



Universidade de Brasília – UnB/ *Campus* Ceilândia

Graduação em Saúde Coletiva

Trabalho de Conclusão de Curso

Desirée Marques Pereira

**VIOLAÇÃO AO DIREITO À SAÚDE DAS MULHERES NO PARTO:  
UMA ANÁLISE DO PERFIL DOS PROCESSOS JUDICIAIS EM  
OBSTETRÍCIA DO TJDFE SOB A ÓTICA DA VIOLÊNCIA  
OBSTÉTRICA**

CEILÂNDIA-DF

2015

DESIRÉE MARQUES PEREIRA

**VIOLAÇÃO AO DIREITO À SAÚDE DAS MULHERES NO PARTO: UMA ANÁLISE  
DO PERFIL DOS PROCESSOS JUDICIAIS EM OBSTETRÍCIA DO TJDF SOB A  
ÓTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Saúde Coletiva, do *Campus*  
Ceilândia, da Universidade de Brasília, como requisito para a  
obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Badim Marques

CEILÂNDIA- DF

2015

DESIRÉE MARQUES PEREIRA

**VIOLAÇÃO AO DIREITO À SAÚDE DAS MULHERES NO PARTO: UMA ANÁLISE  
DO PERFIL DOS PROCESSOS JUDICIAIS EM OBSTETRÍCIA DO TJDFE SOB A  
ÓTICA DA VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva e aprovado em sua forma final pelo Curso de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília, *Campus* de Ceilândia.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_,  
Local                      dia                      mês                      ano

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Silvia Badim Marques  
Universidade de Brasília- UnB

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria Inez Montagner  
Universidade de Brasília-UnB

---

Mestra Kelly Arruda  
Universidade de Brasília-UnB

## **AGRADECIMENTOS**

A gratidão é um dos sentimentos mais belos e verdadeiros dos seres. Sendo assim, sou eternamente grata a tudo e a todos que me auxiliaram a concretizar este trabalho. Gratidão a Deus e todas as forças do universo, por estar sempre presente em minha vida e por me guiar com saúde, proteção e sabedoria em todos os momentos.

À minha família tenho imensa gratidão, por toda compreensão, apoio, compaixão, paciência, carinho, amor e zelo que sentem por mim, principalmente aos meus pais que não medem esforços para que eu alcance os meus objetivos e sonhos. Portanto, gratidão eterna à minha mãe, por ser essa criatura extraordinária de imensa sabedoria e bondade, ao meu pai por todos os ensinamentos dados, ao meu irmão pelo companheirismo e apoio e a minha vó pelo carinho e zelo.

Gratidão também à minha madrinha Cristina, sempre presente e zelosa, ao meu namorado Thiago pelo carinho, companheirismo e apoio, aos meus Professores - seres magníficos que me iluminaram com as suas sabedorias e apoio - em especial minha orientadora Professora Silvia por reconhecer e lutar pelo meu potencial, minha querida Professora Inez por todo o apoio, carinho e atenção e ao Professor Iturri por acreditar e reconhecer o meu potencial.

Meus sinceros agradecimentos as minhas amigas da UnB, Dayane, Giovana, Sarah, Tatyere e Tamara, por todo apoio, risadas, carinho e vivências únicas, ao meu amigo Matheus por me auxiliar e acreditar no meu sucesso, a Universidade de Brasília como um todo, por me desconstruir e me reconstruir em um ser cheio de novas visões, ambições e desejos e a todos àqueles que deram a sua contribuição para que esse trabalho se concretizasse, seja por meio de um gesto, uma palavra amiga, um abraço apertado. Por fim, aos meus animais de estimação Keiko, Felícia, Alex, Kim, Snoppy e Samanta, por todo o companheirismo, amor incondicional e carinho.

## RESUMO

A violência obstétrica, termo que vem ganhando importância teórica e prática, tem sido tema de diversos debates para garantia do direito à saúde das mulheres no parto e puerpério. No Brasil, o modelo de atenção tecnocrático, intervencionista e que desconsidera as evidências científicas e os aspectos subjetivos concernentes à experiência do parto e nascimento, é verificado tanto no âmbito da atenção privada como também na rede pública, sendo considerado potencial violador do direito à saúde das mulheres. Dessa forma, para fins desse estudo, a violência obstétrica pode ser caracterizada como todo ato praticado contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis. Diante do quadro perturbador que se estabelece no modelo de atenção ao parto e nascimento do Brasil, este trabalho busca analisar o perfil das decisões judiciais em segunda instância do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios-TJDFT relacionados a partos entre os anos de 2000 e 2014, verificando como elas se relacionam com as questões relativas à saúde da mulher e a violência obstétrica. O estudo foi feito por meio da análise de conteúdo de acórdãos do TJDFT relacionados a danos ocorridos durante o parto, que se encontram disponíveis mediante a ferramenta de busca interna no site do respectivo tribunal. Portanto, este foi um estudo com abordagem quanti-qualitativa analítica. Dentre os 80 processos analisados, apenas quatro foram resultados de ações penais e os demais 74 foram cíveis; em 33,75% o dano ocorreu devido à negligência médica e 30% por erro médico; do total de decisões favoráveis 71% foram relacionadas aos danos no bebê, enquanto que do total de decisões desfavoráveis 52,63% foram proferidas para mulheres e em 72% dos casos analisados o tempo entre o dano ocorrido e a decisão do tribunal foi igual ou superior ao período de cinco anos. Portanto, a população precisa estar bem informada, sobre as evidências científicas, os seus direitos e deveres, bem como sobre a violência obstétrica. Nessa direção, também deve estar o Poder Judiciário, que desde a sua primeira instância aos Tribunais devem estar sensibilizados sobre a questão da violência de gênero e da violência obstétrica, pois de acordo com esse estudo os casos aparecem, porém de forma velada.

**Palavras-chaves:** parto; violência obstétrica; poder judiciário

## ABSTRACT

Obstetric violence, a term that has gained theoretical and practical importance has been the subject of many debates to guarantee the right to health of women in childbirth and postpartum. In Brazil the technocratic, interventionist attention model which disregards the scientific evidences and the subjective aspects concerning labour and birth is verified either in the private care and in the public network scope. For this study the obstetric violence was characterized as every act practiced against a woman in the performance of her sexual and reproductive health, it can be committed by health professionals, public servants, public and private institutions' administrative technician professionals, as well as civilians. Before the disturbing picture which is set on Brazil's labour and birth attention model, this present work aims at analyzing the Distrito Federal and Territories' Court of Justice's - TJDF-T second instance judicial decisions' profile related to labours between the years of 2000 and 2014, verifying how they relate to issues relating a woman's health and the obstetric violence. This study was done by analyzing the TJDF-T rulings' content related to the damages that have occurred during labour, which are available by means of the internal search engine in the respective court's website. Therefore, this was a study with a quali-quantitative analytical approach. Among the 80 processes, only four were the result of penal lawsuits and the other civil; on 33,75% the damaged occurred due to medical negligence and 30% by medical malpractice; of a total of favorable decisions, 71% were related to damages in the baby, whereas that, of a total of unfavorable decisions, 52, 63% were handed down to women and in 72% of the analyzed cases the time and the damaged that occurred and the court decision was equal or superior to the five years period. Therefore, the population needs to be well informed on scientific evidence, their rights and duties, as well as obstetric violence. In this sense, it should also be the judiciary, which since its first instance to the Courts should be sensitized on the issue of gender-based violence and obstetric violence , since according to this study the cases appear , but in a roundabout way.

**Keywords:** labour; obstetric violence; judiciary power

## LISTA DE GRÁFICOS

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Gráfico 1.</b> Acórdãos em relação aos danos às mulheres.....            | 26 |
| <b>Gráfico 2.</b> Acórdãos em relação aos danos ao bebê.....                | 27 |
| <b>Gráfico 3.</b> Quantidade de acórdãos de acordo com o hospital.....      | 30 |
| <b>Gráfico 4.</b> Quantidade de anos entre o dano ocorrido e o acórdão..... | 31 |

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1-** Quantidade de acórdãos segundo a causa do dano.....28

**Tabela 2-** Quantidade de decisões favoráveis e desfavoráveis.....30

## SUMÁRIO

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO .....                           | 10 |
| OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS.....         | 14 |
| METODOLOGIA.....                           | 14 |
| MARCO TEÓRICO .....                        | 16 |
| RESULTADOS E DISCUSSÃO.....                | 24 |
| 1. Tipo do processo.....                   | 24 |
| 2. Dano.....                               | 25 |
| 3. Causa alegada do dano.....              | 28 |
| 4. Decisão.....                            | 30 |
| 5. Hospitais Públicos e Privados.....      | 30 |
| 6. Data do dano e da decisão judicial..... | 31 |
| 7. Trechos Importantes.....                | 32 |
| 7.1- Fórceps.....                          | 32 |
| 7.2- Episiotomia.....                      | 34 |
| 7.3- Manobra de Kristeller.....            | 36 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS.....                  | 38 |
| REFERÊNCIAS.....                           | 40 |

## INTRODUÇÃO

No Brasil, nascem aproximadamente três milhões de crianças ao ano e segundo dados de 2010 a maioria, 98%, em partos hospitalares. Porém, apesar da elevada cobertura de pré-natal (80,9% das gestantes tiveram mais de cinco consultas em 2008), ainda são elevadas as razões de mortalidade perinatal e da mortalidade materna (68,2/100 mil nascidos vivos), o que pode sugerir fragilidades no modelo de atenção ao parto e nascimento (LEAL *et al.*, 2014; CHAVES, 2014; VICTORA *et al.*, 2011 *apud* PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

O modelo de atenção obstétrica brasileiro ainda é reconhecido como extremamente intervencionista, tendo como exemplo dessa situação as mais elevadas taxas de cesarianas do mundo, o qual também submete mulheres de todos os grupos socioeconômicos, principalmente de risco habitual, a riscos de iatrogenias durante o parto e nascimento desnecessariamente (LEAL *et al.*, 2014).

No sentido de buscar mudanças no atual modelo de atenção obstétrica o Ministério da Saúde adotou uma série de medidas que visam resguardar o direito das mulheres à saúde e à dignidade na gestação e parto, por meio de políticas públicas de saúde como o Programa de Humanização do Parto e Nascimento em 2000, a Política de Humanização (2003), sendo mais recente a criação da rede de atenção, instituída pela Portaria nº 1.459 de 2011, Rede Cegonha (BRASIL, 2012)

O modelo de atenção tecnocrático, intervencionista e que desconsidera as evidências científicas e os aspectos subjetivos concernentes à experiência do parto e nascimento, é verificado tanto no âmbito da atenção privada como também na rede pública. (D' ORSI *et al.*, 2014)

Os reflexos desse modelo podem ser notados por meio da pesquisa Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços público, feita pela Fundação Perseu Abramo em 2010, a qual revelou que uma em cada quatro mulheres (25%) declarou já ter sofrido violência no parto, com destaque para exame de toque doloroso (10%); negativa para alívio da dor (10%); não explicação para procedimentos adotados (9%); gritos de profissionais ao ser atendida (9%); negativa de atendimento (8%); e xingamentos ou humilhações (7%). Uma em cada quatro mulheres (23%) ouviu de algum profissional frases como: “não chora que ano que vem você está aqui de novo”

(15%); “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe” (14%); “se gritar eu paro e não vou te atender” (6%); e “se ficar gritando vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo” (5%) (FPA e SESC, 2010 *apud* BRASIL, 2013).

As atitudes e situações reveladas pela pesquisa designam um tipo de violência de gênero contra a mulher, denominada violência obstétrica, a qual pode ser caracterizada como todo ato praticado contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Para fins desse trabalho, essa definição sobre a violência obstétrica, foi escolhida, bem como a apresentada pelo Projeto de Lei nº 7633 de 2014, o qual a considera como os atos que são praticados pelo (a) profissional da equipe de saúde, que ofendam mulheres gestantes em trabalho de parto, pós-parto/puerpério e inclusive em situação de abortamento, de forma verbal ou física (BRASIL, 2014).

No cenário da busca pela mudança de paradigmas do modelo de atenção, a sociedade civil teve importante papel. Em 1993, foi organizada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento- ReHuNa, a qual luta pela divulgação de cuidados perinatais e assistência baseados em evidências científicas que estão de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS (RATTNER, 2010).

Desde então surgiram outras organizações como a ONG Amigas do Parto, criada em 2001 com o objetivo de empoderar as mulheres, conscientizando-as sobre o direito ao próprio corpo, as eventuais violências que podem ser exercidas na hora do parto, e munindo-as de informações sobre parto humanizado e evidências científicas sobre cesarianas e sobre intervenções desnecessárias (RATTNER, 2009).

A Rede Parto do Princípio formada por mais de duzentas usuárias de planos de saúde de vários estados, que denunciou em 2006, para o Ministério Público de São Paulo o número abusivo de cesarianas realizadas na Saúde Suplementar. Outras organizações expressivas no movimento por mudanças são a ABENFO (Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras), por meio da mobilização e defesa dos enfermeiros obstetras; a Associação Nacional de Doulas

(ANDO), profissionais treinadas para oferecer suporte físico, psicológico e moral a mulher e sua família durante a gestação, parto e pós-parto, que lutam para serem reconhecidas e inseridas no modelo de atenção obstétrica e as demais ONG's como Bem Nascer de Belo Horizonte e Artemis de São Paulo, que atuam de forma significativa em seus Estados, por meio da criação de mecanismos de denúncia e influenciando em políticas públicas e legislações (RATTNER 2009; 2010).

A partir da denúncia feita em 2006 pela Rede Parto do Princípio e do aumento da exigência por mudanças no modelo de atenção obstétrica brasileiro, em 2010 o Ministério Público Federal propôs uma Ação Civil Pública contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS e após a marcha de mulheres na Avenida Paulista pela causa e os trâmites do processo, houve uma Audiência Pública em 2014, na qual ficou determinado que a Agência deveria apresentar propostas para a mudança do atual cenário de atenção obstétrica da rede suplementar, onde os nascimentos por cesarianas representam 84% do total de nascimentos (ARTEMIS, 2015).

Dessa forma, a ANS abriu uma consulta pública e publicou a Resolução nº 368 no dia 6 de Janeiro de 2015, a qual discorre sobre o direito de acesso à informação das mulheres dos planos de saúde aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, de acordo com a operadora, com o estabelecimento de saúde e por médico, bem como sobre o uso do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar (BRASIL, 2015).

É importante salientar, que as normativas dessa resolução não impedem a realização da cirurgia cesariana a pedido da mãe, porém para que está aconteça de forma eletiva, a gestante deverá assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual ela declarará que está ciente dos riscos associados à cirurgia. (ARTEMIS, 2015). Esse exemplo demonstra a força, a potência e a influência da sociedade civil organizada na construção e implementação de políticas públicas dentro do setor saúde, junto ao governo.

No Brasil, diferentemente da Argentina e Venezuela, a violência obstétrica ainda não foi caracterizada como violência por um instrumento legal, o que dificulta as denúncias e aplicação de punições a praticantes dessa violência. Dessa forma, em 2014 surgiu a iniciativa de caracterização da violência obstétrica como uma forma

de violência contra a mulher em um instrumento legal, a partir do Projeto de Lei nº 7633 do Deputado Federal Jean Wyllys (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

O referido projeto dispõe sobre a humanização da assistência ao neonato e à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, inclusive nas questões relacionadas ao abortamento espontâneo ou provocado e dá outras providências, como a responsabilização civil e criminal e aplicação de penalidades administrativas por meio de denúncia aos Conselhos Regionais de Medicina e Enfermagem para os profissionais que cometerem atos de violência obstétrica (BRASIL, 2014).

Segundo a ONG Parto do Princípio (2014), ainda não há formas próprias para identificar e notificar a violência obstétrica, o que contribui na maneira invisível que essa violência transpassa a sociedade. Os serviços que atuam no combate a violência contra a mulher ainda não estão preparados para receber denúncias oriundas desse tipo de violência e suas estruturas não favorecem o registro dessas informações. Entretanto, a ONG assim como a Defensoria Pública de São Paulo (2013), recomendam que as mulheres liguem para o Disque Violência contra a Mulher (para o número 180); Disque Saúde (para o número 136) e caso o atendimento tenha sido feito por meio de plano de saúde, a mulher pode denunciar no número da ANS.

Nos casos de denúncia é possível também denunciar para o Ministério Público Federal e o Estadual, sendo que nas situações que envolvam planos de saúde o PROCON também é uma opção. Recomenda-se nos casos que sejam necessários, o acionamento da Defensoria Pública, independente do atendimento ter sido feito de forma privada ou pública e caso seja preciso o prontuário, este deverá ser exigido do estabelecimento onde ocorreu a situação, pois os prontuários apesar de serem depositados nas instituições de saúde são dos pacientes, os quais possuem direito às cópias (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014).

Diante do quadro perturbador que se estabelece no modelo de atenção ao parto e nascimento do Brasil e de acordo com a Declaração da OMS (2014), que recomenda que para combater e evitar os abusos e desrespeito contra a mulher durante o parto é preciso ampliar pesquisas que buscam definir e medir o problema nos serviços públicos e privados de saúde, pois é preciso evidências sobre a efetividade e implementação de intervenções para possibilitar a orientação técnica

para governos e profissionais de saúde, bem como em razão dos movimentos que incentivam a mulher recorrer aos seus direitos e denunciar a violência obstétrica. Indaga-se como o poder judiciário vem julgando casos em que ocorrem violações de direitos durante o parto e se as decisões proferidas estão sendo inseridas no contexto do debate sobre a violência obstétrica, a qual tem se buscado definir e coibir no Brasil e mundo.

Nesse sentido, como importante instrumento para observar a fundamentação e consolidação de paradigmas jurídicos, tem-se o acórdão, o qual se constitui em uma decisão colegiada proferida por um tribunal, contendo o voto de pelo menos três desembargadores. A estrutura dos acórdãos pode variar segundo o tribunal. Porém, de acordo com o art. 458 do Código de Processo Civil (1973), todos devem conter a ementa (síntese do acórdão), relatório (narração e descrição dos fatos do processo), fundamentação (análise dos juízes sobre as questões de fato e de direito) e por parte final tem-se o dispositivo, que consiste no posicionamento do judiciário em relação à questão. (COACCI, 2013)

### **OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS**

Neste estudo o objetivo geral foi analisar o perfil das decisões judiciais em segunda instância do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios-TJDFT relacionados a partos entre os anos de 2000 e 2014, verificando como elas se relacionam com as questões relativas à saúde da mulher e a violência obstétrica.

Os objetivos específicos buscaram: observar o tipo dos processos (cível ou penal), quais eram os danos ocorridos, quais eram as causas alegadas dos danos ocorridos, assim como identificar as decisões favoráveis e desfavoráveis, os serviços de saúde envolvidos em público ou privado e a data da ocorrência dos danos em relação ao acórdão.

### **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo feito por meio da análise documental de acórdãos do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios- TJDFT relacionados a danos durante o parto, que se encontram disponíveis mediante a ferramenta de busca interna no site do respectivo tribunal. Portanto, este foi um estudo com abordagem quanti-qualitativa analítica.

Segundo CELLARD (2008) na análise documental ocorre uma ligação entre e a problemática levantada pelo pesquisador e as diversas observações extraídas da documentação analisada. Por meio dessa conexão, o pesquisador pode formular explicações, interpretações e reconstruções de determinados aspectos da sociedade.

As abordagens quanti- qualitativas são instrumentos para aproximar a realidade observada ao olhar da Saúde Pública. A abordagem quantitativa busca atuar em níveis de realidade, representando dados, tendências observáveis e indicadores, enquanto a qualitativa empenha-se em aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos, trabalhando a partir de valores, crenças, atitudes e opiniões. O estudo também será analítico, pois envolverá uma avaliação aprofundada das informações coletadas (MINAYO e SANCHES, 1993; FONTELLES *et al.*, 2009).

Segundo o Art. 163 do Código de Processo Civil, acórdãos são os julgamentos proferidos pelos tribunais. Portanto, a coleta de dados dessa pesquisa foi realizada no site do TJDF, utilizando a palavra chave “parto” e fazendo a delimitação do tempo, considerando os acórdãos entre os anos 2000 e 2014, pois havia o interesse em observar o tempo entre a data da ocorrência do dano e a decisão do Tribunal.

Por meio da palavra chave e da delimitação do tempo, o site do respectivo tribunal disponibiliza para consulta 261 acórdãos. Porém, para avaliar os acórdãos coesos com o tema da pesquisa foi preciso criar critérios de exclusão, os quais suprimiram desse estudo os acórdãos que eram relacionados à negativa por parte de planos de saúde, questões trabalhistas ligadas à maternidade, testes físicos para concursos públicos e demais ações que não eram correlatas com danos causados durante o parto. Dessa forma, a amostra deste estudo foi constituída por 80 acórdãos, os quais estavam disponíveis em sua totalidade e em língua portuguesa.

A realização da análise do perfil das ações judiciais se deu por meio da criação e preenchimento de uma planilha no programa Microsoft Excel, contendo as variáveis: Tipo de ação, que revela se a ação é do tipo cível ou penal; Dano, que observa qual foi o dano que motivou a procura pelo Poder Judiciário; Causa alegada do dano, que especifica por qual motivo o dano ocorreu; Público ou privado, que

possibilita quantificar o número de ações relativas ao serviço público e privado; Decisão, variável que observa se a decisão foi favorável ou desfavorável em relação àqueles que deram início a ação, sendo no caso a mulher ou o bebê (representado pelos pais); Número do acórdão, variável que permite a identificação e organização dos acórdãos e por fim Data, que consiste na data da ocorrência do dano e data de publicação de cada acórdão.

A partir da análise dos dados coletados, foi feita uma problematização em razão dos dados obtidos e das discussões sobre violência obstétrica. Nesse sentido, em determinados acórdãos foi possível captar discursos que traziam aspectos do debate sobre a violência obstétrica e que, portanto foram incorporados na discussão deste trabalho.

Esse estudo não teve financiamento, bem como não precisou passar por aprovação do comitê de ética, tendo em vista que os dados são de fontes secundárias e são de domínio público.

## **MARCO TEÓRICO**

No Brasil a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, dentro do capítulo da Seguridade Social, a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida por meio de políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e agravos, bem como o acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. A Constituição também trata da discussão de gênero, ao passo em que esclarece no seu artigo 5º, inciso I, que é estabelecido que mulheres e homens são iguais em direitos e obrigações (BRASIL, 1988).

Apesar de ser a maioria da população brasileira (50,77%) e da garantia de igualdade estar prevista na legislação, as mulheres enfrentam diversas situações de desigualdades. No Brasil, as mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), porém a vulnerabilidade feminina diante de certas doenças e causas de morte está mais concernente com a situação de discriminação e desigualdade na sociedade do que com fatores biológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a).

O termo sexo e gênero se diferem, pois um se refere a um conjunto de características genóticas e biológicas e o outro é pertinente a um sistema de

atributos sociais, como papéis, crenças, atitudes e relações entre mulheres e homens, determinados pelo contexto social, político e econômico. Portanto, é pertinente que as questões de gênero devem transpassar a formulação de políticas públicas, como um dos determinantes da saúde (MISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No debate sobre a desigualdade de gênero, cabe a questão dos direitos sexuais e reprodutivos, que estão contemplados dentro do rol dos direitos humanos considerados fundamentais, como o direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, dentre outros. Segundo o Ministério da Saúde (2010 p. 16), os direitos reprodutivos podem ser considerados como “o direito das pessoas decidirem de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; o acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos”. Portanto, a população deve ter o direito de exercer a sua sexualidade e reprodução de forma livre da discriminação e violência.

Os direitos sexuais, também definidos pelo Ministério da Saúde (2010 p.16), são aqueles que resultam do “direito de escolher o (a) parceiro (a) sexual; direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual; direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, o direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução”.

Dentre as principais formas de violação dos direitos humanos das mulheres, está a violência contra a mulher, que pode ser considerada como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico a mulher, tanto no âmbito público como no privado.” (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994, *apud* BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres de 2011 direciona as suas ações para 13 tipos de expressão da violência sendo elas, a violência doméstica, violência sexual, violência física, violência psicológica, violência patrimonial, violência moral, violência institucional, tráfico de mulheres, exploração sexual de mulheres, exploração sexual comercial de mulheres, adolescentes/ jovens, assédio sexual, assédio moral e cárcere privado. A violência institucional é tratada nesse documento como “aquela praticada, por ação e/ou omissão, nas instituições prestadoras de serviços públicos” (BRASIL, 2011).

A Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) que investigou a situação da violência contra a mulher, no seu relatório final em 2013 trabalhou com as expressões de violência da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, mas também trouxe à luz a violência ocorrida no parto. Com base em denúncias do Dossiê “Parirás com Dor” da ONG Parto do Princípio e da pesquisa da Fundação Perseu Abramo, a CPMI apresentou a violência no parto/ violência obstétrica como uma realidade grave no Brasil e que, no entanto essa realidade parece ser ignorada pelos serviços e profissionais de saúde (BRASIL, 2013).

De acordo com o Dossiê “Parirás com dor” de 2012 os atos considerados como violência obstétrica podem ser classificados de acordo com o seu o seu caráter, podendo ser físico que consiste em ações que interferiam, causem dor ou dano físico sem recomendação baseada em evidência científica, como privação de alimentos, tricotomia (procedimento de raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, entre outros. O caráter psicológico é aquele em que ações verbais ou comportamentais causem na mulher sentimentos de abandono, inferioridade, vulnerabilidade emedo, como ameaças, mentiras, piadas e humilhações, bem como grosserias (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

As ações impostas à mulher que violem o pudor ou intimidade são consideradas de caráter sexual como a episiotomia, assédio, lavagem intestinal, imposição da posição supina para dar a luz e cesariana sem consentimento informado. Já as ações ou formas de organização que impeçam, retardem ou dificultem o acesso das mulheres aos seus direitos, são entendidas como violências de caráter institucional, por exemplo, nos casos em que há o impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem normas vigentes e impedimento à amamentação (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Por fim, as ações que violem os direitos com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos são violências de caráter material, como as cobranças indevidas por planos de saúde e profissionais de saúde. As condutas praticadas por profissionais através de meios de comunicação que visem à violação psicológica de mulheres em processos reprodutivos, como a apologia a práticas cientificamente contraindicadas, com objetivo econômico ou de

dominação, são de caráter midiático, como incentivo ao desmame precoce (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A medicalização e o uso irrestrito de procedimentos inadequados sem comprovação de eficácia e segurança são características marcantes do modelo de assistência ao parto no Brasil desde o século passado. A partir do final do século XX surgiu um movimento, a favor dos cuidados médicos baseados em evidências de segurança e eficácia, denominado Medicina Baseada em Evidências (MBE). Porém, a adequação do modelo de atenção ao parto e nascimento a esses cuidados baseados em evidências científicas tem acontecido de forma lenta, gradual e tem encontrado grande resistência (DINIZ, 2006).

Durante o século XX, além do movimento da Medicina Baseada em Evidências, emergiu também o Movimento pela Humanização. Para Rattner (2009) o termo Humanização é polissêmico, mas foi considerado pela Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003 como:

“valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.” (RATTNER, 2009 p.599)

Em relação à Humanização no parto, o termo está relacionado à promoção dos direitos da mãe e da criança à assistência baseada em evidências, incluindo segurança, eficácia, satisfação e respeito (DINIZ, 2006).

Diante de elevas taxas de mortalidade materna e perinatal, bem como da qualidade da atenção ao parto e nascimento. A Organização Mundial de Saúde em 1996 gerou um documento contendo recomendações para o parto normal de baixo risco, como a manutenção da taxa de cesarianas em 15%. Neste documento as práticas , baseadas em evidências científicas, foram classificadas em quatro grupos, sendo o Grupo A das práticas que são benéficas e merecem ser incentivadas como o oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante trabalho de parto e parto; uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto e parto; liberdade de posição

e movimento durante o trabalho de parto, entre outras. (RATTNER, 2009; ROCHA; NOVAES, 2010).

O Grupo B foi classificado como práticas que são danosas ou inefetivas e merecem ser abandonadas, correspondendo ao uso rotineiro de enema (procedimento para lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem de pelos); administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não se permita controlar seus efeitos, entre outras (ROCHA; NOVAES, 2010).

O Grupo C foi caracterizado por práticas para as quais ainda não há evidências suficientes e que necessitam mais pesquisas como clampeamento precoce do cordão umbilical; estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas no terceiro estágio do trabalho de parto e métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como imersão em água e o uso de ervas. Por fim, o Grupo D foi de práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada, como o controle da dor por analgesia peridural; parto operatório e o uso liberal ou rotineiro de episiotomia, entre outras (ROCHA e NOVAES, 2010).

No Brasil, observou-se que algumas práticas que são adotadas no modelo de atenção que estão no Grupo A, como é o caso do direito a um acompanhante de escolha da mulher. Porém, outras que são comuns nas maternidades brasileiras estão no Grupo B como a raspagem de pelos, a lavagem intestinal e o jejum, bem como no Grupo D, tendo em vista as altas de taxas de cesariana e episiotomia. A taxa de cesarianas atualmente ultrapassa 40%, porém apresenta variações entre as regiões do país, pois o Sudeste, Sul e Centro Oeste são responsáveis por maiores taxas. (RATTNER, 2009; RASPANTINI, 2012)

Portanto, impedir mortes evitáveis e melhorar a saúde materna é um dos maiores objetivos de interesse internacional e nacional em relação à garantia dos direitos reprodutivos e no campo da saúde. Nesse sentido, o Governo brasileiro buscou criar políticas públicas para o enfrentamento desses problemas, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 e que em 2004 ganhou “status” de Política Nacional passando a ser PNAISM que inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama entre

outras. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000 e a Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003, que valorizam a assistência com base em evidências científicas, criação de vínculos, respeito entre outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a, 2012; SERRUYA *et al.*, 2004).

Em um contexto de modelo de atenção com fragilidades e com aumento do debate sobre a constituição de Redes de Atenção à Saúde – RAS surgiu em 2011, por meio da Portaria nº 1.459 do Ministério da Saúde a Rede Cegonha, a qual visa à sistematização e institucionalização de um modelo de atenção ao parto e nascimento buscando garantir as mulheres, as usuárias do SUS atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, durante o pré-natal, parto e puerpério, planejamento reprodutivo, indo até os dois primeiros anos de vida da criança. Cabe ressaltar que essa Rede traz em seu Art.7, inciso II, alínea c, que as práticas de atenção à saúde, no componente parto e nascimento devem ser baseadas em evidências científicas, de acordo com o documento da OMS de 1996: Boas Práticas de atenção ao parto e ao nascimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a, 2012; SERRUYA *et al.*, 2004).

Nesse sentido, as Portarias do Ministério da Saúde nº 1.067 de 2005 e nº 1.820 de 2009, também são relevantes, pois tratam de princípios, diretrizes e referências sobre o atendimento à saúde da mulher e ao recém-nascido (Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal) e a caracterização dos direitos e deveres dos usuários da saúde, respectivamente. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

De forma complementar as portarias, tem-se a Resolução RDC nº 36 de 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA, qual determina o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de atenção neonatal e obstétrica. Portanto, há dispositivos técnicos para a prestação de serviços baseados na humanização do atendimento à saúde. Porém, a partir do ponto de vista sociológico há diferenças entre o peso de uma lei e de portarias e resoluções para a sociedade (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Portanto, além do incentivo a políticas públicas destinadas a melhoria na assistência ao parto e nascimento, tem-se também a preocupação no âmbito legal sobre a temática. Na Argentina, a Lei Nacional nº 25.929 de 2004 ou Lei do Parto Humanizado, também definida como os Direitos dos Pais e Filhos durante o

Processo de Nascimento garante direitos às mulheres durante a gestação, trabalho de parto, parto, pós- parto, como o direito a informação sobre as possíveis intervenções, ao tratamento com respeito, individual e personalizado ao parto natural de forma que respeite os tempos biológicos e psicológicos evitando práticas invasivas, entre outros. Ainda sobre o tema, em 2009 a República Argentina sancionou a Lei nº 26.485- “Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais”, na qual a violência obstétrica foi tipificada como violência contra a mulher (PARTO DO PRINCIPIO, 2012).

Na Venezuela, há a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência, publicada em 2007, a qual contém a tipificação de 19 formas de violência contra a mulher e dentre essas se encontra a violência obstétrica. Tanto os dispositivos legais argentinos como o venezuelano são semelhantes em relação à definição desse tipo de violência, ambos veem como “a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais” (GUERRA, 2008 *apud* PARTO DO PRINCIPIO, 2012; PARTO DO PRINCIPIO, 2012).

Em relação ao dispositivo argentino, o dispositivo venezuelano é bastante preciso em relação à coibição e erradicação da violência obstétrica, pois tipifica os delitos, especifica as penas e punições a serem aplicadas, bem como explicita o que o profissional de saúde não deve fazer durante a assistência a gestante ou parturiente, garantindo a mulher e aos seus herdeiros direito a reparação ou indenização por eventuais danos causados. Porém, a legislação possui uma fragilidade, pois falta a normatização sobre o que se compreende como humanização do atendimento ao parto (PARTO DO PRINCIPIO, 2012).

Sendo assim, no Brasil há leis e iniciativas de leis em relação à temática, como a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108 de 2005), que institui o direito a parturiente a apenas um acompanhante de sua escolha, porém não estabelece meios de punição para quem impedir ou não cumprir a normativa. (PARTO DO PRINCIPIO, 2012)

A Lei nº 15.759 de 2015 da Assembleia Legislativa de São Paulo, assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado, garantindo o direito ao plano individual de parto, a escolha de métodos que aliviem a dor, entre outros. Ainda no Estado de São Paulo temos o Projeto de Lei nº 077/2013 da Câmara Municipal do Município de Diadema o qual prevê a implantação de medidas de informação às gestantes e parturientes sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, objetivando a proteção das mulheres contra a violência obstétrica no município (SÃO PAULO, 2013; SÃO PAULO, 2015).

No Distrito Federal por meio da Lei 5.534 de 28 de Agosto de 2015 foi instituído o Estatuto do Parto Humanizado, o qual visa garantir melhor assistência às mulheres durante o período gravídico-puerperal, tanto em instituições públicas como privadas do DF. O Estatuto reforça o direito ao acompanhante e o protagonismo da mulher, permitindo que seja dela a escolha pela melhor posição para o trabalho de parto e parto, possibilitando o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, bem como a participação da Doula, não como acompanhante, mas como importante ator social no contexto do parto humanizado. É importante salientar, que a lei não traz nenhum dispositivo penalizante para aqueles estabelecimentos que não cumprirem com o que está disposto na lei. (DISTRITO FEDERAL, 2015)

Em âmbito federal, tem-se o Projeto de Lei 7633/2014, o qual garante a toda gestante o direito à assistência humanizada durante a gestação, parto e puerpério, inclusive em situações de abortamento, seja de forma espontânea ou provocada, valendo tanto no atendimento prestado pelo SUS como também por estabelecimentos privados da rede suplementar. Este projeto de lei caracteriza a violência obstétrica como “todo ato praticado pelo (a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério”, bem como esclarece que os profissionais de saúde que praticarem atos desse tipo de violência serão sujeitos à responsabilização civil e criminal e também os casos serão notificados aos respectivos Conselhos Regionais de Medicina e Enfermagem para que haja aplicação de penalidades administrativas aos envolvidos. Para tanto, o projeto prevê a criação de Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas- CMICBPO (BRASIL, 2014).

Frente a atual realidade brasileira, em relação à temática, o Dossiê “Parirás com dor” de 2012, considera que é preciso fazer cumprir os dispositivos legais já existentes; corrigi-los de modo a não permitir interpretações que venham a obstaculizar o direito das mulheres já garantido e criar novos dispositivos para assegurar o cuidado com qualidade e humanização (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Nesse sentido, segundo a Defensoria Pública de São Paulo (2013) para que o contexto da violência obstétrica mude é preciso compreender essa violência, bem como denunciá-la, de maneira que os casos que ocorram sejam acolhidos, apurados e julgados. Portanto, identificar e entender como os processos judiciais relacionados a danos durante o parto estão sendo julgados é relevante, ao passo em que é possível, por meio dessa análise, observar se as discussões e questões sobre a saúde da mulher e a violência obstétrica estão presentes nessas decisões.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram utilizados como amostra nessa pesquisa, 80 acórdãos relacionados com danos ocorridos durante partos no âmbito do Distrito Federal e que tinham a data de publicação entre os anos 2000 e 2014. Sendo assim, os dados apontados pela análise dos acórdãos foram colacionados com as questões relativas à saúde da mulher e a violência obstétrica.

### **1. Tipo do Processo**

A responsabilidade legal alcança a esfera penal, a civil e a administrativa. Na primeira esfera, a responsabilidade se dá quando “o dano, pela gravidade, causa turbção da ordem social, a comoção da comunidade, que ultrapassa o âmbito do paciente e de sua família”. Já a responsabilidade civil ocorre quando “o dano tem repercussões mais restritas: alcança o paciente e sua família, sem outros extravasamentos e a sanção tem natureza exclusivamente patrimonial e alcança o profissional responsável e seus sucessores”. A administrativa ocorre quando “o dano repercute na reputação da profissão médica e da instituição que a representa” (MORAES, 1996 p.57).

Dessa forma, de acordo com o tipo de responsabilidade trabalhada no acórdão, ele foi classificado como penal ou civil. Dentre os 80 processos, apenas

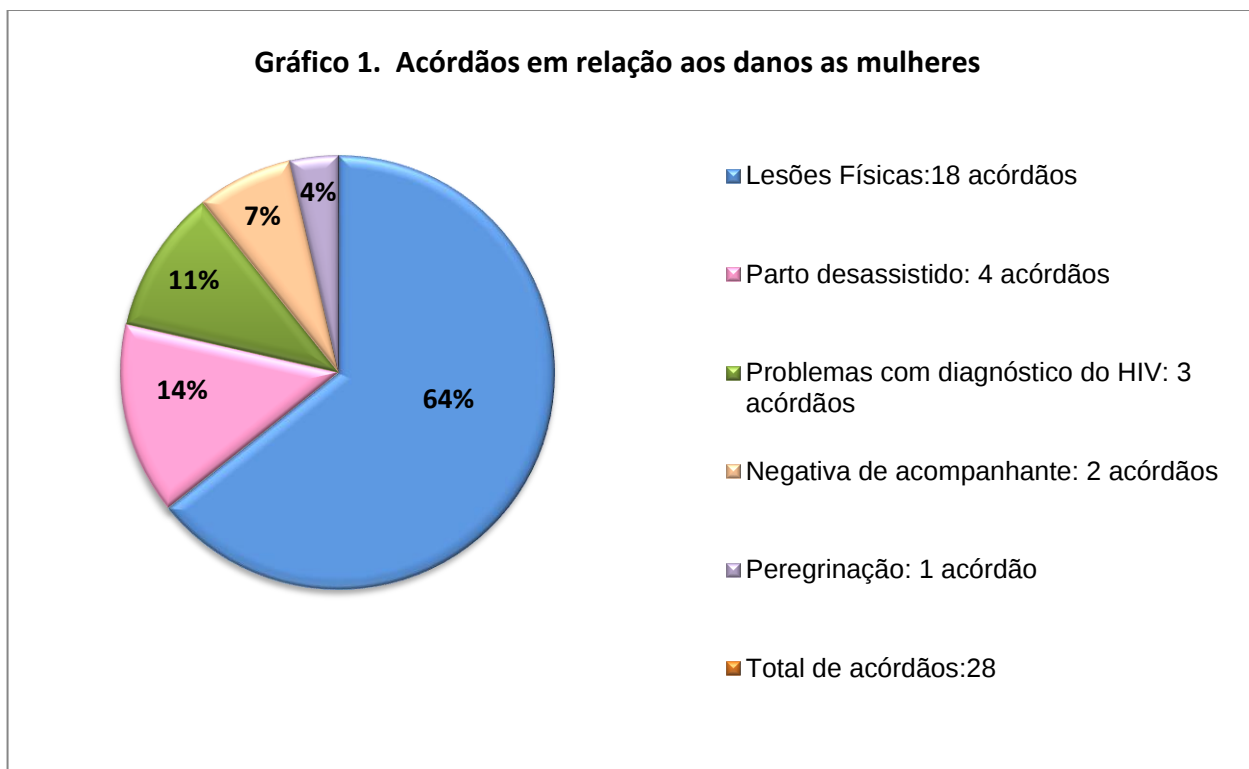
quatro foram resultados de ações penais e os demais 74 foram cíveis. Nas ações penais encontradas, todas foram favoráveis, sendo três delas relacionadas à morte do bebê e uma com lesão física na mulher. As decisões cíveis se desenrolaram em indenizações por danos morais e/ou materiais e em determinados acórdãos devido ao tipo de dano, houve indenização por dano estético. O dano moral, segundo Bouchardet *et al.*(2013), é o dano extrapatrimonial, relacionado com prejuízos a bens ou valores que não possuem conteúdo econômico, diferentemente do dano moral o dano material é aquele em que se prejudica bens apreciáveis financeiramente. Já o dano estético é considerado por Lopez (1999 p. 38) como “qualquer modificação duradoura ou permanente na aparência externa de uma pessoa, modificação essa que acarreta um “enfeamento” e lhe causa humilhações e desgostos”.

## **2. Dano**

Pode-se observar que os danos ocorridos no parto que motivaram a procura pelo poder judiciário incorreram sob a mulher e o bebê. Neste ponto, apesar da mulher e do núcleo familiar serem prejudicados também em relação aos danos sofridos pelo bebê, em razão da didática e para facilitar a compreensão, para fins desse trabalho os danos relacionados à mulher foram categorizados em lesões físicas, parto desassistido, problemas com diagnóstico do HIV, negativa de acompanhante e peregrinação.

As lesões físicas nas mulheres presentes nos acórdãos são em relação a lesões medulares, estado vegetativo, esquecimento de objeto dentro da mulher, infecções pós-operatória, fístulas vesico-uterinas, restos placentários na cavidade uterina, laqueadura sem autorização, queimadura, fístula reto-vaginais, histerectomia devido a complicações pós-cirúrgicas e laqueadura não realizada e não informada. Os partos desassistidos foram aqueles que ocorreram nas dependências externas dos hospitais, dentro das dependências hospitalares, entretanto sem assistência e domiciliar sem assistência. Os problemas com diagnóstico do HIV são devido a testes falso-positivos para HIV na véspera do parto e ausência do diagnóstico de HIV durante o pré-natal e parto. A negativa para acompanhante foi em relação à permissão de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério em dois casos em que as rotinas dos hospitais impediam a entrada de acompanhantes.

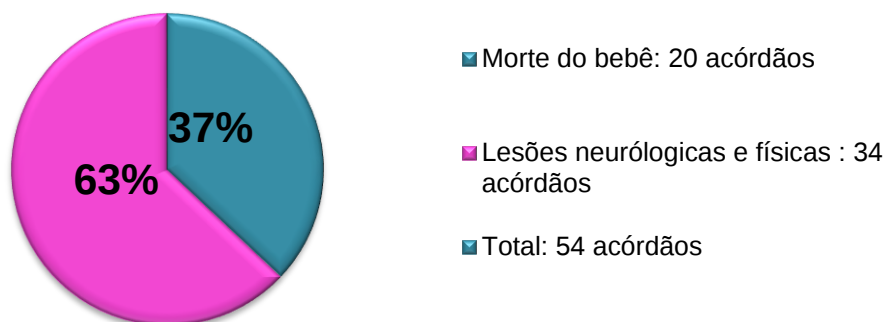
Por fim, a peregrinação consistiu na falta de atendimento em mais de dois hospitais procurados pela parturiente no momento do parto.



Fonte: elaboração própria a partir de dados do TJDF

Cabe observar que os danos sofridos pelas mulheres, podem ser classificados de acordo com o seu caráter como violências obstétricas, como nos casos das lesões físicas que segundo a ONG Parto do Princípio (2012) a qual especifica os caracteres dessa violência, essas lesões podem decorrer de violências obstétricas de caráter sexual, físico e psicológico. Assim como o parto desassistido, a peregrinação, a negativa de acompanhante e os problemas de diagnóstico do HIV que podem ser violências obstétricas de caráter institucional.

Os danos aos bebês também foram categorizados, sendo divididos em morte do bebê e lesões físicas e neurológicas. As respectivas lesões contempladas nos acórdãos são em razão de paralisias cerebrais, lesões do plexo braquial, queimadura, comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor, retardo mental, fratura da clavícula, epilepsia, entre outras.

**Gráfico 2. Acórdãos em relação aos danos ao bebê**

Fonte: elaboração própria a partir de dados do TJDF

Dentre os 80 casos analisados nesse estudo, observa-se que 54 acórdãos, ou seja, 67,5 % foram em razão de danos causados nos bebês. Dos 20 acórdãos sobre morte do bebê, 50% teve como causa alegada da morte a negligência médica. Segundo dados da Secretária de Saúde do DF, em 2010 ocorreram 548 óbitos em menores de 1 ano residentes no DF, que representa um coeficiente de mortalidade infantil de 12,4 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos. Para Lansky *et al.* (2014), o principal componente da mortalidade infantil é a mortalidade neonatal precoce, que ocorre entre 0 e 6 dias vida, sendo assim no ano 2010 a taxa de mortalidade neonatal precoce no DF foi de 9,2 por 1000 nascidos vivos. (SES-DF, 2014)

Apesar dos partos ocorrerem predominantemente em hospitais e serem assistidos por médicos, os coeficientes de mortalidade neonatal e infantil permanecem insatisfatórios, essa situação caracteriza o “paradoxo perinatal brasileiro”, no qual há intensa medicalização do parto e nascimento, porém taxas elevadas de morbimortalidade perinatal e materna. Neste ponto, cabe observar que a insistência na utilização de procedimentos não recomendados pelas evidências científicas, como o uso abusivo de ocitocina e imobilização no leito, bem como a exigência da posição litotômica (decúbito dorsal com as pernas elevadas) no parto e situações de estresse nas parturientes devido ao jejum, solidão e tratamento desrespeitoso, são fatores importantes e que influenciam os resultados perinatais. (Lansky *et al.*, 2014)

A partir dos dados acerca da análise das decisões, é possível observar também que apesar das mulheres terem experiências com procedimentos ou rotinas obstétricas, que podem ser caracterizadas como violência e que em determinados

casos as lesões físicas sofridas decorreram desses procedimentos que violão os direitos das mulheres, os objetos que moveram as ações judiciais, não foram esses procedimentos, mas sim as consequências desse modelo de atenção densamente tecnocrático e intervencionista.

### 3. Causa alegada do dano

Segundo Moraes (1996 p.56), os legisladores, em geral, diante das dificuldades de encontrar uma conceituação unívoca da culpa, preferiram caracterizar a culpa com base em três formas de conduta, sendo elas a negligência, a imprudência e a imperícia. A primeira pode ser considerada como “a omissão daquilo que razoavelmente se faz; é a falta de observância de deveres exigidos pelas circunstâncias”. A Imperícia pode ser entendida como “falta de aptidão, teórica ou técnica, no desempenho da profissão” e por fim a Imprudência pode ser a “na precipitação, no agir sem cautela, no desprezo dos cuidados que devemos ter em nossos atos”. Ainda segundo o autor, essas expressões da culpa não possuem autonomia, pois podem se interpenetrarem e se entrelaçarem. O erro médico por sua vez, pode ser considerado como um agir ou um não agir que contraria alguma conduta remendada pela ciência médica, podendo ocorrer por imprudência, negligência ou imperícia, que gera algum dano ao paciente.

**Tabela 1. Quantidade de acórdãos segundo a causa do dano**

| CAUSA DO DANO                        | QUANTIDADE |
|--------------------------------------|------------|
| Negligência médica                   | 27         |
| Negligência estatal                  | 1          |
| Negligência Hospitalar               | 4          |
| Negligência da equipe médica         | 3          |
| Imperícia médica                     | 3          |
| Erro médico                          | 24         |
| Erro e imperícia médica              | 1          |
| Erro e negligência médica            | 2          |
| Erro médico e negligência estatal    | 1          |
| Erro médico e negligência hospitalar | 2          |
| Negligência e imperícia médica       | 10         |
| Negativa de acompanhante             | 2          |
| TOTAL                                | 80         |

Fonte: elaboração própria a partir de dados do TJDF

A variável causa do dano foi preenchida de acordo com o que havia nos acórdãos, portanto apesar de haver negligência e/ou imperícia médica na ocorrência

do dano, em alguns documentos a palavra utilizada foi erro médico. Nessa categoria, erro médico, também foi abrangido um caso em que o erro ocorreu devido à negligência da enfermeira que assistia a mulher. As negligências hospitalares ocorridas se deram em razão de formas organizativas do ambiente hospitalar que permitiram a ocorrência da negligência, bem como a falta de utensílios necessários para determinados procedimentos. Já a negligência estatal, ocorreu pela demora para o cumprimento de decisão judicial, no caso uma cirurgia reparadora, devido a erro médico ocorrido no momento do parto e também devido à peregrinação de uma parturiente por hospitais da rede pública para a realização do parto. A negativa de acompanhante ocorreu devido às formas organizacionais de dois hospitais, que apesar da já instituída Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108) de 2005, não permitem a entrada de acompanhantes para o trabalho de parto e parto. Diante dessa situação duas cidadãs, recorreram ao sistema judiciário para que tivessem o seu direito garantido e os hospitais fossem obrigados judicialmente a permitirem os seus acompanhantes.

Observa-se que dentre os 80 acórdãos analisados 33,75% o dano ocorreu devido à negligência médica e 30% por erro médico. Diante dos dados há que se pensar nas consequências do tipo de modelo de atenção obstétrico tecnocrático e intervencionista. Segundo Floyd (2000), o modelo tecnocrático é aquele que o corpo é visto como uma máquina e no qual há separação entre mente e corpo. Para a autora, nesse modelo dominante do parto “o hospital se tornou uma fábrica, o corpo da mãe uma máquina e o bebê o resultado de um processo de produção industrial”. Na lógica da mecanização do corpo da mulher, o profissional se vê liberado do sentimento de responsabilidade, em face do paciente como sujeito mental e espiritual (FLOYD, 2000).

Acerca desses dados, também é possível pensar no uso das evidências científicas e a formação dos profissionais de saúde que atuam na área da obstetrícia. Segundo Diniz (2001), o aparelho formador tem se mostrado lento na incorporação tanto das mudanças propostas de humanização, como também no uso da medicina baseada em evidências científicas.

#### 4. . Decisão

**Tabela 2. Quantidade de decisões favoráveis e desfavoráveis**

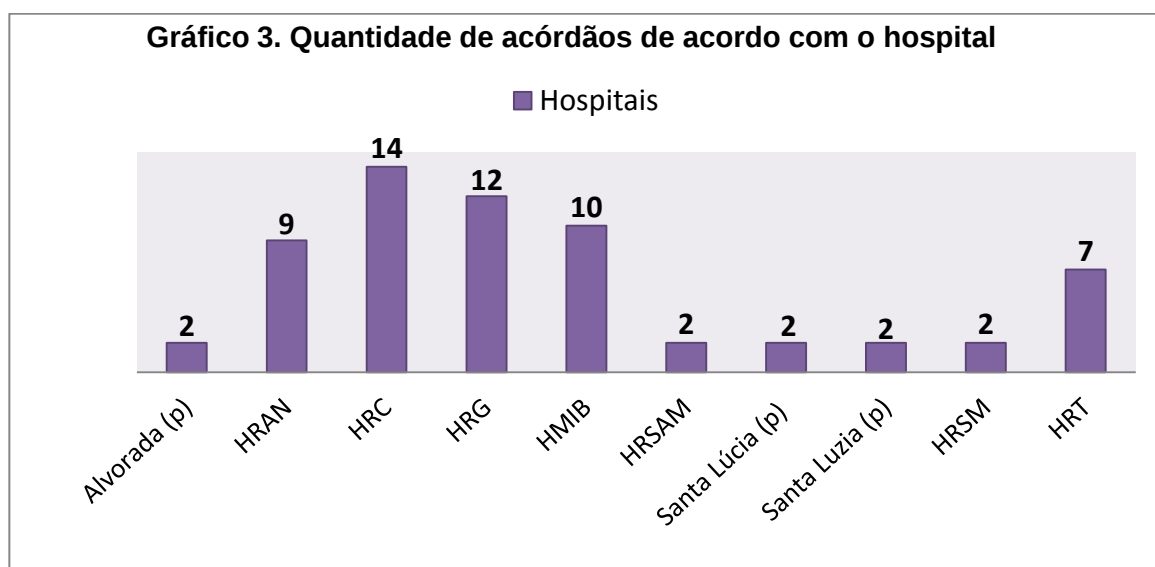
| DECISÕES       | QUANTIDADE FAVORÁVEIS | QUANTIDADE DESFAVORÁVEIS | TOTAL |
|----------------|-----------------------|--------------------------|-------|
| Mulher         | 18                    | 10                       | 28    |
| Morte do bebê  | 16                    | 4                        | 20    |
| Lesões no bebê | 29                    | 5                        | 34    |
| Total          | 63                    | 19                       | 82    |

\*- O total foi de 82 acórdãos nesta análise, pois em dois acórdãos houve a procura pelo judiciário tanto em relação ao dano no bebê como na mulher.

Fonte: elaboração própria a partir de dados do TJDF

Para este estudo, o critério de análise das decisões foi se foram favoráveis ou desfavoráveis em relação às mulheres e/ou aos bebês representados pelos seus pais. Nesse sentido observou-se que do total de decisões favoráveis 71% foram relacionadas aos danos no bebê, enquanto que do total de decisões desfavoráveis 52,63% foram proferidas para mulheres.

#### 5. Hospitais Públicos e Privados

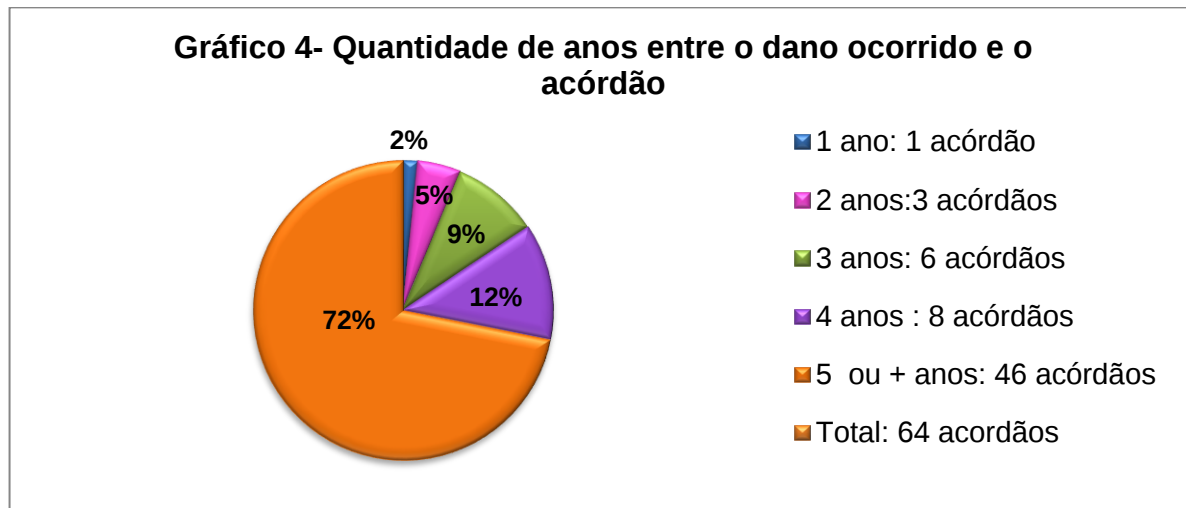


**Legenda:** (p): Privado; HRAN: Hospital Regional da Asa Norte; HRC: Hospital Regional da Ceilândia; HRG: Hospital Regional do Gama; HMIB: Hospital Materno Infantil; HRSAM: Hospital Regional de Samambaia; HRSM: Hospital Regional de Santa Maria; HRT: Hospital Regional de Taguatinga.

Fonte: elaboração própria a partir de dados do TJDF

Para realizar a análise do dado referente aos hospitais, dentre os 80 casos foram escolhidos apenas aqueles em que o hospital se repetia em pelo menos 2 casos, ou seja em 62 acórdãos. Do total de acórdãos escolhidos 90,3% dos casos correspondem a hospitais públicos, sendo Hospital Regional de Ceilândia responsável por 25% desses casos. Sobre esse dado, é importante salientar que de acordo com o Art. 475 no inciso I e paragrafo 2º do Código de Processo Civil as sentenças proferidas contra o Distrito Federal, nas quais o valor da condenação na primeira instância exceda 60 salários mínimos, deverão ser reexaminadas pelo Tribunal de Justiça. De acordo com Silva (1989) *apud* Reis e Rodrigues (2007), a Fazenda Pública tem a obrigação de compor “os danos que os seus servidores nesta qualidade causem a terceiros, pouco importando decorra o prejuízo de atividade regular ou irregular do agente”. Logo, quando há determinando dano decorrente de hospitais públicos do Distrito Federal, o próprio deverá responder civilmente pelos atos de seus agentes.

#### 6. Data do dano e da decisão judicial



Fonte: elaboração própria a partir de dados do TJDFT

Para a obtenção destes dados nem todos os 80 acórdãos puderam fazer parte da amostra, pois não continham em seu conteúdo a data da ocorrência do dano. De acordo com os dados, percebe-se que 72% dos casos analisados o tempo entre o dano ocorrido e a decisão do tribunal foi igual ou superior ao período de cinco anos. O tempo entre o dano e a decisão judicial final, pode demorar devido a múltiplas

razões, como a demora pela provocação do Poder Judiciário pela pessoa que sofreu o dano, bem como a própria morosidade desse sistema.

Segundo Stumpf (2009), a morosidade da justiça tem sido apontada como o problema mais grave do Judiciário. Porém, esse é um problema complexo e gerado por múltiplas causas, cujo seu enfrentamento deve respeitar o processo legal, o contraditório e a ampla defesa. Dentre as principais causas internas citadas pelo autor, tem-se a omissão do juiz diante de suas obrigações enquanto o seu papel de gestor, a falta de estrutura e organização institucional, bem como a escassez do planejamento de ações. Diante desse cenário, iniciativas que visam o aumento da eficiência do judiciário estão sendo pensadas e realizadas, como o desenvolvimento do planejamento estratégico pelo Superior Tribunal de Justiça e alguns Tribunais Estaduais, como do Distrito Federal. A informatização de toda a atividade jurisdicional é uma importante ferramenta para o enfrentamento da morosidade.

## **7. Trechos importantes**

Durante a análise do perfil dos processos judiciais, foram encontrados em alguns acórdãos discursos que possuem relação com o debate acerca da violência obstétrica.

### **7.1 O Fórceps**

Segundo Benzecry (2010) *apud* Cunha (2011 p. 550), o fórceps obstétrico é um “um instrumento destinado a apreender a cabeça fetal e extraí-la através do canal do parto”. O seu uso possui indicações maternas e fetais, sendo as primeiras em razão de riscos maternos, como limitações funcionais ou para poupar a mulher de maior esforço e as indicações fetais quando há sofrimento fetal e parada de progressão durante o período expulsivo (Cunha, 2011).

Para Amorim; Porto; Souza (2010) a decisão pelo parto considerado instrumental, ou seja, que engloba o uso do fórceps envolve vários fatores como a indicação por período expulsivo prolongado, exaustão materna, padrões de frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, bem como eclampsia e cardiopatias. Porém, segundo os autores não se têm ensaios clínicos randomizados que validem essas indicações e que, portanto a decisão pelo parto instrumental ainda recai sob o

obstetra, junto ao consentimento informado da parturiente. (O'MAHONY E HOFMEYR, 2010 apud AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

De acordo com a publicação do Ministério da Saúde (2011 p.160) sobre Partos, Abortos e Puerpério- Assistência Humanizada à Mulher “a episiotomia, o fórceps e extração vácuo devem ser evitadas, sempre que possível”. Porém, nota-se que esses procedimentos, têm seu uso feito de forma abusiva, intensa e desnecessária, que levam a um maior consumo de material, mais custos e complicações, bem como mais dias de internação e incapacidade para puérperas, como aponta Diniz (2011).

Sobre uso do fórceps e a saúde da mulher foram encontrados trechos da denúncia feita pelo Ministério Público:

“Portanto, não foi apurado se o uso de fórceps era ou não indicado. Mas o denunciado, como dito, iniciou o parto com o seu emprego, por mero capricho pessoal, submetendo a paciente a sofrimento exagerado e desnecessário por sentimento de vingança à sua oposição à terapêutica imposta por ele”.

“Assim o denunciado, consciente e assumindo o risco de produzir o resultado, fez, com mão bruta, um fórceps cruzado, com uma das colheres da pinça tocando a região occipital direita do feto, produzindo-lhe, com esse instrumento, contundente por natureza, traumatismo crânio-encefálico e outras lesões descritas no laudo” (Acórdão nº 130831/2000 – TJDF).

No caso em questão, a provocação do Poder Judiciário foi motivada pelo óbito do bebê e a decisão foi favorável. A parturiente procurou atendimento no serviço de saúde público pela manhã, porém recebeu orientações para repouso de 24 horas e prescrição de medicamentos. No entanto, na noite do mesmo dia a parturiente se dirigiu a outro serviço de saúde público, em que foi constatado a evolução do trabalho de parto e recomendado a sua internação. Por desejo da parturiente a internação não foi feita e a mesma se dirigiu ao primeiro estabelecimento de saúde que havia procurado, onde foi internada. Porém, na manhã do dia seguinte o bebê ainda não havia nascido e o primeiro médico que a atendeu pela primeira vez, a atendeu novamente e optou por parto normal e o uso do fórceps. A parturiente pediu para que fosse realizada a cesariana e discordava da opção pelo parto normal. Após, tentativas infrutíferas do parto instrumentalizado, o médico optou pelo cesariana, porém o bebê faleceu horas após a cirurgia.

Em relação à discussão sobre a violência obstétrica, observa-se que apesar de constar na denúncia do Ministério Público o sofrimento exagerado e desnecessário experimentado pela parturiente, bem como o perceptível desrespeito a escolha pelo tipo de parto pela mulher, o dano que foi objeto do acórdão foi à morte do bebê. O que pode demonstrar que o sofrimento da mulher, neste caso, foi considerado como parte do cenário que ensejou no dano e que apenas a morte do bebê foi de fato um dano passível de provocação no judiciário. Observa-se que o uso do fórceps não foi relatado em nenhuma das definições sobre violência obstétrica utilizadas nesse estudo (definição da ONG Parto do Princípio de 2012 e da PL nº7633/2014).

## **7.2 A episiotomia**

Para Zanetti *et al.*(2009) o procedimento cirúrgico no campo da obstetrícia que visa aumentar a abertura vaginal por meio de incisão no períneo ao final do segundo estágio do parto vaginal, é a episiotomia, procedimento o qual foi introduzido no cenário do parto e nascimento sem muita evidência científica em relação a sua efetividade. A OMS sugere que a taxa de episiotomia seja de 10%, e mundialmente tem-se a intenção em transformá-la em um procedimento restrito e não rotineiro. Nesse sentido, um estudo que comparou o uso da episiotomia seletiva e rotineira, sob o aspecto econômico e relacionado a valores de sutura, apontou para uma economia entre US\$ 6,50 e 12,50 em cada parto vaginal que ocorra sem episiotomia no setor público e que, portanto de acordo com o volume de partos realizados no Brasil estimou-se que haveria uma economia de US\$ 15 a 30 milhões (CARROLI; BELIZAN, 2008 *apud* ZANETTI *et al.* ,2009)

Portanto, sob a ótica da violência contra a mulher, a prática da episiotomia rotineira, segundo a ONG Parto do Princípio (2012) , é considerada uma violência obstétrica de caráter físico, sexual e psicológico, pois observasse a realização de episiotomias rotineiras em mulheres que se encontram em um momento de vulnerabilidade e que são submetidas a esse procedimento muitas vezes sem aviso e sem informações científicas.

Nesse sentido, observa-se a seguinte frase que faz parte de uma descrição sobre o que havia ocorrido em um parto e que fora extraída de um dos acórdãos analisados:

A ré também praticou a episiotomia mediolateral direita, procedimento comumente realizado em partos normais, no intuito de diminuir o tempo gasto no período expulsivo e o aumento do canal, visando ainda à proteção da criança. (Acórdão nº 737129/2013- TJDF)

O que chama atenção na frase extraída é a parte em que a episiotomia é considerada como um procedimento “comumente realizado em parto normais”, o que fortalece a constatação de que a prática da episiotomia como um procedimento de rotina é uma realidade no modelo obstétrico brasileiro, o qual desconsidera as evidências científicas, bem como realiza esse procedimento sem consentimento prévio da paciente, como aponta Mattar *et al.* (2007), que considera a episiotomia como um dos únicos procedimentos realizados sem qualquer consentimento prévio da paciente.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006 (p.162), observou-se que havia uma “alta frequência da realização da episiotomia (71,6%), em particular nas regiões Sudeste (80,3%), Centro Oeste (78,8%) e Sul (78,5%), o que revela o uso rotineiro desta prática”. É importante salientar que essa pesquisa foi por meio de amostra domiciliar, ou seja, os dados sobre a episiotomia podem ser mais elevados, uma vez que não há registro oficial dessa prática. Logo, a episiotomia é um procedimento invisível, aos sistemas de informação sobre saúde, e configura-se como parte do “pacote do parto normal” no modelo obstétrico brasileiro. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Outras frases extraídas dos acórdãos analisados revelam mais casos de episiotomia, sendo a primeira referente ao depoimento de uma médica e o segundo como parte do depoimento da mãe de uma das mulheres que sofreu a episiotomia:

Que a membrana do períneo (septo reto-vaginal) é frágil e pode se romper durante o parto, mesmo sem o uso do fórceps; que para evitar o rompimento do septo reto-vaginal é indicado realizar a episotomia, que consiste em um corte na lateral direita dos pequenos lábios da vagina, a fim de propiciar maior abertura e facilitar a passagem do bebê (Acórdão nº 590179/2012- TJDF).

Que a Dr<sup>a</sup>. fez uma incisão cirúrgica denominada EPISIONOTIMA, mas mesmo assim a criança não nascia, tendo a médica aumentado o corte por algumas vezes (Acórdão nº 242880/2006- TJDF).

Em relação às evidências científicas e as práticas intervencionistas no parto, como no caso da episiotomia, observa-se que “as evidências demonstram que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo, não previne lesões no pólo cefálico fetal, não reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto”. (CARROLI; BELIZAN, 2006 *apud* MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007).

Dessa forma, as frases extraídas dos acórdãos corroboram com os estudos que demonstram que a prática da episiotomia é feita de rotina, bem como que esse procedimento é feito sem o respaldo das evidências científicas.

### **7.3 Manobra de Kristeller**

A manobra de Kristeller consiste em um procedimento baseado na expressão do fundo uterino que visa ajudar na saída do bebê. Entretanto, não há evidências científicas para essa pressão do fundo uterino, pelo contrário, estudos apontam para os potenciais riscos que essa manobra pode causar como lesão do esfíncter anal, ruptura uterina e fraturas em recém-nascidos ou dano cerebral. Apesar, dessa manobra não ser recomendada, ela permanece presente no dia a dia dos serviços obstétricos brasileiros, e, no entanto não é registrada em prontuário, uma vez que não deveria estar sendo realizada. (DINIZ, 2001; VERHEIJEN E HOFMEYR *apud* LEAL *et al.*, 2014a)

Neste estudo foram encontrados nos acórdãos analisados casos relacionados à manobra de Kristeller, como no trecho do depoimento da mãe de uma parturiente:

Que naquele momento adentrou na sala uma outra médica....QUE tal médica passou a fazer força com os dois braços apoiados sobre o meio da barriga da declarante, tendo esta advertido a médica para que não fizesse daquela forma pois iria matar a criança, porém ela nada respondeu e continuou a fazer manobras; QUE outro médico que se encontrava naquela sala fez nova tentativa e também não conseguiu evolução; QUE a médica que fez a primeira manobra, repetiu o seu ato após o Dr. , momento em que a declarante sentiu sua barriga 'inchar' e o neném parou de mexer, ...; QUE a partir daquele momento a declarante passou a afirmar que a equipe médica havia matado seu filho e que se continuasse a fazer aquelas manobras iriam matá-la também,... (Acórdão nº 242880/2006- TJDF)

O trecho acima revela a prática da manobra de Kristeller nos serviços de saúde obstétricos, bem como o desrespeito a mulher durante o momento do parto, no qual a parturiente deveria ser protagonista. Portanto, observa-se que a manobra de Kristeller, de acordo com a definição de violência obstétrica e suas formas de manifestação dada pela Parto do Princípio (2012), pode ser considerada como uma violência obstétrica de caráter físico e psicológico. No acórdão em questão, a parturiente além de passar pela manobra de kristeller também foi submetida a uma episiotomia, o desfecho desse parto intervencionista foi à morte do bebê. Cabe, observar que apesar das diversas intervenções traumáticas experimentadas pela mulher, essas experiências não foram motivo para a procura do Poder Judiciário, mas sim a morte do bebê.

Outros trechos advindos dos acórdãos revelam um possível indicio da busca pela mudança no modelo obstétrico oferecido no Distrito Federal, os trechos a seguir fazem parte da argumentação dos Desembargadores para a tomada de decisão de cada acórdão:

“deve-se salientar que, em conformidade com os Protocolos de Urgência e Emergência da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, bem como com as Normas e Rotinas de Atenção à Saúde da SES (fls. 265/272-v), os médicos da rede pública de saúde estão proibidos, desde 2006, de realizar a manobra de Kristeller durante o período expulsivo do trabalho de parto (fl. 269)” (Acórdão nº 635062/2012- TJDF)

“Ao lado disso, não se pode olvidar que a “manobra de Kristeller”, consistente em pressionar manualmente o fundo do útero da parturiente, com o objetivo de abreviar o período expulsivo, constitui técnica perigosa e vedada pelo próprio sistema público, conforme Protocolos de Urgência e Emergência da Secretaria de Saúde do Distrito Federal”. (Acórdão nº 755461/2014- TJDF)

Portanto, observa-se que o aumento do debate na sociedade sobre o modelo obstétrico atual brasileiro, bastante tecnocrático e intervencionista está aos poucos conquistando frutos, pois a proibição de uma manobra considerada perigosa para a mulher e o bebê, é uma conquista relevante e que abre caminho para o abandono pelos serviços de saúde de outras práticas não recomendadas, que atualmente ainda são feitas.

Por fim, a sensibilização do Poder judiciário diante da luta contra a violência obstétrica durante o parto e nascimento se faz necessária, tendo em vista que ONG's em parceria com órgãos públicos como Ministério Público e Defensoria Pública, de alguns Estados, tem se mobilizado no sentido de fomentar o debate

sobre a violência obstétrica na sociedade e nos organismos públicos, tendo em vista demonstrar o que é essa violência, bem como de incentivar as mulheres a acionarem mecanismos de denúncia em razão dos seus direitos violados, como por exemplo, na atuação da ONG Artemis de São Paulo, a qual junto ao Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo tem organizado a elaboração de folders sobre o que é a violência obstétrica e como denunciar, e promovido seminários e oficinas sobre o tema. (ARTEMIS, 2015).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante dos dados revelados por esse estudo, bem como do atual cenário brasileiro em relação ao parto e nascimento. Observa-se que mesmo com as evidências científicas e políticas públicas já implantadas, tem-se ainda muitas dificuldades em mudar as rotinas e formas organizacionais já estabelecidas no modelo de atenção obstétrico, as quais muitas vezes desconsideram o protagonismo da mulher durante o seu próprio parto, potencialização a medicalização e instrumentalização do parto, e negligenciam as evidências científicas sobre determinados procedimentos.

Nas decisões judiciais avaliadas evidenciou-se que as violências obstétricas experimentadas pelas mulheres não foram consideradas como dano, pois até mesmo nos casos em que as mulheres procuraram o judiciário por lesões físicas, estas eram consequências do atendimento e dos procedimentos feitos e não propriamente o atendimento e/ou procedimento. Como no caso da episiotomia e manobra de Kristeller, que apesar de terem sido realizadas durante o parto, não foram objeto da ação judicial.

Os avanços, como a proibição da manobra de Kristeller pela Secretária de Saúde do DF, a Resolução nº 368 da ANS que visa à diminuição de cesarianas eletivas na saúde suplementar, o reconhecimento e fomento das boas práticas baseadas em evidências científicas e nas recomendações da OMS de 1996 pela Rede Cegonha, bem como o surgimento de leis estaduais e projeto lei em âmbito nacional sobre parto humanizado e violência obstétrica, são verdadeiras conquistas que devem ser valorizadas e fortalecidas, tendo em vista o seu potencial de tornar a

atenção ao parto e nascimento no Brasil, menos intervencionista e mais humanizada.

Nesse sentido, convidar mais a sociedade para o debate da mudança do modelo obstétrico é necessário, pois muitas experiências negativas vividas dentro dos serviços de saúde atualmente, ainda são tidas e defendidas como necessárias, o que nem sempre corresponde a realidade. A população precisa estar bem informada, sobre as evidências científicas, os seus direitos e deveres, bem como sobre a violência obstétrica. Nessa direção, também deve estar o Poder Judiciário, que desde a sua primeira instância aos Tribunais devem estar sensibilizados sobre a questão da violência de gênero e da violência obstétrica, pois de acordo com esse estudo os casos aparecem, porém de forma velada.

Dessa forma, os mecanismos de denúncia da violência contra a mulher devem ser adaptados para receberem as denúncias de violência obstétrica, pois é preciso quantificar e identificar os casos em que essa violência se manifesta, para que se possa coibi-la de forma efetiva nos serviços de saúde e sendo assim promover uma atenção mais humanizada ao parto e nascimento no Brasil.

## REFERÊNCIAS

ARTEMIS. **Resolução Normativa 368 ANS.** Disponível em: <<http://artemis.org.br/ans/>>. Acesso em: 29 de Junho de 2015.

ARTEMIS. **O que a Artemis tem feito.** Disponível em: <<http://artemis.org.br/o-que-a-artemis-tem-feito/>> Acesso em: 25 de Novembro de 2015.

AMORIM, Melania M.; PORTO, Ana M.; SOUZA Alex S.. **Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências.** Revista FEMINA, volume 38, número 1, 2010. Disponível em: [http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/artigo\\_femina\\_assistencia\\_ao\\_parto\\_parte\\_I.pdf](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_I.pdf)>. Acesso em: 20 de Novembro de 2015

BOUCHARDET , F. *et al.* **Valoração do dano estético nos acórdãos do Tribunal de Justiça de Minas Gerais** .Rev. Odontol. Bras. Central. [S.L],2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2013/v22n63/a4366.pdf> Acesso em 23 de Novembro de 2015

BRASIL. **Código de Processo Civil.** Brasília, 1973.

**BRASIL. Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7633 de 27 de maio de 2014, dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato dá outras providências.** Câmara dos Deputados, Brasília, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Resolução Normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015.** Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e dá outras providências. Brasília, 2015.

BRASIL. Secretária de Saúde do Distrito Federal. **Plano de Ação da Rede Cegonha.** Brasília, 2012.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres, Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.** Brasília, 2011.

CELLARD, André. **A análise documental.** POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, 2008.

CHAVES, Ricardo L.. **O nascimento como experiência radical de mudança.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0014.pdf>> Acesso em: 20 de Junho de 2015

CUNHA, ALFREDO. **Indicações do parto a fórceps**. Revista FEMINA , vol. 39, nº 12 [S.L], 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n12/a2974.pdf> .Acesso em: 24 de Novembro de 2015.

COACCI, Thiago. **A pesquisa com acórdãos nas ciências sociais: algumas reflexões metodológicas**. Revista mediações. Londrina, 2013. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/viewFile/17313/13803> . Acesso em : 28 de Novembro de 2015.

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. [S.L], 2006. Disponível em: <[http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista\\_rhm1/revista1/80-91.pdf](http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm1/revista1/80-91.pdf)> Acesso em: 20 de Junho de 2015

DINIZ, Sinome G. **Entre a ética e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/parto/Doutorado%20%20Carmen%20Simone%20Grilo%20Diniz.pdf> .Acesso em : 20 de Novembro de 2015

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 5.534 de 28 de agosto de 2015**. Institui o parto humanizado e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal de 31 de agosto de 2015. Pág. 1 Seção 01.

D'ORSI, Eleonora *et al.* Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. **Cad. Saúde Pública**, volume 30, supl. 1, p. S154-S168. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2014000700021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000700021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 de Setembro de 2015

FLOYD, ROBBIE D. **Os modelos assistenciais tecnocrático, humanizado e holístico**. Traduzido por Adriana Tanese Nogueira. Original: “The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth”. In INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS. International Conference on Humanization of Childbirth. Fortaleza, Brazil, 2-4 November 2000, pp. 5-23.

FONTELLES, M. J. *et al.* **Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa**. Ciência e Saúde- UFG. Goiás, 2009. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>> Acesso em: 20 de Junho de 2015

LANSKY, S. *et al* . **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido**. Cad. Saúde Pública ,v. 30, supl. 1, p. S192-S207, Rio de Janeiro , 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 de Novembro de 2015.

LEAL, *et al.* **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S17- S47, 2014 a. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005) > Acesso em: 20 de Junho de 2015

LEAL, *et al.* **Ampliando o debate**. Caderno de Saúde Pública, volume 30, supl. 1, p. S43-S47, Rio de Janeiro, 2014b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2014001300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300012)>. Acesso em: 30 de Setembro de 2015

LOPEZ, TERESA. O Dano Estético- Responsabilidade Civil. 2º edição, Editora Revista dos Tribunais. São Paulo, 1999.

MATTAR,R; AQUINO. M ; MESQUITA. M. **A prática da episiotomia no Brasil**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [S.L], 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n1/a01v29n1>. Acesso em: 25 de novembro de 2015

MINAYO, M. C. S. e SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)>. Acesso em: 20 de Junho de 2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE- Centro Brasileiro de Análise e Planejamento- CEBRAP. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006**. Brasília, 2009b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, 2001

MORAES, NEREU CESAR DE. **Erro médico: aspectos jurídicos**. Rev Bras Cir Cardiovasc, , v. 11, n. 2, p. 55-59. São José do Rio Preto ,1996 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-76381996000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76381996000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 de novembro de 2015

Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. [S.L], 2014. Disponível em: < [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)> Acesso em: 30 de Setembro de 2015

RATTNER, Daphne. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas**. Interface (Botucatu), v. 13, supl. 1, p. 759-768, Botucatu, 2009 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500027&lng=en&nrm=iso)>..Acesso em: 20 de Junho de 2015

RATTNER, Daphne. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial** teórico Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, 2009. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf> Acesso em: 25 de Junho de 2015

RATTNER, Daphne et al. **ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento**. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, 2010. Disponível em: < <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849/812>> Acesso em: 25 de Setembro de 2015

PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em:< <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> f> Acesso em: 20 de Junho de 2015

ROCHA, Jaqueline A.; NOVAES, Paulo B. **Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal**. FEMINA, volume 38. Março, 2010. Disponível em :< <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>> Acesso em: 30 de Setembro de 2015

RASPANTINI, Priscila R. **Rede de atenção ao nascimento e fatores de risco associados ao parto cesáreo em três regiões de saúde do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-21082012-141315/publico/PatriciaRaspantini.pdf>> Acesso em: 20 de Junho de 2015

Senado Federal Secretaria Geral da Mesa Secretaria de Comissões Coordenação das Comissões Especiais, Temporárias e Parlamentares de Inquérito. **Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, relatório final**. Presidenta Deputada Federal Jô Moraes (PCdoB/MG); Vice Presidenta Deputada Federal Keiko Ota (PSB/SP); Relatora Senadora Ana Rita (PT/ES). Brasília, Julho de 2013.

SÃO PAULO (Estado). Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Cartilha: Violência Obstétrica**. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>. Acesso em: 20 de novembro de 2015.

SÃO PAULO (Estado). **Lei nº 15.759 de 25 de Março de 2015**. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, 2015.

SÃO PAULO (Estado). **Projeto de Lei nº 077 de 2013, dispõe sobre a implantação de medidas de informação a gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências**. Câmara Municipal de Diadema- SP, 2013.

REIS, CLAYTON; RODRIGUES, OKÇANA. **Possibilidade de reparação civil por danos decorrentes de condutas omissivas do estado aos direitos da personalidade**. [S.L], [2007]. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=a860a7886d7c7e2a> Acesso em: 21 de Novembro de 2015

SERRUYA, Suzanne J. et al. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500022) Acesso em: 20 de junho de 2015

STUMPF, JULIANO. **Poder Judiciário: morosidade de inovação**. Coleção Administração, volume II, Porto Alegre. 2009. Disponível em: [https://www1.tjrs.jus.br/export/poder\\_judiciario/tribunal\\_de\\_justica/corregedoria\\_geral\\_da\\_justica/colecao\\_administracao\\_judiciaria/doc/CAJ02.pdf](https://www1.tjrs.jus.br/export/poder_judiciario/tribunal_de_justica/corregedoria_geral_da_justica/colecao_administracao_judiciaria/doc/CAJ02.pdf) Acesso em: 24 de Novembro de 2015.

Zanetti *et al.* **Episiotomia: revendo conceitos**. Revista FEMINA, vol. 37, nº 7. [S.L], 2009. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf>. Acesso em: 24 de Novembro de 2015.