admiro as pessoas que sabem conduzir suas tarefas de maneira firme e dócil.

Ao Gondim, por todos os ensinamentos e por, mesmo de longe, ter colaborado de maneira indescritível para concretização deste trabalho.

A todos os colegas do mestrado, por tornarem essa trajetória satisfatória.

Aos meus amigos, familiares, colegas de profissão e alunos, por todo carinho e apoio.

“A violência destrói o que ela pretende defender: a
dignidade da vida, a liberdade do ser humano ”.

João Paulo II

"Quando se respeita alguém, não queremos forçar
a sua alma sem o seu consentimento".

Simone de Beauvoir

RESUMO

Introdução: A violência obstétrica vem aumentando nos dias atuais e pode levar a intervenções danosas à integridade física e psicológica da parturiente. Ocorre que tais intervenções vêm sendo cada vez mais frequentes e ferem direitos intransponíveis das mulheres, que acabam tendo que recorrer ao Poder Judiciário como meio de minimizar e/ou reparar todos os prejuízos sofridos. **Objetivo:** Analisar as decisões colegiadas proferidas pelo Superior Tribunal de Justiça nas demandas judiciais que envolvam situações de violência obstétrica. **Método:** O estudo se baseou nos acórdãos (decisões colegiadas) proferidos pelo Superior Tribunal de Justiça que tinham relação direta com a temática abordada a partir da busca no sítio do referido tribunal superior pelos indexadores: violência obstétrica, erro médico parto, no período compreendido entre os anos de 2007 a 2018. Assim, fora feita análise documental mediante a avaliação dos acórdãos, visando a identificação do tipo de violência obstétrica realizada, as consequências geradas à gestante e/ou ao neonato e como o STJ tem se posicionado sobre o tema, no intuito de verificar se as decisões colegiadas proferidas podem ser utilizadas como paradigmas à solução em casos análogos. **Considerações Finais:** Nota-se que as decisões objeto deste estudo não trazem à completude a gravidade do panorama iatrogênico da violência obstétrica, já que observa-se a silencia do Poder Judiciário acerca da violência praticada pelos agentes, vez que a maioria dos entendimentos são no sentido de que se tratam tão somente de erro médico, em razão da complexa comprovação de nexo de causalidade entre a conduta médico-hospitalar e o dano.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Violência de gênero. Saúde da mulher. Parturientes. Direitos fundamentais. Acórdãos.

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence is increasing in the present day and can lead to interventions harmful to the physical and psychological integrity of the parturient. It happens that such interventions are becoming more frequent and hurt women's insurmountable rights, which end up having to resort to the Judiciary as a means of minimizing and / or repairing all the losses suffered. **Objective:** To analyze the collegiate decisions pronounced by the Superior Court of Justice in the lawsuits that involve obstetric violence situations. **Method:** The study was based on the judgments (collegiate decisions) issued by the Superior Court of Justice, which had a direct relationship with the subject of the search on the website of the higher court by the indexes: obstetric violence, years, from 2007 to 2018. Thus, a documentary analysis was carried out through the evaluation of the judgments, aiming to identify the type of obstetric violence carried out, the consequences generated to the pregnant woman and / or the neonate and how the STJ has been positioned on the subject, in order to verify if the collegiate decisions made can be used as paradigms to the solution in similar cases. **Final considerations:** It is noteworthy that the decisions that are the subject of this study do not bring to the full the seriousness of the iatrogenic panorama of obstetric violence, since the silence of the Judiciary on the violence practiced by the agents is observed, since most understandings are in the meaning that they are only a medical error, due to the complex evidence of causal link between the medical-hospital conduct and the damage.

Keywords: Obstetric violence. Gender violence. Women's health. Parturients. Fundamental rights. Judgments.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ART – Artigo

CC – Código Civil

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CF – Constituição Federal

CFM – Conselho Federal de Medicina

LMP – Lei Maria da Penha

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

RN – Resolução Normativa

STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1. História do parto	14
2.2. Violência obstétrica: conceituação normativa e sua fenomenologia	19
2.3. Das possíveis formas de ocorrência de violência obstétrica	22
2.4. A parturiente como sujeito de direitos	36
3. OBJETIVOS	44
3.1 Objetivo Geral	44
3.2 Objetivos específicos	44
4. MÉTODO	45
4.1 Tipo de estudo	45
4.2 Coleta de Dados	46
4.3 Seleção de Amostra	47
5. RESULTADO	49
6. DISCUSSÃO	57
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
8. PERSPECTIVAS FUTURAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS	69
REFERÊNCIAS	70
ANEXO 1	78
ANEXO 2	79
ANEXO 3	80

1. INTRODUÇÃO

Trata-se a violência, em todas as suas formas de existência, de um problema social, que deve ser amplamente discutido e combatido pelas políticas públicas, principalmente no que tange à violência contra a mulher, já que é uma das violências mais frequentes dos direitos humanos.

Além de sua preocupante frequência, a violência contra a mulher tem perdurado ao longo da história, ganhando, na atualidade, caráter endêmico, pelo fato de estar cotidianamente presente nos países e comunidades de todo o mundo, independentemente de classe social, raça, idade, sexo ou religião (FONEITE; FEU; MERLO, 2012).

A definição de violência dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é a de imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. A “Convenção de Belém do Pará”, ou “Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher”, em seu art. 1º também definiu a violência: “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”.

Ademais, referida convenção tratou, em seu art. 6º, do direito da mulher ser livre de: violência, todas as formas de discriminação, além do direito de ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação (COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 1994).

Diante da análise de uma das espécies de violência, qual seja, a violência de gênero, considera-se que está abarcada pela violência física, sexual e psicológica, podendo ocorrer tanto no âmbito privado quanto público, podendo ser perpetradas inclusive pelo Estado e seus agentes. Esse tipo de violência manifesta-se por meio das relações de poder, histórica e culturalmente desiguais, ocorridas entre homens e mulheres (FONEITE; FEU; MERLO, 2012).

A violência perpetrada nos corpos femininos fere categorias universais de direitos humanos, infringindo uma série de direitos e prerrogativas assegurados pelo Estado Democrático de Direito Brasileiro, dentre eles: a dignidade da pessoa humana, previsto no art. 1º, III, CF/88; o direito à vida, à igualdade, preconizados no art. 5º, CF/88; o direito à saúde, disposto no art. 6º e 196 da Carta Magna; a proteção à maternidade e à infância,

nos termos do que preceitua o Princípio da Beneficência - art. 6º e art. 203, I, CF/88); bem como o Princípio da Legalidade, previsto no art. 5º, II, CF/88.

Do estudo realizado, nota-se que, em muitas instituições de saúde, os direitos reprodutivos das mulheres vêm sendo sistematicamente violados durante o parto e equivocadamente interpretados como formas naturalizadas de violência (SERRA, 2018).

Tais violações de direitos são definidas como violência obstétrica, ou violência institucional na atenção obstétrica, vez que correspondem à uma forma específica da violência de gênero, em que há utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes (SERRA, 2018).

Ressalta-se que a construção do conceito da violência obstétrica está diretamente relacionada à história do parto, tendo seu marco temporal, sobretudo, no momento posterior a inserção da prática obstétrica na medicina, momento este em que o parto deixou de ser um episódio natural, compartilhado apenas no seio familiar, para se tornar uma espécie de evento no ambiente hospitalar, prática dominada pela medicina e institucionalizada nos hospitais (WOLFF; WALDOW, 2008; OSAVA, 1997).

Assim, a expressão violência obstétrica consiste em formas de violência e danos originados no cuidado obstétrico profissional, enquadrando-se, nesse conceito, todos os atos praticados no corpo da mulher e do neonato sem o devido consentimento ou informação prestada à paciente.

Justifica-se o presente estudo em razão do crescimento significativo de danos iatrogênicos e das violações aos direitos das mulheres, vez que, conforme se depreende da pesquisa nacional “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica, o que representa um tipo de incidência alta de violência (VENTURI, GODINHO, 2010).

Desse modo, diante da necessidade de proteção à saúde da mulher e por ter a Constituição Federal de 1988 preconizado a saúde como um direito indisponível e de todos, torna-se relevante a análise do fenômeno da violência obstétrica no Brasil a partir do entendimento do Superior Tribunal de Justiça (STJ) nas demandas judiciais que envolvam o tema, de modo a verificar os tipos de violência cometida e os danos iatrogênicos dela decorrentes, com o intuito de identificar se as decisões colegiadas proferidas podem ser utilizadas como paradigmas à solução em casos análogos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. História do parto

Inicialmente, de modo a tornar mais claro os direitos que são atinentes às parturientes, bem como a forma que eles vêm sendo violados em razão da prática cada vez mais frequente da violência obstétrica, faz-se necessária a realização de uma breve retomada histórica acerca da história do parto.

Michel Foucault, em sua obra o “Renascimento da Clínica”, relata sobre o surgimento da medicina, que adveio como contraponto à filosofia e às curas místicas filosóficas. Assim, por volta do século XVI, inicia-se uma experiência taxionômica dos males, influenciada pelo positivismo e pelas ciências exatas, na qual, para que se pudesse realizar a cura dos enfermos, primeiro seria necessário que todas as doenças fossem observadas, identificadas e agrupadas com suas características e formas de manifestação (FOUCAULT, 1977).

A partir daí, a saúde passa a ser preocupação e obrigação do Estado sendo pela primeira vez vista como interesse público e sendo controlada pelo governo.

Prescrevia-se que a medicina, a partir de então, seria ensinada em todas as universidades do reino que tinham, ou tiveram, uma faculdade; que as cátedras, em lugar de permanecerem indefinidamente vacantes, seriam disputadas logo que estivessem livres; que os estudantes só receberiam seu grau depois de três anos de estudos devidamente verificados por inscrições feitas todos os quatro meses; que a cada ano se submeteriam a um exame, antes das atas que lhes dariam o título de bacharel, licenciado e doutor; que deveriam assistir obrigatoriamente aos cursos de anatomia, de farmácia, de química e galência e às demonstrações de plantas. Nessas condições, o art. 26 do decreto postulava como princípio: “ninguém poderá exercer a medicina, nem dar qualquer remédio, mesmo gratuitamente, se não obteve grau de licenciado” (FOUCAULT, 1977).

Nesse contexto, os hospitais surgem como a institucionalização desta nova forma de ver, sendo o local de vigilância constante e suplementar aos cuidados das famílias, bem como para tratamento dos enfermos. Nesse sentido, destaca Foucault: “Compreende-se, nessas condições, que a clínica só tenha tido uma única direção: a que vai de cima para baixo, do saber constituído à ignorância.” (FOUCAULT, 1977).

No tocante ao procedimento de parto, nota-se que esse não nasceu como ato cirúrgico ou hospitalar, mas sim realizado pelas próprias mulheres que se utilizavam de técnicas empíricas para assisti-lo. Assim, aquela que obtivesse mais reconhecimento entre a comunidade recebia o título de parteira ou cachimbeira. Seus conhecimentos eram embasados na prática e na acumulação de saberes, passados tradicionalmente de geração para geração. O nascimento era uma cerimônia puramente feminina e intimista, na qual a assistente do parto auxiliaria a futura mãe, respeitando seu tempo, seus costumes e sua cultura (WOLFF; WALDOW, 2008; OSAVA, 1997).

Nesse sentido, o parto era visto como um evento feminino por natureza.

[...] esta coisa de mulher em que se constituía dar à luz requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interfeririam em casos de emergência e, sobretudo, nos centros urbanos. A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem-vinda, porque, além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras [...] (DEL PIORE, 1995).

Por volta da metade do século XVI, as parteiras passaram a ter de comprovar, por meio de exames e provas junto a comissões municipais e eclesiásticas, suas habilidades e conhecimentos para a realização de partos. Isso porque, com o Iluminismo, propunha-se uma definição da mulher baseada no determinismo biológico, na centralidade do útero e na descrição de sua vida como uma sucessão de fenômenos fisiopatológicos, entre eles a gravidez e o parto (VIEIRA, 2002; MAIA, 2010).

Diante do que se extrai dos estudos realizados por Bessa e Ferreira (1999), o parto, enquanto atividade médica, iniciou-se na Europa nos séculos XVII e XVIII, chegando ao Brasil em 1808 com a criação das escolas de Medicina e Cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro. Porém, não foram os partos realizados pelas parteiras imediatamente extintos, o trabalho feito por elas perdurou no país por todo o século XIX, estendendo-se até o início do século XX.

Com o fim da “feminização do parto” e a entrada em cena dos médicos, bem como dos instrumentos cirúrgicos, as parteiras ficaram em segundo plano (OSAVA, 1997).

Conclui-se, portanto, que, no século XX, passou a predominar o parto hospitalar, principalmente após a Segunda Guerra, momento em que os governos da época

perceberam a necessidade de diminuir as altas taxas de mortalidade materna e infantil, surgindo assim, rotinas cirúrgicas no parto, incluindo-se o uso da episiotomia e do fórceps profilático. Nos séculos XIX e XX, o fórceps tornou-se um símbolo da dominação masculina na prática do parto. O instrumento que antes era usado somente em casos urgentes e necessários, passou a ser usado de maneira indiscriminada e rotineira (WOLFF; WALDOW, 2008).

Mais do que qualquer outro instrumento, o fórceps simbolizou a arte da obstetrícia médica, influenciando sua aceitação como disciplina técnica e científica consolidando definitivamente o conceito de que o parto é um evento perigoso (SEIBERT *et al.*, 2005, p. 247).

Segundo Vieira (2002), o corpo feminino passou por uma medicalização intensa durante todo o século XIX, havendo assim, a necessidade do desenvolvimento de técnicas cirúrgicas, anestésicos e o uso de assepsia para que a prática do parto pudesse ser dominada pelos médicos. Nesse viés, o parto era visto como um perigo real de morte e o índice de mortalidade materna era muito elevado na Europa Ocidental. Porém, como consequência do advento da crescente hospitalização, o índice de mortalidade materna diminuiu, contribuindo assim, para a aceitação dos hospitais pela sociedade, o que sedimentou o processo de hospitalização do parto. Ademais, o uso de anestésicos contribuiu para o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas obstétricas, a exemplo da cesárea, considerada sinônimo de sentença de morte à época (VIEIRA, 2002).

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

Nesse sentido, as parteiras acabaram se afastando da nova obstetrícia técnica e científica em virtude da fidelidade aos paradigmas não-intervencionistas (OSAVA, 1997).

Importante destacar o processo conhecido como “medicalização” que surgiu no final da década de 60 e tornou-se extremamente relevante para compreensão da institucionalização do parto. Conforme Mitjavila (2015), as origens do processo de medicalização encontram-se associadas às funções de controle social que a medicina exerce como área de conhecimento técnico-científico e como profissão.

A medicalização pode ser caracterizada como um processo em que problemas não-médicos passaram a ser definidos e tratados como problemas médicos, sendo então analisados como doenças ou distúrbios. A partir desse processo, a vida humana passa a estar sob domínio, influência e supervisão médica (ZOLA, 1983).

Com a medicalização da sociedade, a arte de partejar que era um saber-poder feminino, foi transformada em um saber-poder masculino e “o ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva para a mulher e sua família, transformou-se, no hospital, em um momento privilegiado para o treinamento de médicos” (OSAVA, 1997; PROGIANTI, 2001). Nesse sentido, a patologização desse processo natural pode inclusive alienar as mulheres acerca da compreensão da natureza do seu próprio corpo (SIQUEIRA, 2001).

Diante de toda a evolução histórica do procedimento de parto, nota-se que, atualmente, há um questionamento presente e marcante sobre a busca de novas soluções capazes de combater o uso excessivo de tecnologia, utilizada de modo indiscriminado (SERRA, 2018).

As técnicas de anestesia, o surgimento de aparelhos e a entrada do médico obstetra na cena do parto foram fundamentais para o surgimento do fenômeno “industrialização do parto”, que tem como característica principal o aumento do controle do procedimento de parto pelos médicos (MAIA, 2010).

Em suma, o evento complexo do parto e nascimento se tornou, ao longo dos últimos séculos, um assunto médico e hospitalar, separado da vida familiar e comunitária. [...] O parto medicalizado e hospitalar tornou-se sinônimo de modernidade, de segurança e de ausência de dor. E, mais contemporaneamente, de espetáculo (MAIA, 2010, p. 33).

Nas últimas décadas, o empoderamento feminino, fenômeno cada vez mais frequente, tem contribuído na ressignificação do parto natural, visando que a parturiente volte a ser a verdadeira protagonista na condução do processo de parir. A busca da retomada da mulher como figura principal e capaz de estabelecer e demonstrar suas

vontades tem sido cada vez mais frequente, em razão de que as várias intervenções médicas, muitas vezes invasivas e desnecessárias, podem transformar um momento único e especial em um traumático episódio quando caracterizada a violência obstétrica (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Retirada do seu papel de protagonista, a mulher se torna frágil, se submetendo cada vez mais a uma tecnologia que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e a violenta. O momento do parto e nascimento passa a ser encarado pelas mulheres como momento de medo e ameaça à integridade da vida, sendo muitas vezes indesejado por elas. A cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga deste “sofrimento”, de proteção da dignidade, já que o modelo de parto “normal” passa a ser considerado como degradante. Por outro lado, a cesariana é vista pelos profissionais de saúde, que se distanciam cada vez mais da arte de partejar, como modelo conveniente, pois troca a imprevisibilidade do parto normal por um planejamento taylorista das cesáreas, se apoiando no mito da tecnologia como sempre segura e eficaz (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010, p. 109).

Dessa forma, “A institucionalização do parto abriu espaço para que se estabelecesse também uma relação de poder/hierarquia entre o médico e a parturiente, potencializada pelas relações de gênero e poder enraizadas em nossa sociedade” (CUNHA, 2012, p. 8).

Nota-se, no cenário atual, portanto, a busca pelo modelo humanista, em oposição ao sistema assistencialista e tecnocrático de parto. Ademais, destaca-se que essa não é uma proposta nova. O movimento se inicia nos anos oitenta na Europa, com as ideias de parto sem dor e parto sem medo. Desde então, o que começou como um movimento dissidente, tem ganhado cada vez mais adeptos e apoiadores (SERRA, 2018).

Conforme destacado, a hospitalização do parto foi um movimento que buscou reduzir o sofrimento físico da mãe e do bebê. No mesmo sentido, deve ser vista sua humanização: reduzir o sofrimento preocupando-se, também, com a dor psicológica.

Dentre as importâncias da humanização do parto, destaca-se como seu objetivo principal o foco na saúde física e mental da mulher e a autodeterminação sobre seu corpo.

2.2. Violência obstétrica: conceituação normativa e sua fenomenologia

Diante da análise das espécies de violência, nota-se estar a violência contra a mulher enquadrada nas hipóteses de violência de gênero, assim definida:

Violência de gênero pode ser conceituada como qualquer ato que resulta ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, inclusive ameaça de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus tratos, pornografia, agressão sexual e incesto (KRONBAUER; MENEGHEL, 2014, p. 01).

Para Joan Scott (1995), “o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos”, sendo, também “uma forma primária de dar significado às relações de poder”. Assim, diante do conceito de violência de gênero, nota-se ser a diversidade de gênero um meio propício ao exercício do poder representado por meio de uma ideologia dominante de normas que expressam claramente os papéis sociais diferenciados para homens e mulheres (SILVA; SERRA, 2017, p. 2433).

Conforme anteriormente destacado, em muitas instituições de saúde, os direitos reprodutivos das mulheres vêm sendo sistematicamente violados durante o parto e equivocadamente interpretados como formas naturalizadas de violência (SERRA, 2018).

Essa forma de violência contra a mulher é definida como violência obstétrica, ou violência institucional na atenção obstétrica, em que há utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes (SILVA; SERRA, 2017).

Para a compreensão de violência obstétrica, é imprescindível o entendimento de gênero como elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças entre os sexos e como componente primordial das relações de poder. Necessário, também, o conhecimento do conceito de poder, vez que tal violência se dá no seio das relações desiguais de poder: médico/paciente (SILVA; SERRA, 2017, p. 2433).

Conforme preceitua Foucault (1995), a profissão médica exerce um poder sem controle sobre os corpos das pessoas, sua saúde, vida e morte. Poder esse que se baseia na autoridade cultural e moral que a profissão médica exerce na sociedade. Ainda, como disserta Foucault (1982), o discurso daquele que ordena a sociedade é sempre o discurso de quem detém o saber.

A expressão violência obstétrica consiste, portanto, em formas de violência e danos originados no cuidado obstétrico profissional, enquadrando-se, nesse conceito,

todos os atos praticados no corpo da mulher e do neonato sem o devido consentimento ou informação prestada à paciente (SILVA; SERRA, 2017).

Pode-se afirmar que a violência institucional na atenção obstétrica atinge a mulher em momentos distintos: no pré-natal, parto, pós-parto e/ou situações de abortamento, podendo se consumir de modo verbal, físico, psicológico ou até mesmo sexual, expressando-se, ainda, de modo explícito ou velado (KONDO *et al*, 2014).

Apesar de ser considerado um tema “recente”, o sofrimento das mulheres com a assistência ao parto é registrado em momentos diferentes, ainda que sob denominações diversas, trazendo como consequência um impacto importante nas mudanças das práticas de cuidado no ciclo gravídico puerperal (DINIZ *et al*, 2015).

Trazendo um panorama histórico sobre a conceituação e a discussão acerca da violência institucional na atenção obstétrica, destaca-se, inicialmente, o evento ocorrido nos Estados Unidos em 1950, quando a revista de dona de casa *Ladies Home Journal* publicou a matéria “Crueldade nas Maternidades”, na qual fora classificada como tortura o tratamento recebido pelas parturientes submetidas ao sono crepuscular (*twilight sleep* – uma combinação de morfina e escopolamina), procedimento que produzia sedação profunda, não raramente acompanhada de agitação psicomotora e eventuais alucinações. Referido procedimento era feito por profissionais que colocavam algemas e amarras nos pés e mãos das pacientes para que elas não caíssem do leito, trazendo como consequência hematomas no corpo e lesões nos pulsos das mulheres (DINIZ *et al*, 2015).

Tal matéria teve grande repercussão na época e diversas cartas enviadas à revista e a outros meios, culminando em importantes mudanças nas rotinas de assistência e a criação da Sociedade Americana de Psico-profilaxia em Obstetrícia (GOER, 2010).

No Reino Unido, diante dos recorrentes episódios de violência contra a mulher em estado gravídico-puerperal, foi criada, em 1985, uma Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas. Destaca-se trecho da carta que convoca a fundação dessa sociedade, publicada originalmente no jornal *Guardian* (DINIZ *et al*, 2015):

Nos hospitais, as mulheres têm que enfrentar a solidão, a falta de simpatia, a falta de privacidade, a falta de consideração, a comida ruim, o reduzido horário de visita, a insensibilidade, a ignorância, a privação de sono, a impossibilidade de descansar, a falta de acesso ao bebê, rotinas estupidamente rígidas, grosseria [...] as maternidades são muitas vezes lugares infelizes, com as

memórias de experiências infelizes (BEECH E WILLINGTON, 1960).

Outro marco importante foi a publicação do relatório *Sylencio y Complicidad: Violencia contra la Mujer em los Servicios Públicos de Salud no Peru*, em 1998, pelo Centro Latino Americano dos Direitos da Mulher, que trouxe uma extensa documentação da violação dos direitos humanos da mulher durante o parto. Referido relatório se aplicada a todo continente (DINIZ *et al*, 2015).

Já no território brasileiro, o assunto já vinha sendo abordado por feministas na academia ou fora dela. Destaca-se a pesquisa-ação coordenada pela Prefeitura de São Paulo “Violência – Um Olhar sobre a cidade” realizada na década de 1980 em que demonstrava o atendimento ao parto como ato violento, visto que, muitas vezes, os funcionários tinham posturas agressivas e intimidadoras, frequentemente humilhavam as pacientes e não respeitavam sua dor (SOUZA; MICHALISZYN; CUNHA, 1992).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), também em 1980, trouxe, em políticas de saúde, a preocupação com o tema ao reconhecer o tratamento impessoal e, muitas vezes, agressivo da atenção à saúde das mulheres.

Em 1993, o Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (USP) e o Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde promoveram cursos de capacitação para o atendimento a mulheres vítimas de violência e publicaram um pequeno manual sobre o tema (DINIZ, 2002).

A partir deste século, ampliou-se os estudos e debates sobre a violência obstétrica no Brasil, fazendo crescer o interesse acadêmico sobre o tema e conseqüentemente, gerando, nos últimos anos, um maior número de pesquisas sobre a formação dos profissionais e mais recentemente, a realização de pesquisa de dados de base populacional, como a pesquisa de Venturi e colaboradores (VENTURI, 2010).

Este último trabalho, a segunda rodada da pesquisa nacional “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, contribuiu de forma inédita para a visibilidade do tema da violência obstétrica, despertando surpreendente interesse da grande mídia. Segundo o estudo, cerca de um quarto das mulheres que haviam passado pelo parto relatou alguma forma de violência na assistência, o que também foi referido por cerca da metade daquelas que passaram por um aborto. São evidências mais do que eloquentes quanto à magnitude e importância do tema na

saúde materna e na saúde pública brasileira (apud DINIZ et al, 2015).

Assim, diante de todas as considerações e contextos históricos, conclui-se ser a definição de violência obstétrica dada pelo Brasil, como em outros países da América Latina, o termo utilizado para descrever as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento.

Importante destacar que vem sendo proposto um conjunto de definições de violências obstétricas pelo mundo, tendo sido a Venezuela o primeiro país latino-americano a utilizar a expressão “violência obstétrica”, em sua Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, promulgada em 16 de março de 2007.

Posteriormente, o termo “obstetric violence” foi inserido no meio acadêmico pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio, em um editorial *on-line* publicado em 6 de outubro de 2010, no *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.

Desde então, os movimentos feministas passaram a utilizar o termo na luta pela eliminação e punição dos atos e demais procedimentos violentos realizados durante o atendimento e assistência ao parto, em prol da humanização no momento da concepção.

2.3. Das possíveis formas de ocorrência de violência obstétrica

Diante da tipificação dada pela Venezuela sobre o fenômeno da violência obstétrica, qual seja:

Entende-se por violência obstétrica a aprovação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres” (TESSER *et al*, 2015, p. 30)

Destacam-se os atos praticados, mais frequentes e que são vistos como forma de efetivação da violência institucional na atenção obstétrica.

a) Episiotomia

A Episiotomia é caracterizada por um procedimento cirúrgico realizado pelos médicos para aumentar a abertura do canal vaginal por meio de incisão realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia¹ (PREVIATTI; SOUZA, 2007).

Tal procedimento afeta diversas estruturas do períneo, tais como músculos, vasos sanguíneos e tendões, podendo gerar, em alguns casos, incontinência urinária e fecal, além de provocar outras implicações, dentre elas, dor nas relações sexuais, risco de infecção e laceração perineal em partos subsequentes, maior volume de sangramento, além de resultados estéticos insatisfatórios² (PREVIATTI; SOUZA, 2007).

Diante de tal procedimento, Previatti e Souza alegam que:

É fato que a episiotomia vem sendo utilizada de forma indiscriminada na assistência obstétrica. É fato também que, os profissionais de saúde arraigados a conceitos e práticas que não contemplam os resultados de evidências científicas atuais, bem como, as práticas baseadas nos direitos das mulheres, insistem na realização deste procedimento, mantêm um enfoque intervencionista e assim subtraem da mulher – parturiente a possibilidade de experimentar o parto, como um processo fisiológico e fortalecedor de sua autonomia (2007, p. 198).

Conforme se depreende do Dossiê elaborado pela rede Parto do Princípio, que inclusive traz relatos de mulheres vítimas de violência obstétrica, a episiotomia é a única cirurgia do Brasil realizada sem o consentimento da paciente e sem tampouco a

¹ Alguns profissionais concluem a ineficiência da anestesia durante a episiorrafia (procedimento de sutura da episiotomia) e por isso, muitos optam por não aplicá-la. Não há evidências conclusivas sobre essa abordagem, alega-se que como anestesia é feita por bloqueio do nervo pudendo (responsável pela sensibilidade do períneo) mostra-se inadequada, seja por ser simplesmente ineficaz, seja por ser uma técnica sofisticada para a qual os profissionais são mal treinados e raramente a sabem utilizar. Nesse sentido, como o procedimento é doloroso e anestesia ineficiente na maioria das vezes, a negação da dor da paciente é aprendida na formação dos recursos humanos como estratégia de lidar com as usuárias (DINIZ, 2001).

² A episiotomia é associada a vários efeitos adversos, tais como: resultados anatômicos insatisfatórios, como a assimetria da vulva (jocosamente por alguns informantes como “AVC de vulva”, em analogia à assimetria da face naquela doença) e o estreitamento excessivo do introito vaginal; perda de sangue volumosa (em torno de 800 ml contra 500 ml no parto vaginal espontâneo); disfunção sexual, associada ao chamado ponto do marido, frequentemente associado a queixas das mulheres de dor na relação sexual (dispaurenia) por ficarem “muito apertadas”; maior probabilidade de hematomas e infecção; aumento da chance de dor pós-parto; além disso, não protege o assoalho pélvico, não reduz as taxas de incontinência urinária ou fecal e nem tampouco melhora os resultados neonatais; não reduz o dano perineal, ao contrário, aumenta-o, uma vez que a realização sistemática de episiotomia tende a elevar o risco de lesão perineal grave e de qualquer lesão perineal posterior (DINIZ, 2001; AMORIM; KATZ, 2008).

informação sobre riscos, possíveis benefícios e efeitos adversos (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Diante da ausência de consentimento, imprescindível trazer trecho dos depoimentos de duas vítimas constante do referido dossiê:

“Quando eu ouvi ele pedindo o bisturi, meu Deus, quase morri! Eu pedi que não fizesse a episio, mas ele respondeu: ‘ O seguro morreu de velho. Quem manda aqui sou eu” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 83).

“Minha cicatriz ficou maior ainda na minha alma. Me senti violentada, me senti punida, me senti menos feminina, como se por ser mãe, precisasse ser marcada nessa vida de gado. [...] Chorei muito, sentia dor, vergonha da minha perereca com cicatriz, vergonha de estar ligando para isso, sentia medo, medo de não conseguir mais transar. Tenho pavor de cortes, tinha medo de que o corte abrisse quando fosse transar. Demorei uns cinco meses para voltar a transar mais ou menos relaxada, sentia dores, chorava quando começava, parava. Me sentia roubada, me tinham roubado minha sexualidade, minha autoestima, me sentia castrada” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 83).

Destaca-se que a pesquisa “Nascer no Brasil” estima que, em 53,5% dos partos via vaginal ocorridos no Brasil, há a realização de episiotomia, enquanto a recomendação da OMS é que seja realizada em 10% deles. No caso dos partos de primeiro filho (primíparas), o índice chega a 74%. Apesar de ser uma prática comum no cenário obstétrico, o procedimento foi introduzido na rotina sem qualquer evidência científica sobre a sua efetividade, razão pela qual se pretende torná-la uma técnica restrita e não mais rotineira em obstetrícia (ALEXANDRE *et al.*, 2009).

b) Manobra de Kristeller

A manobra de Kristeller consiste em uma manobra na parte superior do útero, durante as contrações do parto, visando empurrar o nascituro em direção à pelve. Utilizam-se mãos, braço, antebraço, joelho e, em casos mais absurdos, profissionais de saúde sobem sobre o abdômen da parturiente. É conhecida como “manobra invisível”, posto que raramente é mencionada em prontuário médico e é usada com frequência nos hospitais com a finalidade de acelerar a expulsão do feto (DINIZ, 2009; PARIENTE, 2013).

O fato consiste num flagrante desrespeito à integridade física da mulher e, nos casos mais comuns, pode provocar: lesão dos órgãos internos, hematomas, fratura de costelas, hemorragias, contusões, além da violência psicológica à gestante. Ademais, expõe a criança ao aumento da probabilidade de complicações decorrentes de distorcia de ombros, fratura de clavícula, trauma encefálico, descolamento do músculo esternocleidomastoideo, hipóxia, dentre outras sequelas (GARCIA *et al.*, 2013).

Importante destacar que a pesquisa “Nascer no Brasil”, constatou que essa violação acomete aproximadamente 36,1% das mulheres, índice extremamente alto e que deve ser imediatamente combatido e amplamente discutido, já que, segundo a classificação da OMS (1996), a manobra de Kristeller é enquadrada na categoria C como prática ineficaz, sem evidência científica para utilização e usada de forma inadequada (LEAL *et al.*, 2012).

Ademais, o Ministério da Saúde, na publicação “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada para a Mulher” (2001), também descreve o procedimento como prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada.

Destaca-se um importante marco na busca da eliminação dessa prática conquistado pelo Conselho de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS), já que, em 23 de janeiro de 2017, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) homologou, por unanimidade, a decisão 95/2016³ do referido conselho regional, a qual proíbe a participação dos profissionais de Enfermagem na manobra de Kristeller.

A busca pela extinção de tal prática se justifica vez que, conforme preceitua Carvalho (2014), não se verifica qualquer benefício materno ou fetal para aplicação da manobra de Kristeller, mas sim, riscos associados ao aumento das taxas de episiotomia, lacerações no períneo, aumento da dor perineal e dispareunia em um período pós-parto, além das sequelas físicas e psicológicas ao neonato e a parturiente.

c) Cesáreas eletivas

O surgimento da cesárea se deu como meio de salvar a vida da mãe e/ou da criança nos casos de complicações durante a gravidez ou parto, devendo ser, portanto, um recurso utilizado somente quando surgirem algum risco para mãe, para o bebê ou para ambos.

³ De modo semelhante, outros Conselhos Regionais de Enfermagem estabeleceram o mesmo, dentre eles, COREN-MT, COREN-SP, COREN-PR, COREN-RO, COREN-DF, COREN-SC.

Ocorre que, no Brasil e em diversos outros países, a cesárea tem sido abusivamente utilizada sem benefícios para mulheres e neonatos (BARBOSA *et al.*, 2003).

A cesárea eletiva é definida como aquela em que não há necessidade clínica, podendo ser agendada e feita conforme conveniência médica, antes mesmo do início do trabalho de parto.

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) realizou pesquisa com 487 puérperas sobre a escolha e tipo de parto, tendo constatado que, embora 70% das entrevistadas não relatassem preferência inicial pela cesariana, 90% deram à luz por esse tipo de parto. Ademais, em 92% dos casos, o procedimento fora realizado antes da mulher entrar em trabalho de parto, como acontece na maioria das vezes (DIAS *et al.*, 2008).

Destaca-se que há relação entre a mortalidade materna e neonatal associada ao alto número de cirurgias cesarianas, relação esta reconhecida no Relatório 2014 da PMNCH – *Partnership for Maternal, Newborn and Child Health* (Parceria para Saúde Materna, Neonatal e Infantil) da OMS, documento lançado no Fórum Mundial de 2014.

Diante do alto índice de cesarianas ocorridas na rede suplementar, o Ministério Público Federal ajuizou ação civil pública e, em 2015, como resultado da referida ação, a Agência Nacional de Saúde (ANS) publicou a Resolução Normativa nº 368/2015 que dispõe sobre o acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

No mesmo ano, a Organização Mundial de Saúde (OMS), preocupada com essa problemática, divulgou uma declaração acerca das taxas de cesárea e apontando o Brasil como líder mundial na prática. Tal declaração alertou, também, sobre essa epidemia eminente. Ressalta-se que, desde 1985, a recomendação da comunidade internacional de saúde é no sentido de que a taxa ideal de cesáreas deve ficar entre 10% e 15% de todos os partos realizados (OMS, 2015).

Conforme já relatado, no Brasil, mais da metade dos procedimentos de parto são realizados por meio de cesarianas, principalmente na rede privada.

A OMS (2015) concluiu que as taxas de cesáreas são efetivas para salvar vidas de mães e crianças, quando indicadas ao caso e feitas em um ambiente seguro, mas faz alertas sobre os seus riscos, destacando ainda, que não existem evidências de que fazer cesáreas

sem necessidade clínica evidente possam trazer alguma espécie de benefício à mãe ou ao bebê.

Em geral, a cesariana é indicada quando o trabalho de parto é contraindicado ou quando não é provável que o parto vaginal seja alcançado com segurança, em intervalo de tempo necessário e seguro a fim de prevenir o desenvolvimento de morbidade fetal e/ou materna. Por se tratar de uma intervenção cirúrgica, a cesárea por si só, oferece riscos tanto à parturiente quanto ao neonato. Pode implicar em complicações maternas menores como episódios de febre ou perda maior do volume de sangue, até eventos maiores, tais como, lacerações acidentais de vísceras, infecções puerperais e acidentes anestésicos, razão pela qual as evidências médicas indicam que as taxas de mortalidade materna em decorrência de cesárea são até sete vezes maiores do que nos partos normais (SERRA, 2018, p. 74).

Pesquisas traçam os motivos que desencadeiam a opção das mulheres por um parto cesárea, sendo alguns deles: o fato da atenção obstétrica no Brasil ser pautada pela conveniência dos médicos a uma intervenção programada; insegurança no procedimento de parto normal em razão de vislumbrar um treinamento obstétrico insuficiente; a crença de que as mulheres preferem e solicitam a cesariana; a opção pela esterilização cirúrgica realizada frequentemente durante as cesáreas eletivas; fatores socioculturais associados ao medo da dor durante o trabalho de parto e parto; crença associada a manutenção da fisiologia e anatomia da vagina e do períneo; além do entendimento popular é mais arriscado, sendo a cesárea considerada uma forma moderna de ter filhos (FAÚNDES; CECATTI, 1991; RATTNER, 1996; TESSER *et al.*, 2015).

Esses fatores criam e agravam a chamada “cultura da cesárea” entre as mulheres brasileiras, fazendo com que haja uma preferência pelo parto cirúrgico em detrimento do vaginal, o que revela “um enorme impacto adicional sobre as contas do setor saúde, resultante das complicações infecciosas e anestésicas, ou da simples ocupação por mais dias de internação dos já reduzidos leitos obstétricos” (DINIZ, 2001, p. 15).

Perasso (2015) disserta que os índices alarmantes de cesáreas estão intrinsecamente relacionados a ideações culturais introjetadas a partir das quais o parto cesariano é uma forma mais moderna e higiênica de parto, sendo uma escolha para as gestantes que têm maior poder aquisitivo, enquanto o parto normal é tido como feio, primitivo e sujo, realizado apenas com as que não possuem condições de arcar com os

custos de uma cesariana, conforme expressa a pesquisadora Simone Dias, do Departamento de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Dentre os motivos acima listados que desencadeiam a opção pelas mulheres pela cesariana, o que é visto com maior frequência é a consideração de ser o parto normal um processo doloroso e arriscado no Brasil, gerando sofrimento à parturiente⁴ (REHUNA, 1993, p. 01).

Ocorre que, ainda que o índice de cesarianas no Brasil supere em muito a taxa ideal determinada pela OMS, não pode a cesárea ser vista, de forma literal, como sinônimo de violência obstétrica, mas sim poderá ser considerada uma prática associada ao fenômeno quando realizada sem uma real necessidade, ou quando as mulheres passam por um processo de ameaça, coerção e convencimento por meio da imposição de vontade do médico, que desrespeita a autonomia da gestante (SERRA, 2018).

Além disso, destaca-se o fato de que, diante da ausência de informação, adequada as parturientes se encontram em situação de extrema vulnerabilidade às indicações de cesáreas, submetendo-se, na maioria dos casos, a uma cirurgia de grande porte com riscos de complicações (SERRA, 2018).

Diante desse cenário, o Conselho Federal de Medicina (CFM) proferiu a Resolução n. 2144/2016, tendo essa resolução entrado em vigor em 22 de junho de 2016, que estabeleceu novos critérios para realização das cirurgias cesarianas que, com o objetivo precípuo de garantir a segurança do feto, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, com o devido registro em prontuário.

Diante da exposição de motivos expedidos pelo CFM para criação da Resolução n. 2144/2016, destaca-se o principal: o respeito a autonomia da parturiente implicando uma reconfiguração na relação médico-paciente. Ao ser bem informada, a mulher deve decidir com o médico as melhores opções de tratamento, reconhecendo-se à paciente, o direito de tomar decisões conscientes, baseadas na melhor evidência científica.

d) Demora no atendimento ao parto (negligência)

⁴ No parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (REHUNA, 1993, p. 01).

Nota-se que um número significativo de lesões às parturiente e neonatos são decorrentes da demora na realização do parto, conduta essa entendida como negligência no atendimento médico-hospitalar. Tal demora se dá pela negativa de atendimento por parte dos profissionais de saúde, médico indisponível, indisponibilidade de vaga, leito obstétrico ou UTI neonatal, gerando a chamada peregrinação por leito e ocasionando mais um grave problema de saúde pública na rede de atenção à saúde materna (RODRIGUES *et al.*, 2015)

[...] a carência de vagas na assistência obstétrica, a peregrinação e o não atendimento de suas necessidades, ressalta essa insatisfação além de aumentar a vulnerabilidade dessas mulheres e de seus filhos. Portanto, é possível constatar a violência obstétrica na medida em que o direito constitucional e institucional não lhes foi garantido [...] a peregrinação na assistência obstétrica transforma um ideário de acessibilidade em violência institucional, uma vez que a condição de cidadania é desrespeitada como garantia legal [...] A falta de cuidado, o desrespeito e a recusa de atendimento podem ser observados no cotidiano da prática de alguns profissionais de saúde, constituindo-se uma realidade da assistência obstétrica nos serviços de saúde, configurando uma violência de caráter institucional ocasionada pela falta de apoio no cuidado à mulher, como o acolhimento, observado no (des)cuidado com ela frente ao processo de peregrinação. [...] A violência institucional vivenciada durante a peregrinação perpassa pela omissão de cuidados maternos, agravada por insultos, humilhações, ofensas, desrespeito, discriminação e culpabilização, que ocorrem por conta dessa relação de desigualdade, caracterizando um tipo de violência injustificada (RODRIGUES *et al.*, 2015, p. 617-618).

Conforme relatado por Rodrigues (2015), a recusa em proceder com atendimento à parturiente contraria os princípios adotados pela Política de Humanização da Assistência e constitui-se como agressão aos direitos sexuais, reprodutivos e humanos, caracterizando, além dos danos físicos, uma violência obstétrica de cunho psicológico, tendo em vista a instabilidade emocional provocada na mulher em um momento em que ela se encontra particularmente vulnerável, contribuindo diretamente para um processo de parturição inseguro, principalmente pela ação da adrenalina que é produzida pelo organismo quando se encontra em processo de estresse.

Diniz e Chacham afirmam que:

As mulheres que usam o SUS durante o pré-natal frequentemente não conseguem reservar um lugar para o parto. As normas para o atendimento pré-natal recomendam que os profissionais de saúde forneçam à mulher no final da gravidez uma carta de recomendação a um hospital, para ajudá-las a conseguir um leito para o parto. Os profissionais de saúde referem-se jocosamente a esta carta como um “alvará de virese”, pois em geral não produz resultado [...] Para mulheres que dependem do SUS, o acesso a um leito em qualquer maternidade apresenta vários problemas. Um deles é quando se dirigir ao hospital para assegurar acesso a um leito. Por não haver consenso sobre quando o trabalho de parto começa, alguns hospitais aceitam a mulher logo no início do processo, o que tende a produzir mais intervenções. Outros só aceitam as mulheres que estão prestes a dar à luz, o que dá a elas pouquíssimo tempo para procurar um leito (2006, p. 82).

A Lei n. 11.634/2017 dispõe ser direito da gestante o conhecimento e a vinculação à maternidade em que receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando-lhe o direito ao conhecimento e vinculação prévia a uma maternidade na qual será realizado o parto ou ainda atendimento nos casos de intercorrência pré-natal.

Pode-se afirmar que a demora no atendimento ao parto, além de gerar sequelas físicas ao nascituro, como lesões irreversíveis e até mesmo a morte, pode culminar em potenciais danos psicológicos enfrentados pelos pais em virtude das graves lesões aos filhos, tendo em vista as falhas precárias no sistema de saúde, comprometendo a atenção eficaz na linha de cuidado à mulher (SERRA, 2018).

d) Proibição de acompanhante

A Lei n. 11.108/2005 instituiu aos serviços de saúde do SUS, rede própria ou conveniada, a obrigatoriedade em permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo, o acompanhante, quem a indicante indicar.

Assim, a proibição do acompanhante é caracterizada como outra forma de violência obstétrica, uma vez que descumpra a Lei 11.108/2005, duas importantes resoluções: Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e Resolução Normativa (RN) 262/2011 da Agência Nacional de Saúde (ANS), além do Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei 13.257/2016 (nos casos de adolescentes grávidas).

Ademais, a presença do acompanhante é parte da política oficial adotada pelo Ministério da Saúde incluída na “Rede Cegonha”⁵ (BRASIL, 2011).

Todas as mulheres devem ser informadas, no decorrer do pré-natal, sobre o seu direito a acompanhantes durante toda a internação para o parto, da admissão até a alta, passando pelo trabalho de parto, parto e recuperação cirúrgica e/ou anestésica, bem como nos casos de aborto e de outras complicações, como gestação ectópica e gestação molar. Essa informação deve ser fornecida com antecedência e clareza suficientes para que a mulher e a família possam fazer os arranjos necessários para garantir a escolha e a participação do acompanhante (DINIZ *et al.*, 2015, p. 5).

Mesmo diante das diversas leis e resoluções garantidores do acompanhante à gestante, a pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), aponta que somente 20% das mulheres se beneficiam da presença contínua do acompanhante durante todo o período de internação, sendo esse ainda um privilégio das mulheres com maior renda e escolaridade, brancas e usuárias do setor privado que tiveram cesarianas como opção de parto (LEAL *et al.*, 2012).

Os argumentos que justificam a negação do acompanhante associam-se a “necessidades” institucionais baseadas na estrutura física dos hospitais ou ainda profissionais, quando a decisão passa a ser um critério do médico (ZORZAM, 2013).

Conforme a OMS (1996), o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto são enquadrados na “categoria A” como práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, uma vez que a presença de acompanhantes é altamente protetora contra formas de violência durante a internação hospitalar, promovendo melhores resultados de partos mais curtos e baixas de partos operatórios; menores taxas de demanda por analgesia; apoio emocional esboçando-se no encorajamento às mulheres; segurança, uma vez que aumenta a capacidade da mulher para se expressar, sendo especialmente valioso em casos de complicações graves; informações acerca do progresso no trabalho de parto e técnicas para lidar com o momento.

⁵ A Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres, oferecendo assistência desde o planejamento familiar, pré-natal, parto, pós-parto cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse apoio contínuo otimiza a fisiologia do parto e os sentimentos de controle e competência das mulheres, reduzindo a dependência de intervenções médicas. Além disso, o fator pode ser considerado um indicador de segurança na qualidade do atendimento e respeito pelos direitos das mulheres na assistência (DINIZ, 2009; DINIZ et al., 2014).

e) Aplicação de ocitocina

Ocitocina é um hormônio que acelera o processo de contrações uterinas, capaz de acelerar o trabalho de parto, hormônio este produzido pelo próprio corpo. Porém, há a ocitocina sintética (artificial) que é utilizada de maneira indiscriminada, com vistas a abreviar o trabalho de parto (SILVA; SERRA, 2017).

Destaca-se que, se utilizada sem indicação correta e aplicada no soro da parturiente causa aumento significativo das dores durante as contrações e, se não for controlada, poderá causar sérias complicações para a mulher e o neonato, levando desde o sofrimento desnecessário ao aumento excessivo da frequência cardíaca da parturiente, além de gerar dificuldades na oxigenação do bebê, o que pode acarretar em dano cerebral ao bebê (SERRA, 2018).

Além do uso da ocitocina sintética ser considerada violência obstétrica soma-se o fato da mesma, ser utilizada sem o consentimento e informação à paciente. Nota-se que os profissionais de saúde, em alguns casos, alegam se tratar apenas de soro. Desse modo, mesmo quando são informadas, as conduções e as induções com ocitocina são iniciadas quase sempre sem o consentimento das parturientes, sem que sejam informadas dos riscos e benefícios do procedimento, sendo a intervenção relatada como uma das mais dolorosa (ZORZAM, 2013).

Sendo assim, os danos psicológicos às parturientes são evidentes, uma vez que “as induções e conduções do trabalho de parto com o uso da ocitocina associaram-se a um período de solidão, no qual os profissionais, muitas vezes, “esquecem” das mulheres, até que o trabalho de parto torne-se intenso”, sendo a dor totalmente vilipendiada, associada a ameaças e constrangimentos quando se torna intensa e, mesmo assim, as parturientes precisam silenciar (ZORZAM, 2013, p. 160).

Destaca-se que a orientação da OMS (1996) é no sentido de que deve ser utilizada a ocitocina somente no terceiro estágio de parto, em mulheres com risco de hemorragia

no pós-parto ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue, devendo o uso rotineiro ser evitado.

f) Restrição da posição para o parto

Restringir a posição para o parto em afronta a preferência da mulher constitui-se forma frequente de violência obstétrica.

“Perguntei ao meu médico se eu podia escolher a posição para o parto, por exemplo de cócoras. Ele riu e falou que é pra eu tirar essas ideias de ‘parto hippie’ da cabeça. Eu insisti e ele disse que não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico” (G. atendida através de plano de saúde no Rio de Janeiro-RJ) (CIELLO et al., 2012, p. 107).

Nota-se que o uso rotineiro da posição de litotomia⁶ ou posição supina⁷ prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para muitas gestantes e pode dificultar a oxigenação do neonato (SERRA, 2018).

Conforme Maia (2010), uma das mudanças mais emblemáticas oriundas do modelo tecnocrático de parto, diz respeito à posição da mulher em trabalho de parto e parto, da vertical (sentada ou de cócoras) para a horizontal (deitada).

Com a mulher deitada na cama, de pernas para cima e abertas, fica claro que o sujeito do parto é o médico, e não a mulher. Além disso, a litotomia dificulta o trabalho de parto, o que acaba por justificar o uso indiscriminado de ocitocina (soro que acelera as contrações). A posição deitada e a ocitocina prendem a mulher ao leito e impedem que ela se movimente livremente, o que, por sua vez, aumenta as dores, justificando a anestesia. A posição deitada e a anestesia a impedem de participar ativamente do parto, obrigando o médico a realizar a manobra de Kristeller (empurrar a barriga da gestante com o braço ou o corpo, manobra banida dos livros de obstetrícia por ser considerada arriscada, mas ainda largamente utilizada). Por fim, a posição deitada não facilita o relaxamento do músculo do períneo, obrigando o médico a

⁶ Posição onde o corpo está deitado com a face voltada para cima, joelho e quadril flexionado a 90°, expondo o períneo.

⁷ O corpo da paciente fica deitado com a face voltada para cima com a cabeça alinhada ao tronco, em posição neutra.

realizar a episiotomia em todos os partos vaginais (MAIA, 2010, p. 36-37).

Nota-se que a RDC nº 36/2008 da ANVISA, em observância ao direito da parturiente, assegura, à gestante, condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos.

A OMS (1996) enquadra na categoria A (práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas) o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto e na categoria B (práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas) o uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) e da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto. Entretanto, não obstante às recomendações, muitas mulheres são impedidas de escolher a melhor posição para parto, impedimentos esses que evidenciam claramente a existência de violência obstétrica.

g) Violência psicológica

Dentre as possíveis formas de prática de violência obstétrica, a violência psicológica é tida como uma das formas mais recorrentes no ambiente médico-hospitalar, bem como mais invisibilizadas e cruéis, podendo ocorrer isoladamente ou podendo abranger todas as demais categorias de violência obstétrica: negligência, física, sexual, dentre outras (OMS, 2002, CIELLO *et al.*, 2012; VENTURI; GODINHO, 2010, AGUIAR, 2010; ROVINSKI, 2009; SCHRAIBER *et al.*, 2007).

Tem-se a caracterização de violência psicológica como:

Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuação, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio (CIELLO *et al.*, 2012, p. 60).

Importante destacar que essa forma de violência, apesar de não deixar marcas físicas, traz prejuízos e perturbações ao equilíbrio emocional da mulher, podendo configurar e ou desencadear sintomas emocionais e ou psicopatológicos sérios nas vítimas (SERRA, 2018).

Segundo Alvarenga (2011), a violência psicológica gera pelo menos dois tipos de lesões: lesões psicológicas agudas e lesões psicológicas a longo prazo. As primeiras são

aquelas que aparecem como reações de choque, negação, confusão, abatimento, perturbação; além de outros sintomas comuns, como a sensação de incompetência, desvalorização, culpabilidade, vergonha e depressão. As segundas incluem temor, ansiedade, fadiga, alterações no sono e apetite, pesadelos, reações intensas de susto, queixas físicas em forma de desconforto e dores inespecíficas, fatores que comprometem consideravelmente a saúde e qualidade de vida das vítimas.

Apesar da afirmação equivocada no sentido de que a violência psicológica não deixa marcas aparentes, grande parte das mulheres ainda vivem situações sociais e simbólicas veladas, marcadas por lesões emocionais ou ainda prejuízos na qualidade de vida da vítima, sintomas estes materializados e diagnosticados por meio de perícias (ALVARENGA, 2011; DE LUCENA, 2016).

Diante da gravidade que circunda as consequências decorrentes da prática de violência psicológica, Silva e Alves (2016), defendem a possibilidade da criminalização da violência psicológica, como crime de lesão corporal à saúde da vítima de violência doméstica com base no *caput* e § 9º, do art. 129, do Código Penal brasileiro, combinado com o art. 7º, II, da Lei 11.340/2006.

h) Privação de alimentos e bebidas

No que se refere à alimentação permitida às parturientes, destaca-se que as técnicas utilizadas com o propósito de esvaziamento gástrico durante o pós-operatório, por meio de privação de alimentos e bebidas (jejum forçado e prolongado), foram reavaliadas e consideradas ineficazes, pois foram comprovadamente maléficas à saúde da parturiente, em decorrência do risco de hipoglicemia e desidratação (MORO, 2003).

Nota-se que o jejum forçado e prolongado é prática comum, até mesmo em casos de parto normal sem anestesia, sendo argumentada a sua finalidade como a de evitar náuseas e vômitos e que acaba sendo aceito pelas mulheres, sem possibilidade de contestação quanto à imposição (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Sobre tal conduta, bem como da prática de outras formas de violência obstétrica, importante a leitura do relato abaixo:

“Depois de passar o tempo todo deitada na maca, pois não me permitiram me movimentar para ajudar no trabalho de parto, sem poder beber ou comer, com ocitocina no soro, sem acompanhante, fui para mesa de parto, amarraram minhas pernas, uma enfermeira

subiu em cima da minha barriga e minha filha nasceu. Só depois de 7 horas após o parto levaram a minha filha para eu conhecer”. (R.R.S.V. atendida na rede pública em Belo Horizonte-MG) (CIELLO et al., 2012, p. 101).

Ocorre que, contrariamente a esse tipo de prática, a OMS (1996) inclui como uma conduta demonstradamente útil e que deve ser estimulada a oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto e enquadra-se como prática frequentemente utilizada de modo inadequado a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.

Estudos apontam que o jejum obrigatório prejudica a dinâmica do parto, uma vez que interfere na movimentação do bebê, desdobrando-se em uma cascata de intervenções que culminam em uma cesariana. A ingestão de alimentos e bebidas, além de não causar nenhum transtorno durante o parto, propicia às mulheres melhores condições físicas para fazer força no período expulsivo. O jejum prolongado provoca fraqueza, além da necessidade de maior aporte medicamentoso para a recuperação física da parturiente (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

2.4. A parturiente como sujeito de direitos

As formas de ocorrência de violência obstétrica acima apontadas ferem direitos fundamentais e também direitos humanos. Conforme preceitua Carvalho (2002), ainda que referidos direitos apresentem semelhanças, não devem ser compreendidos como direitos idênticos, já que os direitos humanos ou direitos do homem devem ser compreendidos como direitos válidos para todos os homens, independentemente do lugar onde estejam, pelo simples fato de serem homens e, por isso, dotados de direitos, possuindo, portanto, caráter universal, ao passo que os direitos fundamentais, tratam-se de direitos positivos vigentes conforme a determinação estabelecida por cada Estado, abrangendo, portanto, direitos individuais, políticos, sociais e econômicos protegidos pelas legislações em vigor nos mais diferentes países.

Destaca-se que tanto os direitos humanos quanto os direitos fundamentais são comumente violados quando há ocorrência do fenômeno da violência obstétrica. Desse modo, necessário trazer, a título de exemplo, direitos básicos das mulheres gestantes que são cotidianamente negligenciadas, antes, durante e após o parto, sendo os principais (SERRA, 2018):

Direito à vida: trata-se do mais primordial direito humano, transcrito como direito fundamental pelo art. 5º da CF/88. No âmbito da saúde da mulher gestante, tal direito garante às parturientes não só a sua proteção individual, mas também a do neonato, assegurando-lhes o direito de permanecerem vivos. Tal direito fundamental também existe para garanti-los uma vida digna.

Destaca-se que o direito à vida está interligado com o direito à saúde, previsto nos arts. 196 a 200, CF/88.

Direito à integridade pessoal: caracterizado como um direito humano, o direito à integridade pessoal é assegurado pela Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San Jose da Costa Rica – 1969) que preconiza, em seu art. 5º, o direito a integridade física, psíquica e moral de todas as pessoas, não podendo ser submetidas a tratamentos cruéis, degradantes ou desumanos.

O direito à integridade pessoal determina que ninguém poderá ter seus direitos físicos e morais violados. A violência física pode se dar por meio de uma conduta inapropriada, capaz de gerar danos físicos à vítima, já a violação moral e/ou psíquica é capaz de desestabilizar o indivíduo na esfera emocional e/ou psicológica.

Nota-se que tal direito, no ponto de vista da violência obstétrica, é claramente violado quando da ocorrência de violações de cunho físico, verbal, sexual ou psicológico.

Direitos sexuais e reprodutivos: inseridos como direitos humanos e fundamentais, vez que estão pautados no princípio basilar da dignidade da pessoa humana, protegem os cidadãos ao livre exercício da sexualidade e reprodução, embasando-se em quatro bases éticas: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade (CORRÊA; PETCHESKY, 1996).

Direito à informação: trata-se de um direito fundamental e humano, devidamente resguardado pelo art. 5º, XIV e XXXIII da CF/88, bem como na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, no art. 6º. Referido direito está assentado no respeito à liberdade, à autonomia, à dignidade da pessoa humana (DUBDH, 2005).

Para Pereira (2010), o direito à informação é fundamental para o paciente, vez que possui capacidade de concretizar a autodeterminação pessoal, já que lhe é assegurado o poder de decidir, livremente, sobre seu corpo.

Assim, o direito do paciente de ser informado sobre os procedimentos sobre seu corpo apresenta-se como consequência lógica da condição de paciente. No que se refere ao direito à informação da mulher gestante, destaca-se o direito de receber informações

sobre o seu estado de saúde e sobre os procedimentos indicados, em uma linguagem clara, de forma respeitosa e compreensível, cabendo ao profissional da saúde a explicação e a finalidade de cada intervenção ou tratamento, bem como os riscos ou possíveis complicações e as alternativas disponíveis. Diante de tais informações é que a mulher terá o direito de recusar tratamentos ou procedimentos em seu corpo, recusa essa denominada de recusa informada (CIELLO *et. al.*, 2012).

A aplicabilidade desses direitos no que se refere à violência obstétrica deve se ater aos princípios bioéticos. A bioética é definida como o estudo sistemático da conduta humana a área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que examina tais condutas à luz dos valores e princípios morais, na busca de um atendimento eficaz aos problemas da vida, saúde e morte do ser humano (LEPARGNEUR, 1996).

Importante destacar que a homologação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em 2005, trouxe um marco conceitual da Bioética, ao tratar das questões éticas suscitadas pela medicina, ciências da vida e tecnologias associadas na sua aplicação aos seres humanos. Referida declaração incorporou os princípios que norteiam o respeito pela dignidade da pessoa humana, direitos humanos e liberdades fundamentais.

Para a presente pesquisa, é importante analisar os princípios da autonomia e da beneficência, em razão da linha tênue entre eles nas práticas atreladas a violência obstétrica.

Limitar a decisão do paciente no que tange a situações em que podem ter uma decisão inteiramente autônoma pode gerar a privação da assistência à saúde e a vontade do paciente. Nesse sentido, muitos profissionais de saúde utilizam informações falaciosas ou coação no intuito de convencer as mulheres a realizar determinados procedimentos, tais como as cesáreas eletivas (WANSSA, 2011).

Assim, o direito à informação liga-se ao princípio da autonomia, tendo em vista que somente com informações compreensíveis, pode o paciente ser capaz de tomar decisões concretas e autônomas. O respeito a autonomia, portanto, requer, a observância da livre escolha do indivíduo, sem que haja qualquer tipo de coerção ou influência externa (WANSSA, 2011).

Já o princípio da beneficência resume-se no dever ético de não fazer mal, maximizando os benefícios e minimizando danos e prejuízos, é fazer o que é melhor para o paciente do ponto de vista técnico-profissional e ético, utilizando conhecimentos e

habilidades profissionais a serviço do paciente, considerando, na tomada de decisão, a minimização dos riscos e maximização dos benefícios do procedimento que se pretende realizar (LOCH, 2002).

Diante da conceituação dos referidos princípios, Diniz e Guilhem (2012) destacam que há uma linha tênue entre a proteção e a autoridade, gerando a limitação do princípio da autonomia e da beneficência, podendo inclusive haver a utilização do princípio da beneficência como subterfúgio para utilização de procedimentos que, segundo os profissionais, se não realizados, poderiam colocar em risco a vida os envolvidos.

A partir daí surge a dúvida: como assegurar o direito à autonomia preservando a vida do paciente? Até que ponto pode o paciente exercer sua autonomia? Para Beauchamp e Childress (2002), o respeito à autonomia significa que a autodeterminação do agente moral só poderá ser considerada quando não produz danos ou sofrimentos a outras pessoas.

Muito embora não haja uma hierarquização dos princípios bioéticos, o que se pode verificar é o predomínio do princípio da autonomia sobre os demais princípios (DINIZ; GUILHEM, 2012).

Destaca-se que, muitas vezes, o princípio da autonomia pode vir mascarado pela coerção da vontade, como no uso e acesso às novas tecnologias reprodutivas, tendo em vista que muitas mulheres se submetem a procedimentos invasivos em virtude dos papéis hegemônicos atribuídos em que a maternidade é quase um imperativo social, não exercendo livremente a sua autonomia reprodutiva (DINIZ; GUILHEM, 2012).

Na prática, o respeito à autonomia encontra-se em oposição ao modelo paternalista, modelo este em que todas as decisões são tomadas pelo médico isoladamente, de modo a impedir a atuação do paciente como protagonista do seu próprio tratamento. Sob essa perspectiva, o modelo participativo é considerado ideal do ponto de vista ético, em que o médico, utilizando justamente o direito de informação ao paciente, informa-o, orienta e aconselha-o, no que tange a tomada de decisões livre e consciente (UGARTE; ACIOLY, 2014).

Tal conduta vem sendo observada no procedimento de parto, vez que as mulheres, muitas vezes por orientação médica, acabam não manifestando a sua vontade e sendo expostas a situações pelas quais não objetivam e muito menos precisariam passar.

No que se refere ao Princípio da Dignidade da pessoa humana, previsto no art. 1º, II, CF/88, princípio este basilar ao Estado Democrático de Direito, destaca-se que abarca três conteúdos essenciais: valor intrínseco, autonomia e valor social da pessoa humana.

No plano jurídico, o valor intrínseco da pessoa humana determina a inviolabilidade da sua dignidade, abrangendo uma série de direitos fundamentais: direito à vida, direito à igualdade, direito à integridade física, além da integridade moral ou psíquica (BARROSO, 2010).

Já a autonomia, que é o componente ético da dignidade, envolve a capacidade de autodeterminação, tendo o indivíduo o direito de decidir os rumos da própria vida e de desenvolver livremente sua personalidade. “Significa o poder de fazer valorações morais e escolhas existenciais sem imposições externas indevidas [...] Por trás da ideia de autonomia está a de pessoa, de um ser moral consciente, dotado de vontade, livre e responsável” (BARROSO, 2010).

O terceiro e último conteúdo essencial, qual seja, a dignidade como valor comunitário, abarca o elemento social, ou seja, a relação do indivíduo com o grupo, trazendo as diretrizes de valores a serem compartilhados pela comunidade, segundo os padrões civilizatórios ou seus ideais de boa vida (BARROSO, 2010). Nesse sentido:

A dignidade como valor comunitário destina-se a promover objetivos diversos, dentre os quais se destacam: a) a proteção do próprio indivíduo contra atos autorreferentes; b) a proteção de direitos de terceiros; e c) a proteção de valores sociais, inclusive a solidariedade (BARROSO, 2010, p. 28).

Dworkin (2002) afirma que o direito deve ser interpretado como um fenômeno político de promoção da justiça nas ações individuais e sociais. Ainda que haja ausência de lei específica como importante instrumento de segurança jurídica, o ilícito da demanda pode ser sanado tomando por base os direitos e os princípios expostos que encontram guarida em nosso ordenamento jurídico, dentre eles o fundamento do ordenamento jurídico pátrio, a dignidade da pessoa humana.

Assim, importante destacar a sintetização feita por Tesser *et al.* (2015), sobre as categorias de desrespeito quando da prática de violência obstétrica, com a sua respectiva associação aos direitos correspondentes, com base em um ponto de vista jurídico e social, e com exemplos concretos da realidade brasileira:

Tabela 1. Categorias de desrespeito e abuso, direitos correspondentes e exemplos de situações de violência obstétrica

<i>Categorias de desrespeito e abuso</i>	<i>Direitos correspondentes</i>	<i>Exemplos de situações de violência obstétrica</i>
Abuso físico	Direito a estar livre de danos e maus tratos	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas” (Ex.: toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomia desnecessárias, imobilização física em posições dolorosas, episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”).
Imposição de intervenções não consentidas – muitas vezes com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa; direito a ter escolhas e preferências respeitadas, incluindo a escolha de acompanhantes durante o atendimento	Realização da episiotomia em mulheres que, verbalmente ou por escrito, não autorizaram essa intervenção; desrespeito ou desconsideração do plano de parto; indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40ª semana, <i>etc.</i>) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais”, <i>etc.</i>); não informação dos danos potenciais de longo prazo para os nascidos por cesariana (aumento de doenças crônicas, entre outros).
Cuidado não confidencial ou não privativo	Direito à confidencialidade e privacidade	Maternidades que mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem um biombo separando os leitos, e que ainda alegam falta de privacidade para justificar o desrespeito ao direito a acompanhante.
Cuidado indigno e abuso	Direito à dignidade e ao respeito	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e

Verbal		ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda; humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”.
Discriminação baseada em certos atributos	Direito à igualdade, à não discriminação e à equidade da atenção	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casada, com gravidez planejada, adulta, branca, mais escolarizada, de classe média, saudável, etc.), depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobre, não escolarizada, mais jovem, negra) e as que questionam ordens médicas.
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde	Abandono, negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, “descompensadas” ou demandantes, e nos casos de aborto incompleto, demora proposital no atendimento a essas mulheres, com riscos importantes a sua segurança física
Detenção nos serviços	Direito à liberdade e à autonomia	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços; no Brasil e em outros países, surgem relatos de detenções policiais de parturientes

Fonte: Autora. Adaptado de Tesser et al (2015).

Da análise do quadro, é possível concluir que as mulheres parturientes, quando expostas a situações de violência obstétrica acabam tendo vários de seus direitos ofendidos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as decisões colegiadas proferidas pelo Superior Tribunal de Justiça nas demandas judiciais que envolvam situações de violência obstétrica.

3.2 Objetivos específicos

Identificar os tipos de violência obstétrica que foram objeto das decisões proferidas pelo Superior Tribunal de Justiça;

Descrever as consequências geradas à gestante e/ou ao neonato (danos iatrogênicos) em razão de violência obstétrica;

Descrever as decisões colegiadas proferidas pelo Superior Tribunal de Justiça que envolvam situações de violência obstétrica.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo documental (descritivo) com utilização de dados secundários, obtidos por meio de consulta ao sítio eletrônico do Superior Tribunal de Justiça (STJ). Necessária a definição de alguns termos jurídicos para melhor compreensão do tema:

- **Decisões monocráticas:** são decisões judiciais proferidas por um único magistrado;

- **Decisões colegiadas (acórdãos):** As decisões colegiadas proferidas pelos Tribunais são denominadas acórdãos. O julgamento é o ato de decidir o processo e o acórdão é o documento escrito, composto pelo relatório e pelos votos de todos os Desembargadores ou Ministros que tenham participado do julgamento, que é efetivamente juntado ao processo⁸;

⁸ Fonte: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/vertexto.asp?servico=estatistica&pagina=entendadecisoes>

- **Jurisprudência:** é o termo jurídico que designa o conjunto das decisões sobre interpretações das leis feitas pelos tribunais de uma determinada jurisdição;

- **Juízo *ad quo*:** instância inferior, que proferiu a decisão que fora objeto de recurso;

- **Juízo *ad quem*:** instância superior, que receberá o recurso interposto em razão de decisão proferida pela instância inferior;

- **Superior Tribunal de Justiça:** Criado pela Constituição Federal de 1988, o STJ é a corte responsável por uniformizar a interpretação da lei federal em todo o Brasil. É de sua responsabilidade a solução definitiva dos casos civis e criminais que não envolvam matéria constitucional nem a justiça especializada⁹;

- **Recurso Especial:** refere-se a um instrumento jurídico (recurso) pelo qual busca-se a uniformização pelo tribunal, de interpretações divergentes sobre um determinado dispositivo de lei¹⁰;

- **Autor (Demandante):** é a parte do processo que detém um direito ou interesse e busca, por ação judicial, obter um bem, assegurar uma proteção e outros;

- **Réu (Demandado):** é a parte do processo que é responsável legal pelo resguardo e garantia de um direito;

- **Interesse:** é a condição para o ajuizamento da ação judicial qualificada pela necessidade e utilidade, pois a situação real do demandante admite o atendimento de uma necessidade de forma útil e tempestiva por meio judicial;

- **Pretensão:** é a solicitação da satisfação de um interesse (um direito) do demandante junto ao Poder Judiciário;

- **Litígio:** é a resistência por parte do demandado à satisfação de um interesse (um direito) do demandante solicitado junto ao Poder Judiciário

4.2. Coleta de dados

A coleta de dados se deu no sítio eletrônico do Superior Tribunal de Justiça (www.stj.jus.br), pelos indexadores caracterizadores da violência obstétrica: parto,

⁹ Fonte: http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Institucional/Atribui%C3%A7%C3%B5es

¹⁰ Fonte: http://www.stj.jus.br/sites/STJ/default/pt_BR/Institucional/Atribui%C3%A7%C3%B5es

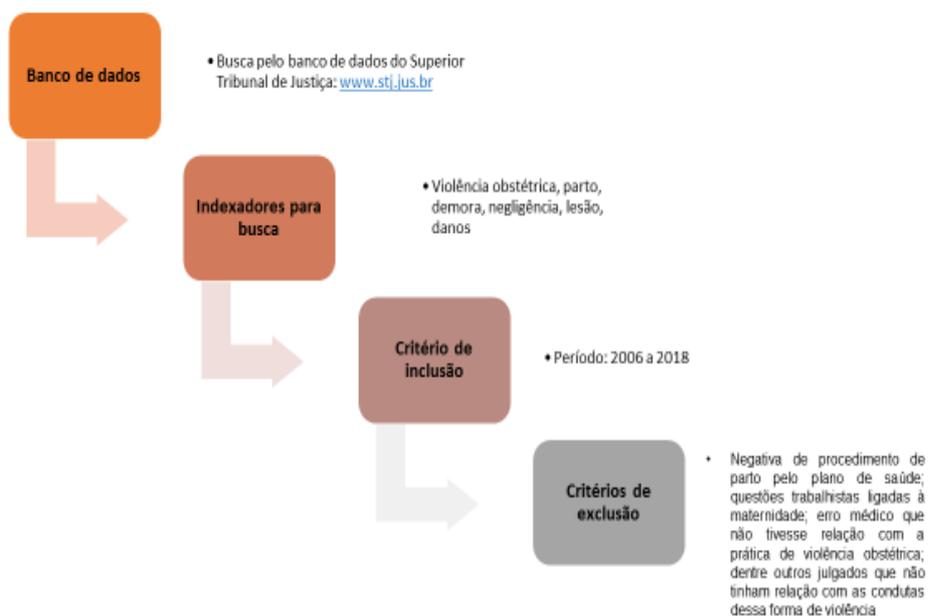
negligência, demora, lesão, danos, como forma de selecionar os acórdãos que tinham relação direta com a temática abordada na presente pesquisa.

Para busca dos acórdãos, teve-se como critério de inclusão o período de 2006 a 2018 e os seguintes critérios de exclusão: negativa de procedimento de parto pelo plano de saúde; questões trabalhistas ligadas à maternidade; dentre outros julgados que não tinham relação com as condutas de violência obstétrica.

Optou-se, como abrangência do estudo, as decisões proferidas pelo STJ em razão de sua relevância institucional, bem como seu importante papel na proteção dos direitos fundamentais

De modo a possibilitar uma análise minuciosa dos acórdãos, foi feita uma tabela, com utilização do programa Microsoft Excel 2006, especificando número do processo, data da publicação da decisão, polo ativo, polo passivo, instrumento processual utilizado, relator, órgão julgador (turma), forma de atendimento (hospital público ou privado), violência sofrida (mulher ou neonatal), dano mencionado no acórdão, causa do dano, decisão favorável ou desfavorável e sanção fixada na decisão (apêndice 1).

Figura 1: Fluxograma de coleta de dados dos acórdãos.



Após a coleta de dados, fora feita análise documental mediante a avaliação de cada acórdão, visando a identificação do tipo de violência obstétrica realizada, as consequências geradas à gestante e/ou ao neonato e como o STJ tem se posicionado sobre o tema, no intuito de verificar se as decisões colegiadas proferidas podem ser utilizadas como paradigmas à solução em casos análogos.

4.3. Seleção da amostra

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa exploratória das jurisprudências do STJ de todos os acórdãos de 2006 a 2018, utilizando-se a princípio o indexador “violência obstétrica”. Ocorre que, a partir de tal pesquisa não fora encontrado nenhum resultado. Assim, posteriormente, utilizaram-se indexadores que poderiam configurar a existência de violência obstétrica: parto, demora, negligência, lesão, danos.

A partir dos resultados encontrados, cada acórdão foi detalhadamente analisado a fim de verificar se de fato havia alguma situação caracterizadora da violência obstétrica, aqueles que não configuravam a prática de referida violência foram excluídos da pesquisa.

Desse modo, foram adotados como critérios de exclusão situações que envolvessem: negativa de procedimento de parto pelo plano de saúde; questões trabalhistas ligadas à maternidade; erro médico que não tivesse relação com a prática de violência obstétrica; dentre outros julgados que não tinham relação com as condutas dessa forma de violência.

Exclui-se também do campo de análise os recursos que foram interpostos dentro do próprio recurso especial, vez que tratavam do mesmo caso fático.

Assim, encontrou-se onze acórdãos a serem utilizados como objeto de estudo.

5. RESULTADOS

Foram analisados onze acórdãos do Superior Tribunal de Justiça, extraídos da pesquisa feita no período de 2006 a 2018, tendo a busca encontrado julgados até o ano de 2016, que tinham como objeto a violência obstétrica.

Foi evidenciada uma preponderância da interposição de Recursos Especiais pela Região Sudeste, concentrando-se exclusivamente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, vez que, das onze decisões colegiadas, sete advieram dos referidos estados, conforme se vê da tabela 2.

Além disso, as demandas judiciais que chegaram ao STJ em razão da ocorrência de violência obstétrica são promovidas tanto em decorrência de tal prática nos setores públicos de saúde quanto nos privados. Nota-se que sobressai o número de Recursos Especiais que envolvem o serviço de saúde privado, já que, dos onze acórdãos analisados, seis se referem ao setor privado.

Tabela 2. Caracterização dos Recursos Especiais por ano de julgamento, Estado e tipo de serviço de saúde (Público ou Privado). Brasil 2019.

RECURSO ESPECIAL	ANO DE JULGAMENTO	ESTADO	TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE PRESTADO
740.574	2006	SP	Serviço Privado
1.024.693	2009	SP	Serviço Público
1.174.490	2010	MA	Serviço Público
1.173.058	2011	DF	Serviço Privado
1.195.656	2011	BA	Serviço Privado
1.245.063	2011	RJ	Serviço Público
1.351.105	2013	SP	Serviço Privado
1.386.389	2013	RJ	Serviço Público
1.526.467	2015	RJ	Serviço Privado
1.595.761	2016	SC	Serviço Público
1.548.847	2016	SP	Serviço Privado

Fonte: elaboração própria realizada por meio de pesquisa documental dos acórdãos do Superior Tribunal de Justiça (STJ).

Diante da leitura e análise dos acórdãos, observa-se a preponderância da negligência como meio de efetivação de violência obstétrica; dentre as formas de negligência, a que mais se observa é a demora no procedimento de parto.

Nesse cenário, as consequências geradas ao neonato acabam sendo irreparáveis, como seu falecimento ou o comprometimento de suas funções cerebrais de modo irreversível. É possível notar também que, em todos os Recursos Especiais analisados, houve como dano iatrogênicos à parturiente/mãe a ofensa a sua integridade moral.

Tabela 3. Caracterização dos Recursos Especiais por tipo de violência, dano decorrente à parturiente e ao neonato. Brasil 2019.

RECURSO ESPECIAL	TIPO DE VIOLÊNCIA ALEGADA	DANO IATROGÊNICO À PARTURIENTE	CONSEQUÊNCIA GERADA AO NEONATO
-------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

740.574	Negligência médica	Esterilidade decorrente de procedimento de curetagem necessário em razão de restos de placentas deixadas pelo médico. Abalo psíquico e emocional	—
1.024.693	Demora no parto (negligência médica)	Abalo psíquico e emocional	Síndrome Hipóxido-Isquêmica em razão de parto prolongado
1.174.490	Negligência médica	Septicemia decorrente de esquecimento de compressa cirúrgica no abdômen da parturiente após procedimento de parto. Abalo psíquico e emocional	—
1.173.058	Demora no parto, omissão socorro e imperícia na realização do parto (negligência médica)	AÇÃO PROPOSTA PELO FILHO	Lesões físicas e neurológicas irreversíveis
1.195.656	Demora no atendimento ao parto (negligência)	Lesões corporais e abalo psíquico e emocional	Encefalopatia hipóxica isquêmica (sequelas cerebrais irreversíveis)
1.245.063	Demora no atendimento ao parto (negligência)	Danos estéticos e abalo psíquico e emocional	Lesões físicas e neurológicas irreversíveis

1.351.105	Desaparecimento do natimorto (negligência)	Abalo psíquico e emocional	—
1.386.389	Negligência médica	Danos estéticos em razão de curto circuito de bisturi (parturiente teve queimaduras de 2º e 3º graus em boa parte do corpo). Abalo psíquico e emocional	—
1.526.467	Abuso físico (utilização de “fórceps”). Negligência em razão de não observância de indicação de cesariana para redução de riscos	Abalo psíquico e emocional	Paralisia membro superior esquerdo
1.595.761	Demora no atendimento ao parto (negligência)	Abalo psíquico e emocional	ÓBITO
1.548.847	Demora no atendimento ao parto (negligência)	Abalo psíquico e emocional	Sequelas cerebrais irreversíveis

Fonte: elaboração própria realizada por meio de pesquisa documental dos acórdãos do Superior Tribunal de Justiça (STJ).

De modo a trazer uma abordagem mais precisa sobre os danos iatrogênicos vislumbrados nos referidos acórdãos e como o Superior Tribunal de Justiça vem lidando com tal temática, a tabela 4 ilustra que, na maioria dos casos, manteve a indenização da fixação por danos morais fixados pela instância inferior.

Tabela 4. Descrição sintética dos casos que circundam os acórdãos e a respectiva condenação. Brasil 2019.

Recurso Especial	Breve relato dos fatos	Descrição da condenação do STJ
-------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

740.574	<p>Erro médico. Restos de placenta deixados na parturiente. Procedimento de curetagem. Esterilidade. SEM INFORMAÇÃO QUANTO A FIXAÇÃO DA REPARAÇÃO DE DANOS</p>	<p>A discussão no STJ gira em torno da produção de provas periciais</p>
1.024.693	<p>Omissão na efetivação de imediatas providências pré-parto. Constatação da perícia do IMES de que os batimentos cardíacos fetais não foram auscultados com a frequência necessária. Demora na administração da medicação, atrasando o trabalho de parto. Evolução do recém-nascido foi típica de Síndrome Hipóxico-Isquêmica (falta de oxigênio no cérebro), decorrente de parto prolongado.</p> <p>Fixação de indenização pelos danos morais sofridos em 500 salários mínimos.</p>	<p>Manteve a condenação.</p> <p>Juros moratórios a partir do evento danoso; Reforma da decisão para determinar a incidência de 0,5% de juros moratórios até a entrada em vigor do NCPC.</p>
1.174.490	<p>Septicemia (infecção generalizada) decorrente de esquecimento de compressa cirurgia em abdômen após procedimento de parto.</p> <p>Danos estéticos à mulher/vítima: R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais); danos morais R\$ 800.000,00 (oitocentos mil reais).</p> <p>Danos morais ao marido da vítima R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). Danos morais ao filho da vítima R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) para seu filho.</p>	<p>Manteve a condenação.</p>

Fixação de pensão de 4 (quatro) salários mínimos até a vítima completar 71 (setenta e um) anos de idade.

- 1.173.058 Omissão de socorro e imperícia no curso cirúrgico, que teve diversas complicações, ocasionando em danos físicos e cerebrais irreversíveis na criança, autora da ação.
- Condenação: solidário hospital e médica: R\$ 46.729,19 (danos materiais); R\$ 200.000,00 (danos morais); 10 salários mínimos de pensão vitalícia.** **Manteve a condenação.**

- 1.195.656 Lesões corporais na parturiente e acometimento da recém-nascida em “encefalopatia hipóxica isquêmica”, em razão da demora no parto.
- Danos morais a serem pagos pelo médico que realizou o procedimento: 150 salários mínimos e pelo hospital: 100 salários mínimos. Condenação de pensão mensal vitalícia de um salário mínimo para mãe e um para filha a ser cumprida de forma igual pelo médico e pelo hospital.** **Manteve a condenação.**

- 1.245.063 Início do procedimento de parto após mais de 16 horas da internação. Sequelas cerebrais irreversíveis ao bebê.
- Condenação ao pagamento de pensionamento mensal ao Autor a partir dos 14 (quatorze) anos no valor de 02 (dois) salários mínimos; condenação por**
- Análise da extinção de nexo de causalidade da pensão vitalícia em razão do falecimento do Autor.
- Admitido o recurso e remetido ao Tribunal de origem para novo julgamento.

**danos morais em 200 salários mínimos;
condenação em 100 salários mínimos a
título de danos estéticos.**

1.351.105	<p>Desaparecimento do natimorto.</p> <p>Condenação em R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) em indenização por danos morais.</p>	<p>Considerou-se que o dano moral não decorre da morte do feto, mas da impossibilidade do sepultamento.</p> <p>Redução da indenização para R\$ 100.000,00 (cem mil reais) e extinção da multa por litigância de má-fé.</p>
1.386.389	<p>Queimadura de 2º e 3º grau em boa parte do corpo, em acidente ocorrido minutos antes do nascimento do filho. Curto circuito no bisturi elétrico.</p> <p>Condenação ao Município ao pagamento de: 15 mil reais de danos estéticos e 25 mil reais de danos morais.</p>	<p>MAJORAÇÃO DOS DANOS MORAIS PARA R\$ 60.000 (sessenta mil reais) e dos danos estéticos para R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).</p>
1.526.467	<p>Erro médico na utilização de “fórceps” no momento do parto. Paralisia do membro superior esquerdo do menor e não observância de indicação de cesariana para reduzir riscos.</p> <p>Condenação de R\$ 80.000,00 de danos morais e pensão mensal de um salário mínimo vigente ao Autor desde a data do seu nascimento até que complete a maioridade civil.</p>	<p>Manteve a condenação.</p>

	Feto retirado sem vida em razão de parto cesáreo tardio.	
1.595.761	Condenação em danos morais sofridos em R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais).	Manteve a condenação.
1.548.847	Demora no atendimento do procedimento de parto. Sequelas cerebrais irreversíveis ao bebê. O Tribunal <i>ad quo</i> (TJSP) entendeu pelo indeferimento da ação em razão de ausência de comprovação denexo causal, bem como pela não concessão de inversão do ônus da prova.	Manutenção da decisão.
	AUSÊNCIA DE CONDENAÇÃO.	

Fonte: elaboração própria realizada por meio de pesquisa documental dos acórdãos do Superior Tribunal de Justiça (STJ).

Em relação à procedência dos pedidos realizados nas demandas judiciais que envolvem o tema, a análise dos Recursos Especiais do STJ aponta que apenas em uma situação não houve o reconhecimento da violência obstétrica alegada, bem como a sua consequente condenação.

Tabela 5. Desfecho da análise dos julgados do STJ: tipo de violência apresentada nos acórdãos, direito e/ou princípios violados, quantidade de recursos especiais por violência e número de procedência dos recursos. Brasil 2019.

Violência apontada nos acórdãos	Direito e/ou princípios violados	Quantidade de REsp	Reconhecimento da violência/ Condenação
Demora no parto	Dignidade da pessoa humana, direito à segurança, direito à igualdade, direito à saúde, integridade pessoal.	4	3

Abuso físico	Dignidade da pessoa humana, direito à saúde.	1	1
Negligência médica	Dignidade da pessoa humana, direito à segurança, direito à igualdade, direito à saúde, integridade pessoal.	6	6

Fonte: elaboração própria realizada por meio de pesquisa documental dos acórdãos do Superior Tribunal de Justiça (STJ).

6. DISCUSSÃO

Evidenciou-se que os acórdãos foram provenientes, em sua maioria, da região sudeste, tanto dos setores público e privado.

Das violências obstétricas ocorridas, o que mais se observou nos julgados foi a demora no procedimento de parto, trazendo consequências geradas ao neonato irreparáveis, como seu falecimento ou o comprometimento de suas funções cerebrais de modo irreversível e para as parturientes/mãe, em todos os casos, houve a ofensa à sua integridade moral.

A maioria dos casos manteve a condenação dos danos morais fixados pela instância inferior, não tendo sido reconhecida a violência obstétrica alegada e a sua consequente condenação em um dos casos.

Destaca-se que muito da necessidade de as mulheres recorrerem ao Poder Judiciário como forma de reparar os danos por ela sofridos ou até mesmo pelos seus filhos, no procedimento de parto, dá-se em razão da ausência de leis específicas que tratem sobre o tema, bem como de políticas públicas que visem a proteção integral de seus direitos e a consequente redução de casos de violência obstétrica.

Entretanto, sabe-se que a inserção da saúde é um direito social trazendo aos cidadãos a garantia de sua efetivação por meio de políticas públicas sociais e econômicas. Tal direito está regulamentado pelo art. 196 da CF/88 que estabelece o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Além da previsão do acesso à saúde ser universal, a Constituição Federal de 1988 determinou, no art. 198, a integralidade no atendimento, ao dispor que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, tem-se a saúde como um bem imprescindível ao ser humano, considerado como um direito fundamental, visto que, sem ele o homem não vive dignamente, não exerce suas faculdades e habilidades, além de ser tolhida a possibilidade de buscar a maior qualidade de vida. A efetivação da saúde está diretamente ligada ao próprio direito à vida (SALEME; AMORIN, 2011).

Assim, por ser a saúde um direito fundamental e coletivo, deve ser promovido de modo que todos devam ter seu direito resguardado. Ocorre que, o que vêm sendo observado, é que, em muitas instituições de saúde, os direitos reprodutivos da mulher vêm sendo sistematicamente violados durante o parto e enfrentados como forma naturalizada de violência.

Essas violações são denominadas violência institucional na atenção obstétrica, que corresponde a uma forma específica da violência de gênero, uma vez que há utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes. Enquadram-se, portanto, às formas de violência e danos originados no cuidado obstétrico profissional, todos os atos praticados no corpo da mulher

e do neonato sem o devido consentimento ou informação prestada à paciente (SILVA; SERRA, 2017)

O resultado extraído da análise dos acórdãos do STJ apontam a preponderância de Recursos Especiais (seis recursos) em face de instituições de saúde privada, o que não revelam a realidade do país. Além do mais, tal dado encontrado não pode ser interpretado como um dado que retrata uma realidade, vez que, por se tratar o STJ da última instância judicial, nem todas as demandas são recorridas a ele.

A situação fática de saúde do país demonstra o oposto do referido resultado. Somente 30% das mulheres possuem algum tipo de seguro-saúde privado e as outras 70% dependem do Sistema Único de Saúde (SUS).

No mais, os dados colhidos pela pesquisa nacional “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” trouxeram como resultado que 74% das mulheres sofrem algum tipo de violência no atendimento ao parto na rede pública, ao passo que 17% sofreram na rede privada e 8% em ambas. A pesquisa fora realizada com uma amostragem com 2.365 mulheres (VENTURI; GODINHO, 2010).

Impende destacar, ainda, que, no âmbito da saúde privada, a Agência Nacional da Saúde (ANS) autarquia federal, vinculada ao Ministério da Saúde, que tem a atribuição de controlar, fiscalizar e regulamentar a atividade dos setores de realização da saúde suplementar, publicou a Resolução Normativa nº 368, trazendo a obrigatoriedade das operadoras de planos de saúde, sempre que solicitadas, de divulgar os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico.

Além do mais, as operadoras também serão obrigadas a fornecer o Cartão da Gestante e a Carta de Informação à Gestante, em que deverá constar o registro de todo o pré-natal, devendo os obstetras utilizarem o Partograma, documento gráfico em que é registrado tudo o que acontece durante o trabalho de parto (ANS, 2015).

Conforme se extrai do site da ANS¹¹, tal Resolução teve como fundamento e objetivo principal a estimulação do parto normal e a redução das cesarianas desnecessárias, o que gera como possível consequência uma maior fiscalização e cuidado dos médicos (ANS, 2015).

¹¹ <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2923-entram-em-vigor-novas-regras-sobre-parto-na-saude-suplementar>

Ocorre que, no contexto fático, a autonomia e direito a escolha da mulher vem sendo violado. Nas últimas décadas, o domínio da mulher sobre o seu corpo e o empoderamento na escolha do parto natural foi gradativamente sendo substituído pelas várias intervenções médicas, muitas vezes invasivas e desnecessárias, podendo gerar consequências danosas à condição física e psíquica da parturiente, ou até mesmo do neonato, incorrendo em práticas de violência obstétrica (SERRA, 2018).

Nesse contexto, diante da utilização de intervenções médicas que ferem o direito a escolha da mulher, o Judiciário deve servir como meio capaz de ao menos sanar parte dos prejuízos por ela sofridos.

A compreensão que se extrai das decisões proferidas pelo STJ é no sentido de que não tem a Corte Superior tratado com propriedade os direitos fundamentais, vez que não trazem à completude a gravidade do panorama iatrogênico da violência obstétrica, já que, nota-se o silêncio acerca da violência praticada pelos agentes, devido a maioria considerar os atos de violência obstétrica como erro médico, em razão da complexa comprovação de nexo de causalidade entre a conduta médico-hospitalar e o dano, fixando, em boa parte dos casos, punições relativamente singelas aos profissionais.

Tal conduta gera uma certa preocupação às mulheres, pois, apesar da possibilidade de imputação da responsabilidade civil aos executores, bem como das devidas indenizações às vítimas, as decisões não trazem na maioria dos casos e numa análise superficial, a diferenciação entre erro médico e violência obstétrica (SERRA, 2018).

Fato é que ainda há muito o que ser conquistado de direto à saúde da mulher; mas, em contraponto, nota-se uma movimentação crescente sobre a necessidade de que as políticas públicas voltem seus olhares às questões de cuidado e proteção da mulher. Além disso, é importante desenvolver meios que proponham o empoderamento de mulheres que foram violentadas (OLIVEIRA; CAVALCANTI, 2007).

Nesse sentido, observou-se como resultado nessa pesquisa que há casos frequentes que são levados ao poder judiciário sobre erro médico no procedimento de parto; porém, não podem os erros médicos serem tidos como sinônimo de violência obstétrica, razão essa que fora utilizado como critério de exclusão da pesquisa situações de erro médico que não configurasse violência obstétrica.

Conforme já destacado anteriormente e nos termos que preceitua D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002 *apud* AGUIAR, 2010), a violência obstétrica é expressa pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro,

ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo a não-utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual.

Ainda deve-se destacar o fato de que outras pesquisas apontam, como uma forma específica ilustrativa deste tipo de violência, o uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face das evidências científicas do momento, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas (DINIZ; CHACHAM, 2006; DINIZ, 2001 *apud* AGUIAR, 2010).

Nota-se, dos acórdãos selecionadas, que, da violência obstétrica cometida, a maioria dos casos se referem à demora no procedimento de parto, violências essas que inclusive são descritas pelo Ministros (juízes dos Recursos Especiais) como negligência médica, já que, no uso de suas atribuições, deixam de adotar as providências necessárias de modo a resguardar a saúde da mãe e do filho.

Nesse sentido, a responsabilidade dos agentes de saúde é averiguada por meio da culpa, nas modalidades de imprudência (agir com descuido), negligência (deixar de adotar as providências recomendadas) e imperícia (descumprimento de regra da profissão), sendo, portanto, a responsabilidade configurada como subjetiva.

O erro médico consiste em um ato ilícito cometido pelo profissional no exercício da sua função, sendo relacionado como uma das modalidades de culpa prevista no Código Civil:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito. (Lei 10.406/02)

O ato ilícito também encontra- postulado no Código de Ética Médica ao tratar no art. 1º, parte III, sobre “Responsabilidade profissional” estabelecendo que é vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Destaca-se que, frequentemente, o Poder Judiciário baseia suas decisões que tratam de ocorrências de danos no procedimento de parto por meio da caracterização de responsabilidade civil por erro médico (MORAES, 1996).

Ocorre que tal conceito consiste na falsa concepção acerca de um fato ou de algo contrário à realidade que não se coaduna com a prática da violência obstétrica, tendo em

vista que essa se caracteriza como uma modalidade de violência de gênero, descaracterizando-se a mera ocorrência de erro (MORAES, 1996),

Conforme Nogueira e Severi (2016):

O enquadramento na legislação sobre responsabilidade civil para a apreciação dos casos de danos e violências sofridas por mulheres durante a assistência ao parto, acaba por permitir aos tribunais de justiça apurarem apenas uma das dimensões dessa questão tão complexa: a ocorrência ou não de danos ocorridos em razão de erro médico ou profissional. A dimensão da violação de direitos sexuais e reprodutivos e outros direitos das mulheres são, comumente, silenciados (2016, p. 455).

Desse modo, assim como existem formas de prática de violência obstétrica que não podem ser consideradas erros médicos, existem erros médicos que são considerados negligência e não violência, razão pela qual ser extremamente necessário o entendimento de tal distinção para que não haja injustiças proporcionadas pelo Judiciário, de modo a imputar ao médico uma violência a que não praticou (SERRA, 2018).

Exemplo de uma conduta médica negligente que se configura como prática de violência obstétrica é a demora no procedimento de parto, que, muitas vezes, dá-se pelo erro médico na falta de atenção à parturiente, que não se preocupa com o momento vivido pela mulher, não se atenta a queixa de dores da parturiente e não trata com cautela os casos de urgência, dentre outras situações.

Erro esse que pode ser corroborado com condutas equivocadas promovidas pelos hospitais, sejam eles públicos ou privados. O que pode trazer como consequência a condenação solidária da responsabilidade pela violência obstétrica do profissional da área médica e do hospital.

Ainda foi evidenciado que pela demora no parto, consequências foram indicadas, tendo como resultado em todos eles abalos psíquicos à parturiente e morte do neonato, assim como o acometimento de sequelas cerebrais irreversíveis ao neonato.

Tal conduta, que nega atendimento à parturiente, é considerada desrespeitosa e contraria os princípios adotados pela Política de Humanização da Assistência e constitui-se como agressão aos direitos sexuais, reprodutivos e humanos, caracterizado como violência obstétrica de cunho psicológico, tendo em vista a instabilidade emocional

provocada na mulher em um momento no qual ela se encontra particularmente vulnerável (RODRIGUES *et al.*, 2015).

A insegurança produzida pela incerteza de ter ou não uma vaga para realização do parto, somada à possibilidade de peregrinação da sua efetivação, é uma condição desumana, tendo as mulheres que retardar ao máximo a ida à maternidade para tentarem evitar o risco de serem transferidas, gerando riscos para elas e para os bebês (DIAS; DESLANDES, 2006).

Importante destacar que a Lei n. 11.634 de 2007 garante à gestante o direito ao conhecimento e vinculação à maternidade em que receberá assistência no âmbito do SUS, assegurando-lhe o direito ao conhecimento e à vinculação prévia a uma maternidade na qual será realizado seu parto.

No tocante aos danos morais, em todos os acórdãos analisados, observa-se a existência de pedidos de seu reconhecimento com a consequente condenação. Nesse sentido, nota-se que o Superior Tribunal de Justiça manteve a condenação fixada pela instância inferior na maioria dos casos, não reconhecendo o direito a indenização em apenas um deles, por não vislumbrar a existência da prática de violência obstétrica, majorando a condenação em um acórdão e reduzindo em outro.

No que tange à reparação dos danos morais por meio da condenação ao pagamento em pecúnia, considera-se que, quando a honra e a moral das pessoas forem feridas, deve, quem lhe deu causa, indenizá-las de forma a recompensá-las pelos danos sofrido, nos termos do que preceitua o artigo 5º, X, CF/88:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, e à propriedade nos termos seguintes: [...] X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.

Assim, restando evidente o nexo causal entre conduta ilícita praticada pelo hospital e/ou pelo profissional da saúde e os danos sofridos, devem estes ser devidamente reparados.

Nesse sentido, o Desembargador do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, Sérgio Cavalieri Filho, afirma que, por se tratar de algo imaterial ou ideal a prova do dano moral,

não pode ser realizada pelos mesmos meios utilizados para comprovação dos danos materiais, vez que não é possível exigir que a vítima comprove sua dor, tristeza ou humilhação por meio de depoimentos, documentos ou perícia.

Em sua coerente visão, não seria possível a demonstração do descrédito, do repúdio ou do desprestígio através dos meios probatórios tradicionais, o que acabaria por ensejar o retorno à fase da irreparabilidade do dano moral em razão de fatores instrumentais. Assim, a razão se coloca ao lado daqueles que entendem que o dano moral está ínsito na própria ofensa e que decorre da gravidade do ilícito em si. Desse modo, se a ofensa é grave e de repercussão, por si só, justifica a concessão de uma satisfação de ordem pecuniária ao lesado. (COUTO FILHO, 2004).

O dano moral, analisado por Maria Helena Diniz (2007) no que concerne aos direitos da parturiente, pode ser caracterizado nos casos de: “injúrias que ofendem a dignidade e a honra das pessoas, a sua reputação; é o caso dos sofrimentos físicos experimentados por causa de ferimentos e na sequência deles por causa, nomeadamente, de tratamentos a dor física”.

Percebe-se que o direito brasileiro admite a indenização por prejuízo material e a reparação moral, "primeira na reintegração pecuniária ou ressarcimento *strictu sensu*, ao passo que a segunda é sanção civil direta ao ofensor ou reparação da ofensa” (DINIZ, 2007).

No que tange à apreciação do dano moral, o doutrinador Caio Mário Da Silva Pereira explicita que deve o juiz levar em consideração dois princípios: a punição do infrator e a compensação pelos danos suportados. Assim, o que há de preponderar é que a punição ao infrator não deve ser meramente simbólica, uma vez que deve servir de ensinamentos para que o ato não se repita, bem como que, à vítima, deve ser dada compensação pelo dano suportado (PEREIRA, 2016).

Assim, a doutrina e a jurisprudência vêm admitindo o arbitramento do quantitativo indenizatório tomando por base não somente o constrangimento a que o lesante deu causa, mas também na punição para o infrator, como forma de desestimulá-lo a práticas futuras de mesma natureza.

Havendo, pois, danos comprovados, decorrentes de impedimento ao acesso a assistência médica digna, devem os autores serem responsabilizados de acordo com seu grau de culpabilidade na conduta, com vistas coibir atos negativamente exemplares e que diminuem a expectativa de bem-estar da sociedade (SERRA, 2018).

Considerados como direitos fundamentais de segunda geração, os direitos sociais “são aqueles que reclamam do Estado um papel prestacional, de minoração das igualdades sociais” (ARAÚJO; NUNES JÚNIOR., 2006, p. 218).

Eles estão previstos no artigo 6º, da Constituição Federal:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (**grifo nosso**).

O dano moral que afeta esses direitos pode ser classificado como “dano moral social” e representa um importante dimensionamento à teoria da responsabilidade civil.

Se o Estado tem o papel de garantir as conquistas dos direitos sociais constitucionais, quando há uma prestação ineficiente nesses serviços, nada mais justo do que ocorrer a penalização do ato para que se promova a justiça social e a consequente garantia desses direitos.

Ocorre que a apreciação do dano moral nos casos que envolvam violência obstétrica é fator de difícil mensuração e fixação, em razão de sua gravidade e das consequências irremediavelmente danosas.

Tratar da mensuração de um dano sofrido pela parturiente e/ou pelo neonato em momento anterior, durante e posterior ao parto é tarefa árdua e quase impossível, visto que, diante da natureza das consequências que a violência gera, tais como sequelas cerebrais ao neonato, falecimento, abalos psíquicos à parturiente, constrangimentos verbais, ofensas à integridade ao corpo da mulher, o recebimento de valor em pecúnia, seja ele qual for, jamais será capaz de recompor todo o prejuízo sofrido.

Assim, nota-se dos acórdãos analisados que, no caso que trouxe a consequência mais gravosa, qual seja, a morte do neonato, a condenação fixada em danos morais no REsp 1.595.761 fora de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais), em razão de parto cesáreo tardio.

Mas, como mensurar o valor de uma vida humana ou da perda da capacidade de se ter uma vida digna? Não existem parâmetros capazes de se quantificar a medida exata da dor, dos reflexos físicos, econômicos, psicológicos e sociais impostos às vítimas deste tipo de evento ilícito e extremamente danoso que altera de forma negativa a existência de um ser humano até o fim de sua vida.

Para Kant (2003), a dignidade é o valor de que se reveste tudo aquilo que não tem preço, ou seja, não é passível de ser substituído por um equivalente. Dessa forma, a dignidade é uma qualidade inerente aos seres humanos, enquanto entes morais, na medida em que exercem, de forma autônoma, a sua razão prática, os seres humanos constroem distintas personalidades humanas, cada uma delas absolutamente individual e insubstituível.

A dignidade humana vai além de um valor moral inserido no direito de liberdade-autonomia, trata-se de um direito-dever jurídico constitucional fundamentado pelo Estado democrático, possibilitando a realização da solidariedade como um dever do Estado e coletividade (MESSETTI, DALLARI; 2018).

Consequentemente, a dignidade é totalmente inseparável da autonomia para o exercício da razão prática e é, por esse motivo, que apenas os seres humanos revestem-se de dignidade (KANT, 2003).

O caráter punitivo da fixação de danos morais desempenha importante função na quantificação dos valores do dano a ser reparado. Porém, não deixa de ser triste quantificar em dinheiro valores que absolutamente não são por ele traduzíveis (NETTO, 2008).

Mensurar o valor da vida é uma tarefa árdua e inalcançável. Jamais, qualquer Ministro, conseguirá, em um voto de um acórdão, recompensar os danos sofridos por uma mãe em razão da perda de um filho durante o parto, pelas sequelas permanentes a que acometeu seu filho, pela violência verbal, física ou até mesmo sexual por ela sofrida, decorrente das práticas de violência obstétrica,

Porém, o caráter educativo dos danos morais não pode ser esquecido, ainda que a recomposição do dano moral não seja satisfatória, em razão de seu objetivo de penalizar o agente, seja ele o hospital ou os profissionais de saúde, como meio de buscar-se evitar a reincidência.

O ato de fixação de danos morais deve levar em conta a intensidade do sofrimento experimentado pela vítima, guardando relação direta com o direito da personalidade violado. Assim, a intensidade da dor de uma mãe que perde o filho no parto é evidentemente maior do que a de uma pessoa que tem o seu nome inscrito indevidamente em cadastros de inadimplente (FAVARETTO, 2019).

A conclusão a que se chega sobre esse ponto é a de que as indenizações fixadas pelo STJ não são capazes de recompor toda a dor sofrida pela parturiente/mãe e/ou pelo

seu filho, visto que a exposição às situações ensejadoras de violência obstétrica apresentam consequências indescritivelmente penosas e que quantia pecuniária alguma é capaz de reparar o abalo psíquico vivenciado, que, muitas vezes, perdura por toda a vida.

Ainda que não seja capaz de reparar os danos morais vividos, a condenação é meio indispensável, vez que não pode uma conduta dessa natureza não sofrer qualquer penalização.

O debate acerca da violência obstétrica se torna importante pela falta de lei vigente que discipline, de forma específica, o tema a despeito dos inúmeros relatos e movimentos sociais que reivindicam mudanças de paradigma (FAUSTINO; GOIS; 2016).

Destaca-se que o sistema jurídico brasileiro não possui legislação específica sobre a temática “violência obstétrica”. Nota-se que a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06), que visa o combate à violência contra a mulher, limita-se a prática da violência no âmbito doméstico e familiar, distinguindo-se dos outros países da América Latina já que suas legislações específicas, que tratam sobre a temática da violência contra a mulher, englobam as diversas modalidades de violência cometida, em razão de sua condição de gênero.

Na busca a uma maior proteção à integridade física e moral da mulher, o deputado Jean Wyllys – PSOL/RJ, elaborou o Projeto de Lei n. 7.633/2014, dispondo sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dando outras providências, entre elas a condenação civil e criminal dos profissionais de saúde que pratiquem atos de violência obstétrica, notificando-se, ainda, os Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos, conforme expresso no art. 17, §§ 1º e 2º do respectivo projeto.

Ocorre que o referido Projeto de Lei, levado à aprovação por mais de 4 anos, ainda não fora analisado, sendo sua situação atual: “aguardando parecer do Relator na Comissão de Educação (CE)”. Não há que se olvidar que, se o Projeto de Lei n. 7.633/2014 for convertido em Lei, haverá uma grande conquista à segurança e proteção das mulheres.

Nesse sentido, é possível afirmar que a ausência de políticas públicas e legislação específica que tratem sobre o tema pode ter uma correlação lógica com o fato da terminologia violência obstétrica ainda não ser utilizada pelo Superior Tribunal de Justiça, já que, da pesquisa realizada por meio de tal termo, não se encontrou nenhum acórdão.

Além disso, é de extrema importância que se discuta sobre a temática com os profissionais de saúde, para que eles tenham, além do conhecimento prático, o conhecimento teórico-científico a respeito dos procedimentos que podem ser considerados violência obstétrica.

Necessário que os direitos legais das mulheres sejam respeitados e, principalmente, que essas mulheres não saiam dos serviços de saúde com marcas irreparáveis que levarão por toda vida.

O sistema jurídico, por sua vez, vem sendo instrumento para busca dos direitos à saúde; porém, ao mesmo tempo que buscam-se soluções, ilustra-se uma realidade da necessidade de melhor se discutir a temática e a importância da efetivação de políticas públicas que viabilizem a re(o)orientação de práticas nos diversos serviços de saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que as demandas judiciais levadas ao Superior Tribunal de Justiça que tratam da violência obstétrica desrespeitam o direito social e integral à saúde preconizado pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), uma vez que os atos apresentados indicam situações por vezes evitáveis e que geram danos irreparáveis à vida e saúde da mulher e/ou ao neonato.

É possível afirmar que a ausência de políticas públicas e de uma legislação específica que tratem sobre o tema tenha uma correlação lógica com o fato da terminologia violência obstétrica ainda não ser utilizada pelo Superior Tribunal de Justiça, já que da pesquisa realizada por meio de tal termo não foi encontrado nenhum acórdão.

Conclui-se pela importância e necessidade de reparação dos danos materiais e morais sofridos pelas parturientes e/ou neonatos como meio de recompor os prejuízos patrimoniais sofridos bem como de buscar, ao menos, minimizar toda dor e sofrimento

gerados à mãe e/ou ao seu filho. A fixação de indenização por danos morais é essencial em razão de seu caráter educativo vez que serve de meio a evitar a reincidência; porém, mensurar o valor da vida é uma tarefa árdua e inalcançável, visto que a exposição às situações ensejadoras de violência obstétrica apresentam consequências indescritivelmente penosas e que quantia pecuniária alguma seria capaz de reparar o abalo psíquico vivenciado, que, muitas vezes perdura, por toda a vida.

8. PERSPECTIVAS FUTURAS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Destaca-se que muito da necessidade de as mulheres recorrerem ao Poder Judiciário como forma de reparar os danos por ela sofridos ou até mesmo pelos seus filhos, no procedimento de pré parto, parto e pós parto, dá-se em razão da ausência de leis específicas que tratem sobre o tema, bem como de políticas públicas que visem a proteção integral de seus direitos e a consequente redução de casos de violência obstétrica.

Diante da pesquisa realizada, observou-se a não utilização do termo violência obstétrica pelo Superior Tribunal de Justiça, o que aponta um desconhecimento do Poder Judiciário de forma mais minuciosa e aprofundada sobre o assunto.

Pode-se relacionar tal desconhecimento em razão da ausência de legislação que trate exclusivamente o tema, de modo a penalizar, civil e criminalmente, os profissionais de saúde e/ou entidades públicas ou privadas que prestem serviço de saúde, quando do cometimento de violência obstétrica.

Assim, a conversão do Projeto de Lei n. 7.633/2014 em Lei poderá ser um meio de segurança e proteção à saúde da mulher e, consequentemente ao neonato, vez que, além de trazer de forma clara e precisa as consequências decorrentes da prática de violência obstétrica, pode ser vista como uma forma de disseminação e entendimento sobre a conceituação de violência obstétrica e suas formas de realização.

É de extrema importância que se discuta sobre a temática com os profissionais de saúde, para que eles tenham, além do conhecimento prático, o conhecimento teórico-científico a respeito dos procedimentos que podem ser considerados como violência obstétrica.

Além disso, é imprescindível o debate sobre a conceituação de violência obstétrica com as mulheres, para que se sintam mais seguras e saibam identificar a ocorrência de tal forma de violência, bem como tenham conhecimento dos direitos constitucionalmente garantidos a elas, principalmente no que concerne a autonomia da vontade.

Nesse sentido, um debate interdisciplinar entre as ciências da saúde e as ciências jurídicas é capaz de promover um conhecimento mais amplo e detalhado sobre o tema, na busca de uma redução dos casos, que são muito frequentes.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 2010.

ALVARENGA, Lúcia Barros Freitas de. **Discriminación y violencia contra la mujer.** Uma cuestión de género. Porto Alegre: Núria Fabris Ed., 2011.

AMORIM, Melania Maria Ramos de; KATZ, Leila. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, v. 36, n. 1, p. 47-54, 2008.

ANS. Agência Nacional de Saúde. **Resolução Normativa nº 368.** 2015.

BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 1611-1620, 2003.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação.** Versão provisória para debate público. Mimeografado, p. 3, 2010.

BEECH BL, WILLINGTON S. Listen WLith Mother. [cited 2015 Sep 01] Available from:[http:// www.aims.org.uk/Journal/Vol19No2/ editorial.htm](http://www.aims.org.uk/Journal/Vol19No2/editorial.htm) 1960.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica.** Edições Loyola, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha.** 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução no 36, de 3 de junho de 2008.** Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: ANVISA, 2008.

_____. **Projeto de Lei nº 7.633 de 29 de maio de 2014.** Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.

_____. **Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de

Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

_____. **Código Civil**. Vade Mecum Compacto. São Paulo: Saraiva, 2015.

BRASIL. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Violência obstétrica: você sabe o que é?**. Escola da Defensoria Pública do Estado: São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm>. Acesso em: 27 out. 2018.

_____. **Lei 11.108, de 7 de Abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 13 out. 2018.

_____. **Lei 11.634, de 27 de setembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em: 15 out. 2018.

BESSA, Lucineide Frota; FERREIRA, Sílvia Lúcia. Mulheres e parteiras: contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural. In: **Mulheres e parteiras: contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural**. 1999. CARVALHO, Márcia Haydée Porto. **A defesa da honra eo direito à informação**. Letras contemporâneas, 2002.

CARVALHO, Laëtítia Cristina. **Os efeitos da manobra de kristeller no segundo período de trabalho de parto**. Tese de Doutorado. 2014.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Organização dos Estados Americanos. **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.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM no 2.144/2016**. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Brasília, 17 de março de 2016.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 6, p. 147-177, 1996.

COUTO FILHO, Antonio Ferreira; SOUZA, Alex Pereira. **Instituições de direito médico**: responsabilidade civil à luz do Código Civil de 2002, iatrogenia, teoria da perda de uma chance, filtragem constitucional, legislação. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

CIELLO, Cariny et al. Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor"**. 2012.

CUNHA, Eliane. Violência no parto em Minas Gerais: denúncia à Comissão dos Direitos Humanos da Assembleia Legislativa. **Belo Horizonte**, 2012.

CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução nº 10, de 03 de novembro de 1998. **Dispõe sobre a elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica e fixa as diretrizes para a cobertura assistencial**.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Saúde suplementar**: coleção para entender a gestão do SUS. 1. ed. Brasília, 2011, v. 12.

DE LUCENA, Kerle Dayana Tavares et al. Analysis of the cycle of domestic violence against women. **Journal of Human Growth and Development**, v. 26, n. 2, p. 139-146, 2016.

DEL PRIORE, M. Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2647-2655, 2006.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1521-1534, 2008.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. O que é Bioética. São Paulo: Brasiliense, 2012.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; AYRES, J. R. C. M. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. **São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo**, v. 255, 2001.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna eo paradoxo perinatal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**: responsabilidade civil. 21a ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

- DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de saúde publica**, v. 30, p. S140-S153, 2014.
- DINIZ, Simone Grilo et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-382, 2015.
- DINIZ, Simone Carmen Grilo. Campanha pela abolição da episiotomia de rotina. 2003. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>>. Acesso em: 10 nov. 2018.
- DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.
- D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, 2002.
- FANEITE, Josmery; FEO, Alejandra; TORO MERLO, Judith. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, v. 72, n. 1, p. 4-12, 2012.
- FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 150-173, 1991.
- FAUSTINO, Hélia Ribeiro; GOIS, Rorderlei Nagib. Violência obstétrica. **Simpósio de TCC e Seminário de IC**. 2016.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. **O nascimento do hospital**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.
- FOUCAULT, Michel; RAMALHETE, Raquel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1977.
- FOUCAULT, M. O. Sujeito e o Poder In: RABINOW, P.; DREYFUS, H.,
- FOUCAULT, M. **Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e a hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- GARCIA, Begonã et al. **Dossier STOP Kristeller: riesgos para la madre y el bebé**. 2013.
- GOER, Henci. Cruelty in maternity wards: fifty years later. **The Journal of perinatal education**, v. 19, n. 3, p. 33-42, 2010.

KANT, Immanuel; LAMEGO, José. **A metafísica dos costumes**. Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de Educação e Bolsas, 2003.

KONDO, Cristiane Yukiko et al. **Episiotomia “é só um cortezinho”**: violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 1 ed. São Paulo: Parto do Princípio; Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014.

KRONBAUER, José Fernando Dresch; MENEGHEL, Stela Nazareth. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 695-701, 2005.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Nascer no Brasil**: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

LEPARGNEUR, Hubert. **Força e fraqueza dos princípios da bioética**. Bioética – v.4, nº2, Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1996.

LOCH, Jussara de Azambuja. Princípios da Bioética. In: KIPPER, Délio José. **Uma Introdução à Bioética**. Temas de Pediatria Nestlé, n.73, 2002.

MAIA, Mônica Bara. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 19-49. ISBN 978-85-7541-328-9.

MESSETTI, Paulo André Stein; DE ABREU DALLARI, Dalmo. Human dignity in the light of the Constitution, human rights and bioethics. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, p. 283-289, 2018.

MITJAVILA, Myriam. Medicalização, risco e controle social. **Tempo social**, v. 27, n. 1, p. 117-137, 2015.

MORAES, Nereu Cesar de. Erro médico: aspectos jurídicos. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 11, n. 2, p. 55-59, 1996.

MORO, Eduardo Toshiyuki. Jejum pré-operatório. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 5, n. 1, p. 27-29, 2003.

NETTO, Felipe Peixoto Braga. **Quanto vale uma vida?** 2008.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho; SEVERI, Fabiana Cristina. Violência obstétrica e acesso das Mulheres à Justiça: Análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da Região Sudeste. **PANOPTICA (em reformulação)**, v. 11, n. 2, p. 430-470, 2016.

OLIVEIRA, Anna Paula Garcia; CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon. Violência doméstica na perspectiva de gênero e políticas públicas. **Journal of Human Growth and Development**, v. 17, n. 1, p. 39-51, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). Comissão Nacional da UNESCO –**Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Portugal, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015.

_____. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014.

_____. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

_____. Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: 1996.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico**. 1997. 129 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PASCHE, Dário Frederico; DE ALBUQUERQUE VILELA, Maria Esther; MARTINS, Cátia Paranhos. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

PARIENTE, Claudia. El parto es nuestro. **Erradicar la maniobra de Kristeller** - Una cuestión de gravedad para madres y bebés. 2013.

PERASSO, Valéria. Epidemia de cesáreas: por que tantas mulheres no mundo optam pela cirurgia. 2015.

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

PEREIRA, Paula Moura Francesconi de Lemos. **Relação médico-paciente: o respeito à autonomia do paciente e a responsabilidade civil do médico pelo dever de informar**. 2010. 269 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pós-Graduação em Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

PREVIATTI, Jaqueline Fátima; VENTURA DE SOUZA, Kleyde. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, 2007.

PROGIANTI, Jane Márcia. **Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partear (Rio de Janeiro 1934/1951)**. 2001. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem Anna Nery.

RATTNER, Daphne. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, p. 19-33, 1996.

- REHUNA. Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento. **Carta de Campinas**. Mimeo. 1993.
- RODRIGUES, Diego Pereira et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2015.
- ROVINSKI, Sonia Liane Reichert. **Dano psíquico em mulheres vítimas de violência**. Lumen Juris, 2004.
- SALEME, Edson R. AMORIN, José R. N. (Coord.). **Direito constitucional: coleção sucesso, concursos públicos e OAB**. Barueri: Manole, 2011.
- SEIBERT, Sabrina Lins et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Rev. enferm. UERJ**, v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005.
- SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Violência Obstétrica em (des)Foco: Uma Avaliação da Atuação Do Judiciário Sob A Ótica Do TJMA, STF E STJ**. Dissertação (Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça) – Universidade Federal do Maranhão. 2018.
- SILVA, Artenira da Silva e; ALVES, José Márcio Maia. **A tipificação da “lesão à saúde psicológica”**: revisitando o artigo 129, do Código Penal à luz da Lei Maria da Penha. XXV Encontro Nacional do Conpedi, Brasília, 2016, p. 77-96.
- SILVA, Artenira da silva e. SERRA, Maiane Cibele de Mesquita Serra. **Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ**. Rio de Janeiro: Quaestio Iuris, 2017, v. 10, n. 04, p. 2430-2457.
- SOUZA, Edna Muniz de; MICHALISZYN, Paulo Roberto; CUNHA, Maria de Fátima O. Por detrás da violência: um olhar sobre a cidade, violência nas ações de saúde. In: **Por detrás da violência: um olhar sobre a cidade, violência nas ações de saúde**. 1992.
- SOUZA, Jordana. M. PIRES, Danielle S. Relatório da pesquisa coletiva de jurisprudência “Judicialização da Saúde Suplementar”. In: PIRES, Danielle S. 2017.
- SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 797-807, 2007.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade. Porto Alegre. V. 20 N. 2. **Jul. Dez**, p. 9-255, 1995.
- TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 41, n. 5, p. 274-277, 2014.

VENTURI JUNIOR, Gustavo; GODINHO, Tatau. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado uma década de mudanças na opinião pública**. 2013.

VENTURI Gustavo; GODINHO Tatau. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo, 2010.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

ZOLA, Irving Kenneth. **Socio-medical inquiries: Recollections, reflections, and reconsiderations**. 1983.

ZORZAM, Bianca Alves de Oliveira. **Informação e escolhas no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar**. 2013. 224 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

WANSSA, Demasi; DO CARMO, Maria. Autonomia versus beneficência. **Revista Bioética**, v. 19, n. 1, 2011.

WEI, Chang; GUALDA, Dulce Maria Rosa; PIRES DE OLIVEIRA SANTOS

JUNIOR, Hudson. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2011.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e sociedade**, v. 17, p. 138-151, 2008.

ANEXO 1

FICHA DE COLETA DE DADOS - ACÓRDÃOS STJ

ANÁLISE DOS ACÓRDÃOS PROFERIDOS NOS RECURSOS ESPECIAIS

Dados Iniciais

REsp nº:	Data Julgamento:	Relator:
Objeto:	Natureza do bem requerido:	Espécie de prestação do serviço médico-hospitalar:
Violência/Dano Iatrogênico:		
Juízo a quo:	Fundamentos e síntese da decisão:	
Recorrente:	Recorridos:	Razões recursais:

VOTO

Fundamentos do Voto da Relatora:	
Score do Julgamento:	

JULGAMENTO

Posição da 2ª Turma do STJ (Turma julgadora)	
----------------------------------------------	--

ANEXO 2

Manuscrito submetido à revista “Em Pauta”

Sra Italla Maria Pinheiro Bezerra,

Agradecemos a submissão do trabalho "VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ANÁLISE À LUZ DAS DECISÕES DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA" para a revista Revista Em Pauta.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:
<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/author/submission/40655>
Login: itallabezerra

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Patricia Trajano
Revista Em Pauta

Revista Em Pauta
<http://www.e-publicacoes.uerj.br/>

Em Pauta
n. 42, v. 16 – 2º Semestre de 2018

ISSN 2238-374X (Versão Online)



FAMÍLIA E POLÍTICAS SOCIAIS

ANEXO 3

CURRÍCULO LATTES

Autora: Bárbara Amaranto De Souza Ribeiro



Bárbara Amaranto de Souza Ribeiro

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2949811502313307>
Última atualização do currículo em 06/04/2019

Advogada, inscrita na OAB/MG sob o nº 154.710, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2014). Especialista em Direito Tributário pelo Instituto Brasileiro de Estudos Tributários (IBET). Extensão em noções de contabilidade no Direito Tributário pelo Centro de Direito Internacional (CEDIN EDUCACIONAL). Mestranda em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Orientadora de monografias do curso de especialização em Direito Tributário da PUC MINAS VIRTUAL. Vice-presidente da Associação Brasileira de Direito Tributário Jovem (ABRADT Jovem). Membro do Conselho Estadual de Assuntos Tributários da Federação das Associações Comerciais e Empresariais de Minas Gerais (FEDERAMINAS). Autora de artigos jurídicos publicados em Revistas Especializadas em Direito Tributário. Advogada sócia no escritório Amaranto Crepaldi Viegas Advocacia e Consultoria. Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direito Tributário. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Bárbara Amaranto de Souza Ribeiro 
Nome em citações bibliográficas SOUZA, B. A.

Endereço

Endereço Profissional Amaranto Crepaldi Vegas - Advocacia e Consultoria.
Rua Bernardo Guimarães, nº 245, 5º andar
Funcionários
30140080 - Belo Horizonte, MG - Brasil
Telefone: (031) 31975190

Formação acadêmica/titulação

2017	Mestrado em andamento em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local (Conceito CAPES 3). Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Brasil. Título: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ANÁLISE À LUZ DAS DECISÕES DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, Orientador:  Italla Maria Bezerra Pinheiro. Coorientador: Luiz Carlos de Abreu.
2015 - 2016	Especialização em Especialização em Direito Tributário. IBET Instituto Brasileiro de Estudos Tributários, IBET, Brasil. Título: O CONCEITO DE INSUMO PARA FINS DA TOMADA DE CRÉDITOS DE PIS E COFINS: análise da não-cumulatividade do PIS e da COFINS à luz da doutrina e da jurisprudência.
2009 - 2014	Graduação em Direito. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, PUC Minas, Brasil. Título: O CONCEITO DE INSUMO PARA FINS DA TOMADA DE CRÉDITOS DE PIS E COFINS: análise da não-cumulatividade do PIS e da COFINS à luz da doutrina e da jurisprudência. Orientador: Sérgio Adolfo Eliazar de Carvalho.

Orientadora: Profª Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra



Italla Maria Pinheiro Bezerra

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1397465981683916>
Última atualização do currículo em 28/02/2019

Pesquisadora com ênfase em Enfermagem, Saúde Coletiva, Promoção da Saúde e Tecnologia em Saúde. Pós-doutorado pela Universidade de São Paulo EACH-USP; Doutorado em Ciências (área de concentração: saúde Coletiva) pela Faculdade de Medicina do ABC (2015) e Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (2011). Professora pesquisadora permanente do programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre. Coordenadora do Curso de Enfermagem e Docente da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, ES (EMESCAM). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Italla Maria Pinheiro Bezerra
Nome em citações bibliográficas	BEZERRA, I. M. P.; BEZERRA, ITALLA MARIA PINHEIRO; PINHEIRO BEZERRA, ITALLA MARIA; MARIA PINHEIRO BEZERRA, ITALLA; BZERRA, I.M.P.; Pinheiro, Italla Maria Bezerra; BEZERRA, ÍTALLA MARIA PINHEIRO; BEZERRA, ITALLA MARIA; BEZERRA, IM; BEZERRA, ITALLA M.; BEZERRA, ITALIA MARIA PINHEIRO

Endereço

Endereço Profissional	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Coordenação de Curso de Enfermagem. Avenida Nossa Senhora da Penha, 2190 Santa Luíza 29045402 - Vitória, ES - Brasil Telefone: (27) 33343573
------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Formação acadêmica/titulação

2012 - 2015	Doutorado em Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina do ABC, FMABC, Brasil. Título: Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na estratégia saúde da família: análise à luz das categorias epistemológicas de Paulo Freire, Ano de obtenção: 2015. Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu. Coorientador: Profa. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado.
2009 - 2011	Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde. Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Brasil. Título: Estratégias ou táticas alternativas: procurando novos caminhos para promoção da saúde entre modelos assistenciais e processos de trabalho, Ano de Obtenção: 2011. Orientador: Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto. Coorientador: Prof. Dr. Cesar Cavalcanti da Silva. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Tomada de decisões; PROMOÇÃO DA SAÚDE; Prática profissional; Atenção básica.
2004 - 2008	Grande área: Ciências da Saúde Graduação em enfermagem. Universidade Regional do Cariri, URCA, Brasil. Título: COMUNICAÇÃO NO PROCESSO EDUCATIVO DESENVOLVIDA PELO ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Orientador: Prof. Dr. Maria de Fátima Antero Sousa Machado. Bolsista do(a): Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico, FUNCAP, Brasil.

Pós-doutorado