



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia

**Violação ao direito à saúde das mulheres no parto e
puerpério: análise de processos judiciais do TJDF
sob a ótica da violência
obstétrica**

Amanda Chiarelli Gonçalves de Oliveira

**Trabalho de Conclusão de Curso em
Saúde Coletiva apresentado a Faculdade
de Ceilândia da Universidade de Brasília
para obtenção do título de Bacharel em
Saúde Coletiva.**

Orientadora: Silvia Badim Marques

Brasília

2023

Violação ao direito à saúde das mulheres no parto e puerpério: análise de processos judiciais do TJDFT sob a ótica da violência obstétrica

Amanda Chiarelli Gonçalves de Oliveira

Trabalho de Conclusão de Curso na Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, como requisito básico para a conclusão do curso de Graduação em Saúde Coletiva.

Orientadora: Silvia Badim Marques

Brasília

2023

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Silvia Badim Marques
(Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia)

Prof.^a Marianna Assunção F. Holanda
(Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia)

Prof.^a Patrícia de Souza Rezende
(Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia)

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu filho que está sendo gerado em meu ventre, o Lucca. Ele foi a minha real motivação para superar todo o cansaço em meio a infinitas responsabilidades e me comprometer a finalizar esta etapa de minha vida com êxito.

Dedico também a todas as mulheres que sofreram algum tipo de violência obstétrica e tiveram seus momentos tão especiais marcados por um sofrimento que poderia ter sido evitado. A luta pela conscientização é de todos nós.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me concedido a oportunidade de entrar e me formar em uma instituição tão conceituada como a Universidade de Brasília.

Agradeço ao meu marido, Guilherme, que sempre acompanhou as minhas lutas e desafios durante a graduação. Obrigada por me ouvir, me consolar e me incentivar sempre.

Agradeço aos meus pais, Andréa e Roberto, que sempre me ensinaram o valor de assumir uma responsabilidade e me orientaram durante as minhas escolhas.

Agradeço a querida Adrienne, que me conduziu e me auxiliou de infinitas maneiras nesse processo tão desafiador que é a graduação.

Agradeço aos meus familiares, que sempre me estimularam durante esses longos anos de superação acadêmica.

Agradeço aos meus amigos, que me deram um enorme suporte emocional, sempre compreendendo as dificuldades desse momento e intervindo de forma tão efetiva e especial.

Agradeço aos amigos que a UnB me trouxe. Vocês conhecem mais do que ninguém o sentimento de missão cumprida após tantos semestres nos colocando de apoio uns para os outros.

E por último, mas tão importante quanto, eu agradeço a minha orientadora, professora Silvia Badim, que desde o início acreditou no meu potencial e me encorajou a assumir esse compromisso, se colocando ao meu lado e fazendo tudo ao seu alcance para me socorrer. Obrigada por tanto, professora!

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1: Tipologia e exemplificação da violência obstétrica segundo Jardim & Modena (2019)	19
Gráfico 1: Quantidade de acórdãos de acordo com o hospital)	24
Gráfico 2: Percentual dos tipos de danos sofridos pelos bebês)	26
Gráfico 3: Percentual dos tipos de danos sofridos pelas mulheres)	26
Gráfico 4: causas alegadas dos danos e sujeitos que os sofreram)	28
Tabela 1: Principais ações violentas e número de menções nos acórdãos analisados)	29

SUMÁRIO

1. RESUMO	08
2. ABSTRACT	08
3. INTRODUÇÃO	09
4. JUSTIFICATIVA	12
5. OBJETIVOS	
5.1. GERAL.....	13
5.2. ESPECÍFICOS.....	14
6. METODOLOGIA	14
7. MARCO TEÓRICO	
7.1. DIREITO À SAÚDE, INTEGRALIDADE E UNIVERSALIDADE.....	16
7.2. GÊNERO E SAÚDE - DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS.....	17
7.3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	18
7.4. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO.....	20
7.5. ERRO MÉDICO.....	21
8. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
9. CONCLUSÃO	31
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

1. RESUMO

Ultrapassando em muito os limites indicados pela Organização Mundial de Saúde - OMS, o Brasil ocupa o segundo lugar dos países com maiores taxas de cesáreas no mundo, submetendo mulheres a uma cirurgia de grande porte, sem necessidade, sem esclarecimento dos riscos e prejuízos e sem indicação para tal. No Brasil, a cesárea está ligada a uma maior morbimortalidade materna e infantil, se comparada ao parto normal, e apesar disso, o país tem se destacado como um dos líderes na utilização deste procedimento, o que se convencionou chamar de cultura da cesariana. A cesariana desnecessária é reconhecida como uma forma de violência obstétrica. Entretanto, quando revisada a literatura, não se encontra um único conceito para a violência obstétrica. Alguns autores a definem como violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaças e coerção, assim como a violência física, por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto. Atualmente, a violência obstétrica não é considerada um crime no Brasil. O fato torna muito mais complexo determinar uma pena para aqueles que cometem tal ato, dificultando o avanço no combate a este tipo de violência contra a mulher. A comparação entre os Acórdãos emitidos no Distrito Federal nos períodos compreendidos entre 2000-2014 e 2015-2022 em relação a danos causados em mulheres e bebês no processo obstétrico mostra que ainda é necessário avançar bastante em relação aos direitos fundamentais das mulheres. Está claro que a violência obstétrica é uma questão grave com alta prevalência no Brasil. Por isso é necessário ampliar os espaços para discussão do tema e promover a elaboração de leis e políticas públicas para o enfrentamento dessa questão.

2. ABSTRACT

Far exceeding the limits indicated by the World Health Organization - WHO, Brazil ranks second among the countries with the highest cesarean rates in the world. Subjecting women to major surgery, without need, without clarification of the risks and damages and without indication for such. In Brazil, cesarean section is linked to greater maternal and infant morbidity and mortality, compared to normal

delivery, and despite this, the country has stood out as one of the leaders in the use of this procedure, which is conventionally called “culture of cesarean sections”. Unnecessary cesarean section is recognized as a form of obstetric violence. However, when reviewing the literature, there is not a single concept for obstetric violence. Some authors define obstetric violence as psychological violence, characterized by ironies, threats and coercion, as well as physical violence, through manipulation and unnecessary exposure of the woman's body, making the moment of childbirth difficult and unpleasant. Currently, obstetric violence is not considered a crime in Brazil. This fact makes it much more complex to determine a penalty for those who commit such an act, making it difficult to advance in the fight against this type of violence towards women. The comparison between the Judgments issued in the Federal District in the periods between 2000-2014 and 2015-2022 in relation to damages towards women and babies in the obstetric process shows that it is still necessary to advance in relation to the fundamental rights of women. It is clear that obstetric violence is a serious issue with high prevalence in Brazil. Therefore, it is necessary to expand the spaces for discussing the theme and promote the creation of laws and public policies to face this issue.

3. INTRODUÇÃO

Em 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmou que, desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ótima de cesáreas está entre 10% e 15%. Uma taxa inferior a 5% estaria associada à falta de acesso ao cuidado adequado, enquanto taxas superiores a 15% estariam associadas a fatores não médicos. Os altos percentuais de cesarianas não são recomendados, pois podem significar a realização de procedimento cirúrgico desnecessário. Segundo a OMS, taxas acima de 10% não estão relacionadas a melhorias na mortalidade materna e neonatal a nível populacional (OMS, 2015).

Ultrapassando em muito os limites indicados pela OMS, o Brasil ocupa o segundo lugar dos países com maiores taxas de cesáreas no mundo, submetendo mulheres a uma cirurgia de grande porte, sem necessidade, sem esclarecimento dos riscos e prejuízos e sem indicação para tal. A cirurgia cesariana surgiu como uma

alternativa ao parto normal, nos casos em que a vida da gestante, do feto, ou ambas, estivessem em risco. Esse recurso deveria ser indicado pelo obstetra após avaliação das condições e circunstâncias da gestação e ser realizado apenas em casos de necessidade justificada, tendo em vista os riscos decorrentes de qualquer procedimento cirúrgico (FEBRASGO, 2018).

Entre 2000 e 2015, a taxa mundial de cesáreas aumentou, indo de 12% a 21%, segundo Boerma et al. (2018). No Brasil, a taxa de cesáreas chegou a 50% em 2009. Já em 2016, essa taxa foi de 55,5%, a segunda maior dentre os países com dados disponíveis no mundo, ficando atrás apenas da República Dominicana (BOERMA et al, 2018). Segundo os dados do DATASUS, sobre os nascidos vivos no Brasil, referentes aos nascimentos em 2020, 57,22% dos partos foram cesáreos, apesar de 15% ser considerado como taxa máxima aceitável pela Organização Mundial de Saúde. Um estudo mostra o maior índice de cirurgias cesarianas entre mulheres brancas, com melhores condições socioeconômicas e que realizam seus partos em hospitais particulares. Os autores acreditam ser paradoxal compreender que as mais elevadas taxas de cesárea estejam presentes exatamente nos grupos cujas condições de saúde materna sejam melhores e risco obstétrico menor. Tal constatação sugere “um abuso da tecnologia médica no atendimento ao parto” (FREITAS et al., 2015).

O Guia dos Direitos da Infância e do Bebê, redigido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, estabelece que a cesárea somente deve ser considerada, após o início do trabalho de parto e em situações na qual o nascimento natural prejudique a saúde ou coloque em risco a vida dos envolvidos (ANJOS et al., 2014). No Brasil, a cesárea está ligada a uma maior morbimortalidade materna e infantil, se comparada ao parto normal, e apesar disso, o país tem se destacado como um dos líderes na utilização deste procedimento, o que se convencionou chamar de cultura da cesariana (FAÚNDES; CECATTI, 1991; BELIZÁN et al., 2006; GIBBONS et al., 2010).

As causas de mortalidade materna mais frequentes são aquelas consideradas evitáveis, como hipertensão, hemorragia, infecção e complicações de aborto (VICTORA et al., 2011). As principais causas de mortalidade neonatal igualmente são aquelas consideradas reduzíveis e evitáveis, como falhas na atenção adequada à mulher durante a gestação e parto, bem como ao recém-nascido (MALTA, 2007). Há evidências de que no setor privado há maior presença de prematuros leves, o

que pode estar relacionado com os altos índices de cesáreas eletivas agendadas (LEAL et al, 2004; BARROS et al 2006; MARCH OF DIMES et al, 2012).

De acordo com Rodrigues et al. (2019), a falta de conhecimento, o medo da dor, o mito de que a cesariana é mais segura para o feto e a precária assistência concedida à mulher durante o trabalho de parto, são determinantes na escolha do parto e podem ajudar a explicar o fenômeno denominado cultura da cesariana no Brasil. Notou-se também que o tempo é um fator encorajador da preferência pela via de parto cesariana, uma vez que os obstetras, que indicam essa prática, têm a possibilidade de agendamento e, por outro lado, a gestante evita um processo que pode ser prolongado e, com a falta de amparo profissional, doloroso e difícil.

A cesariana desnecessária é reconhecida como uma forma de violência obstétrica. Entretanto, quando revisada a literatura, não se encontra um único conceito para a violência obstétrica. D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) definem a violência contra mulheres nas instituições de saúde e discutem em maior detalhe sobre quatro tipos de violência: negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro). Outros autores (Sanfelice et al., 2014; Wolff & Waldow, 2008) definem a violência obstétrica como violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaça e coerção, assim como a violência física, por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto.

Além disso, a violência obstétrica compreende o uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, assim como a realização de práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, não baseadas em evidências científicas. Alguns exemplos são a raspagem dos pelos pubianos, episiotomias de rotina, realização de enema, indução do trabalho de parto e a proibição do direito ao acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto (Diniz, 2009; D'Oliveira, Diniz, & Schraiber, 2002; Leal et al., 2014).

Com o objetivo de mudar o modelo da atenção obstétrica, em 2011 o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha, um programa do Governo Federal que teve seu primeiro período de implantação avaliado em 2017 (Bittencourt et al. 2021). Este programa do Sistema Único de Saúde (SUS) propõe a melhoria do atendimento às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto, também ao recém-nascido e

às crianças com até dois anos de idade. O atendimento é ofertado em todas as unidades básicas de saúde (BRASIL, 2012).

Desde os anos 2000 foi proposta e instituída uma série de programas e políticas em saúde, entre os quais: o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre outros (Ministério da Saúde, 2014).

Foram criados alguns Projetos de Lei que abordam a violência obstétrica, buscando diminuir a incidência de casos e regulamentar tal ato como criminoso. Um dos exemplos é o Projeto de Lei nº 7867/17, que possui como teor principal dispor sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Nessa mesma linha, o Projeto de Lei nº 2082/2022 visa tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção. Ambos ainda estão pendentes de deliberação pelas casas legislativas.

Assim, identificar e discutir as características envolvidas no fenômeno da violência obstétrica torna-se fundamental para subsidiar a elaboração de leis e políticas públicas que apresentem estratégias e promovam mudanças nos paradigmas assistenciais para o enfrentamento dos atos violentos no cotidiano obstétrico.

4. JUSTIFICATIVA

De acordo com o IBGE, no ano de 2019, o total de nascidos vivos foi de 2.851.199 no Brasil. Em 2018 foi de 2.946.887, em 2017 foi de 2.927.005 e em 2016 foi de 2.869.164. Ou seja, de 2016 a 2019, a média de nascidos vivos por ano no Brasil é de 2.898.563,75. Na pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com Serviço Social do Comércio (SESC), em 2010, foi constatado que, no Brasil, 1 em cada 4 mulheres já sofreu algum tipo de violência obstétrica no atendimento ao parto. Levando em consideração os dados apresentados até aqui, entende-se que a média de casos de violência obstétrica durante o atendimento ao parto no Brasil é de aproximadamente 724.640 por ano.

Atualmente, a violência obstétrica não é considerada um crime no Brasil. O fato torna muito mais complexo determinar uma pena para aqueles que cometem tal ato, dificultando o avanço no combate a este tipo de violência contra a mulher.

Observar as decisões judiciais sobre casos de violência obstétrica torna possível analisar qual tem sido o desfecho para as mulheres que sofrem esse tipo de violência, se elas estão sendo amparadas pela lei e se estão sendo ouvidas e vistas pelas autoridades.

O Trabalho de Conclusão de Curso da ex-aluna de Saúde Coletiva, Desirée Marques Pereira, abordou essa temática e analisou as decisões judiciais em segunda instância do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios – TJDFTR relacionadas a parto e violência obstétrica do ano de 2000 a 2014. Sua pesquisa foi extremamente relevante por trazer dados e discussões necessárias para o meio acadêmico e os serviços de saúde. A violência obstétrica é um assunto que precisa estar na pauta dos profissionais de saúde, da Academia e da população, pois é por meio da informação e de uma nova visão que será possível reverter a infinidade de casos hoje apresentados no Brasil.

Esse trabalho busca atualizar a pesquisa já feita pela sanitarista Desirée Marques Pereira, com o objetivo de se manter acessível dados tão relevantes quanto os que foram trazidos por ela em sua pesquisa.

5. OBJETIVOS

5.1. Geral

Analisar acórdãos do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios – TJDFTR relacionados a erros médicos e agravos à saúde de mulheres e pessoas com útero, referentes à parto e puerpério, entre os anos de 2015 e 2022, associando esses processos às discussões sobre violência obstétrica.

5.2. Específicos

Realizar pesquisa de acórdãos na segunda instância do TJDFT e analisar esses acórdãos de acordo com:

- tipo de Acórdão (cível ou criminal);
- tipo de réu (público ou privado);
- sujeito que sofreu o dano (mulher, bebê, mulher e bebê);
- tipo e causa do dano alegado;
- resolução do processo (favorável ou desfavorável ao autor do processo - mulher e/ou bebê);
- média de tempo entre o dano e o julgamento de 2ª instância;
- menção do termo "violência obstétrica" no Acórdão (sim ou não);
- palavras ou ações classificadas como violência obstétrica

E realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema, conectando esses dados à discussão sobre violência obstétrica no Brasil.

6. METODOLOGIA

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. (MINAYO e SANCHES, 1993; FONTELLES et al., 2009). Segundo Godoi (2006) uma abordagem mista é o meio pelo qual o pesquisador realiza uma metodologia de investigação que combina ou associa as duas formas. É mais do que uma simples coleta e análise dos dados, envolve um levantamento simultâneo ou sequencial para melhor entender os problemas da pesquisa.

Portanto, este é um estudo com abordagem quanti-qualitativa que envolveu a análise documental de acórdãos do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios - TJDFT relacionados a danos durante o parto.

A coleta de dados foi realizada no site do TJDFR com os seguintes parâmetros:

- Período da coleta: julgamentos de 2015 a 2022
- Palavras-chave: erro médico “E” parto

Dos acórdãos retornados a partir desses parâmetros foram analisados aqueles identificados como “apelação”, tanto cível quanto criminal.

Os Acórdãos públicos foram classificados em uma planilha explicitando os seguintes aspectos:

- número do Acórdão;
- tipo de Acórdão (cível ou criminal);
- réu do processo;
- tipo de réu (público ou privado);
- sujeito que sofreu o dano (mulher, bebê, mulher e bebê);
- tipo de dano alegado;
- causa alegada do dano;
- resolução do processo (favorável ou desfavorável ao autor do processo - mulher e/ou bebê);
- data do evento danoso ou do fato gerador;
- data do julgamento;
- quantidade de anos entre o dano alegado e o julgamento em 2ª instância;
- menção do termo "violência obstétrica" no Acórdão (sim ou não);
- palavras ou ações classificadas como violência obstétrica

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

Por fim, vale destacar que a metodologia deste estudo foi baseada no Trabalho de Conclusão de curso de Desirée Marques Pereira (2015), que realizou essa mesma análise com os dados do período compreendido entre 2000 e 2014. Como o atual projeto tem como objetivo manter essas informações atualizadas, a mesma metodologia foi usada com os dados do período de 2015 a 2022.

7. MARCO TEÓRICO

7.1. Direito à saúde, integralidade e universalidade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. O direito à saúde foi abordado na Constituição Federal de 1988, em seu parágrafo 196, como a saúde sendo direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Para garantir esse direito, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que é baseado em três pilares fundamentais: universalidade, equidade e integralidade. Uma grande conquista que gerou a oportunidade de todo indivíduo possuir acesso à saúde de forma inteira e justa.

A integralidade, um dos princípios do SUS, diz respeito a uma compreensão mais abrangente do ser humano que se pretende atender. Conforme determina a Constituição, o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, compreender o contexto social em que está inserido e, a partir daí, atender às suas demandas e necessidades, atentando sobretudo para a prevenção de doenças ou agravos de saúde (Marques, Assis, Dresch, & lunes). O princípio da integralidade tem como objetivo garantir um olhar completo sobre o paciente, deixando de focar apenas na doença ou nos protocolos para sua cura, e ampliando a visão para as razões de sua causa, como essa doença afeta aquele indivíduo específico, como o tratamento pode ser adequado a sua realidade, entre outros fatores que contribuem para um atendimento mais integral.

No SUS, a universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural (Paim; Silva, 2010). Qualquer cidadão deve receber atendimento, independente de cor, raça, orientação sexual, condição financeira, idade ou qualquer outro fator que o diferencie de outros. Aos olhos do SUS, todos merecem atendimento.

7.2. Gênero e saúde – direitos sexuais e reprodutivos

Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres ganharam destaque na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo/Egito, em 1994 (UNFPA BRAZIL, 2007). Em seu parágrafo 7.3, declara que “os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos de acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência”.

No parágrafo 7.2 explica que “a saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio”.

Com grande importância na história dos direitos sexuais e reprodutivos, também se destaca a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995 em Pequim, onde estabelece em seu parágrafo 96 que “os direitos humanos das mulheres incluem os seus direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livres de coerção, discriminação e violência. A

igualdade entre mulheres e homens no tocante às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito à integridade da pessoa humana, exige o respeito mútuo, o consentimento e a responsabilidade comum pelo comportamento sexual e suas consequências”.

7.3. Violência obstétrica

Nascida da tragédia da Segunda Guerra Mundial, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) serviu de referência inicial para os direitos humanos das mulheres. Entretanto, somente em 1993, na Conferência Mundial de Direitos Humanos realizada em Viena, houve o efetivo reconhecimento dos direitos das mulheres como direitos humanos universais, independentes, inalienáveis e indivisíveis (Viena, 1993).

Em contraposição a lenta, mas progressiva, evolução no reconhecimento dos direitos das mulheres está a violência de gênero, que pode ser definida como qualquer tipo de agressão física, psicológica, sexual ou simbólica contra alguém em situação de vulnerabilidade devido a sua identidade de gênero ou orientação sexual. No Brasil, até a publicação da Lei Maria da Penha (Brasil, 2006), a violência de gênero não era considerada uma violação aos direitos humanos porque a subordinação das mulheres aos homens era tida como natural, não cabendo ao Estado intervir na vida doméstica, como amplamente discutido por Andrade & Almeida (2017).

Diante das várias formas de violência contra a mulher¹ está a violência obstétrica que, embora não tenha recebido um conceito oficial no Brasil, foi definida na Venezuela, em 2007, como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, e se materializa por meio do tratamento desumanizado, do abuso da medicalização, e da patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda da autonomia e da capacidade das mulheres de decidirem livremente sobre seus corpos e sexualidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), mulheres do mundo inteiro são assistidas de maneira violenta, vivenciando situações de maus-tratos, desrespeito, abusos, negligências e violação dos direitos humanos

¹ <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/violencia-contr-a-mulher/formas-de-violencia-contr-a-mulher/>

por profissionais de saúde, sendo mais frequentes durante a assistência ao parto e ao nascimento.

A violência obstétrica se manifesta de maneira silenciosa, uma vez que, culturalmente, o parto é tido como um momento de “dor necessária”. Uma pesquisa publicada em 2012 pela Fiocruz² mostrou que 30% das mulheres atendidas em hospitais privados sofreram violência obstétrica, enquanto no SUS (Sistema Único de Saúde), a taxa é de 45%. Outra pesquisa realizada em 2019 por Lansky et al mostrou que no grupo de mulheres que teve parto vaginal, 46,4% ficaram na posição litotômica no momento do parto, em 23,7% foi realizada a manobra de Kristeller, em 30,4% foi realizada a episiotomia, e a realização desse procedimento não foi informada para 35,6% das mulheres. Esses dados indicam que ações reconhecidas como violência obstétrica são realizadas como rotinas nos estabelecimentos de saúde.

A revisão integrativa de literatura realizada por JARDIM & MODENA (2019) mostrou que a violência obstétrica pode ser reconhecida como um fenômeno que abrange diferentes violências. A figura 1, extraída dessa revisão, sistematiza o tipo de violência e os principais exemplos encontrados.

Figura 1: Tipologia e exemplificação da violência obstétrica segundo Jardim & Modena (2019)

Tipologia	Exemplos
Violência verbal	Falas grosseiras, desrespeitosas, vexatórias, coercitivas, discriminatórias, de cunho moralista, comentários críticos, irônicos e negativos, que expõem as mulheres ao constrangimento, inferiorização, humilhação. A presença de jargões do tipo: “Está chorando por quê? Na hora de fazer, não chore!”, “Mas nem dói tanto assim!”, “Ah, não chora, não, ano que vem você está aqui de novo”; “Se não fizer força, seu bebê vai sofrer”; “Cala a boca e empurra o bebê”; “Se gritar, eu paro agora o que estou fazendo”. Falas acusadoras e discriminatórias às mulheres em situação de abortamento.
Violência física	Realização de toques vaginais repetitivos e agressivos, uso rotineiro de episiotomia; realização de cesarianas desnecessárias; falta de manejo adequado da dor (seja antes, durante e depois do parto); realização de procedimentos sem a analgesia adequada (curetagem, retirada manual da placenta, sutura, parto cesariana); utilização de puxos dirigidos, tapas e beliscões nas pernas; contenção física de pernas e braços durante o parto normal ou cesariana; manobra de Kristeller.
Violência psicológica	Ameaças, gritos, discurso autoritário e hostil, intimidações diante do comportamento das pacientes; chantagens feitas pela equipe. Atribuição de culpa à mulher em situações como sofrimento fetal (ou estado fetal não tranquilizador) e dificuldade de realizar puxos no período expulsivo. Atribuição de incapacidade à mulher de parir.
Violência sexual	Realização de toque vaginal sem luvas; manipulação de genitálias de forma grosseira e desrespeitosa, toque no corpo e toque retal na mulher sem o consentimento dela.
Discriminação social	Desrespeito, estigma, preconceito ou tratamento diferencial à mulher diante da sua cor, raça/etnia, condição social, econômica, conjugal, opção sexual, religião, escolaridade. Abuso financeiro por profissionais.
Negligência na assistência	Assistência indiferente, abandono, recusa em promover cuidados às mulheres consideradas “queixosas”, “escandalosas”, “descompensadas”, “pouco colaborativas”, “questionadoras”. Postergar a assistência a mulheres em situação de abortamento.
Uso inadequado de procedimentos e tecnologias	Procedimentos iatrogênicos, uso abusivo de ocitocina, imobilização no leito durante o trabalho de parto, parto em posição litotômica, realização rotineira de amniotomia, monitorização fetal contínua de rotina, jejum prolongado sem indicação, manejo inadequado da dor sem justificativas, não realização de contato pele a pele e clameamento precoce de cordão umbilical.

² https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil

Andrade et al. (2016) reconhece a existência da violência obstétrica pelo uso do fórceps sem necessidade médica, pela aplicação da manobra de Kristeller, pela realização da episiotomia sem consentimento, pelo uso da ocitocina sem critérios claros, pela realização de cesarianas rotineiras sem necessidade médica, além da lavagem intestinal, dos repetidos exames vaginais e das limitações posturais. Nesse contexto, é identificado na literatura científica que 91,7% das mulheres são restritas a posição litotômica, 40% receberam ocitocina para acelerar o parto, 37% submeteram-se a manobra de Kristeller e alta taxa de cesarianas (LANSKY et al., 2017).

Pimenta (2012) e Niy et al. (2019), ao analisarem as práticas de violência obstétrica, assinalam que elas estão vinculadas aos profissionais que se sentem ordenadores das necessidades da parturiente, e acabam impondo rotinas culturalmente aceitas, como por exemplo a imobilização física em posição litotômica. Segundo RIBEIRO; FERLA, 2016, essa cultura ordenadora de cuidado está diretamente relacionada ao modelo de atenção à saúde centrado na figura do profissional e não na mulher. MAIA, 2010 destaca que o poder hierarquizado dos profissionais de saúde sobre as clientes, impõe rotinas violentas e afasta a autonomia e o protagonismo dessas mulheres.

Assim, identificar e discutir as características da violência obstétrica relacionando-as com os danos que ela provoca nos sujeitos envolvidos é de suma importância para a proposição e validação de leis e políticas públicas para o enfrentamento do problema e conseqüente mudança nos paradigmas assistenciais no cotidiano obstétrico.

7.4. Responsabilidade civil do estado

Responsabilidade civil é a obrigação de reparar os danos lesivos a terceiros seja de natureza patrimonial ou moral. No Brasil, vigora a responsabilidade objetiva do Estado, na modalidade de risco administrativo, nos termos do art. 37, §6º, da Constituição Federal. Assim, o Estado possui a obrigação jurídica de reparar danos morais e patrimoniais causados a terceiros por seus agentes atuando nessa qualidade.

Entretanto, para caracterizar a responsabilidade civil do Estado, a pessoa deve comprovar que sofreu algum dano que afeta um direito juridicamente

tutelado pelo Estado. Além disso, deve-se comprovar que esse dano foi decorrente de uma conduta de algum agente público agindo como tal.

Assim, estabelecer a tríade conduta-dano-nexo causal é condição obrigatória para que o Estado seja responsabilizado.

No caso de omissão do Estado (*faute du service*) a responsabilidade será subjetiva. Dessa forma, é necessário que o lesado comprove a omissão do Estado, que deixou de agir quando tinha obrigação. Entretanto, há de se destacar que essa deve ser uma omissão ilícita, ilegal, uma verdadeira falta de serviço, isto é, o serviço não existiu, ou funcionou mal ou funcionou atrasado.

A reparação do dano poderá ocorrer de forma amigável ou por meio de ação judicial movida pelo terceiro prejudicado contra a pessoa jurídica de direito público ou de direito privado prestadora de serviço público. Dessa forma, o particular lesado deve propor a ação contra a Administração Pública e não contra o agente causador do dano. A ação de indenização é movida contra a pessoa jurídica de direito público ou de direito privado prestadora de serviço público.

Por fim, o valor da indenização deve abranger o que a vítima efetivamente perdeu e o que gastou para obter o ressarcimento – por exemplo, os valores com advogado –, bem como o que deixou de ganhar em consequência direta do ato lesivo causado pelo agente – os denominados lucros cessantes.

7.5. Erro médico

A definição de erro médico encontra-se no Manual de Orientação Ética Disciplinar do Conselho Federal de Medicina: *erro médico é a falha do médico no exercício da profissão. É o mau resultado ou resultado adverso decorrente da ação ou da omissão do médico, por inobservância de conduta técnica, estando o profissional no pleno exercício de suas faculdades mentais. Excluem-se as limitações impostas pela própria natureza da doença, bem como as lesões produzidas deliberadamente pelo médico para tratar um mal maior.*

Vale notar que todos os casos de erro médico julgados nos Conselhos de Medicina ou na Justiça, em que o médico foi condenado, o foi por erro culposo.

Para que se caracterize a culpa, é necessário comprovar que o médico agiu com negligência, imperícia ou imprudência.

Negligência é quando deixa de tomar uma atitude ou apresentar conduta que era esperada para a situação. Age com descuido, indiferença ou desatenção, não tomando as devidas precauções.

Imprudência pressupõe uma ação precipitada e sem cautela. A pessoa não deixa de fazer algo, não é uma conduta omissiva como a negligência. Na imprudência, ela age, mas toma uma atitude diversa da esperada.

Imperícia é necessário constatar a inaptidão, ignorância, falta de qualificação técnica, teórica ou prática, ou ausência de conhecimentos elementares e básicos da profissão.³

No caso de erro médico a responsabilidade é subjetiva, isto é, há de se falar em culpa (negligência, imprudência e imperícia). Diferentemente de outras profissões, o médico tem obrigação de meio e não de resultado, por isso em um processo cível o juiz analisará se no agir do médico houve culpa (negligência, imprudência e imperícia) para o acontecimento de determinado dano, que pode ser pessoal, moral e material.

O acórdão publicado na RT 694/84 traz um texto muito esclarecedor do desembargador Sousa Lima:

"(...) a responsabilidade civil do médico não é idêntica à dos outros profissionais, já que a sua obrigação é de meio e não de resultado, * exceção feita à cirurgia plástica. Se isso é assim não é porque o médico deva ser considerado um privilegiado em relação aos outros profissionais, mas porque lida ele com a vida e a saúde humanas, que são ditadas por conceitos não exatos, alguns até mesmo não explicados pela Ciência. Nestes termos, cabe ao médico tratar o doente com zelo e diligência, com todos os recursos de sua profissão para curar o mal, mas sem se obrigar a fazê-lo, de tal modo que o resultado final não pode ser cobrado, ou exigido."

³ <https://lobo.jusbrasil.com.br/artigos/342486608/erro-medico-definicao-e-repercussoes-eticas-civeis-penais-e-do-consumidor>

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

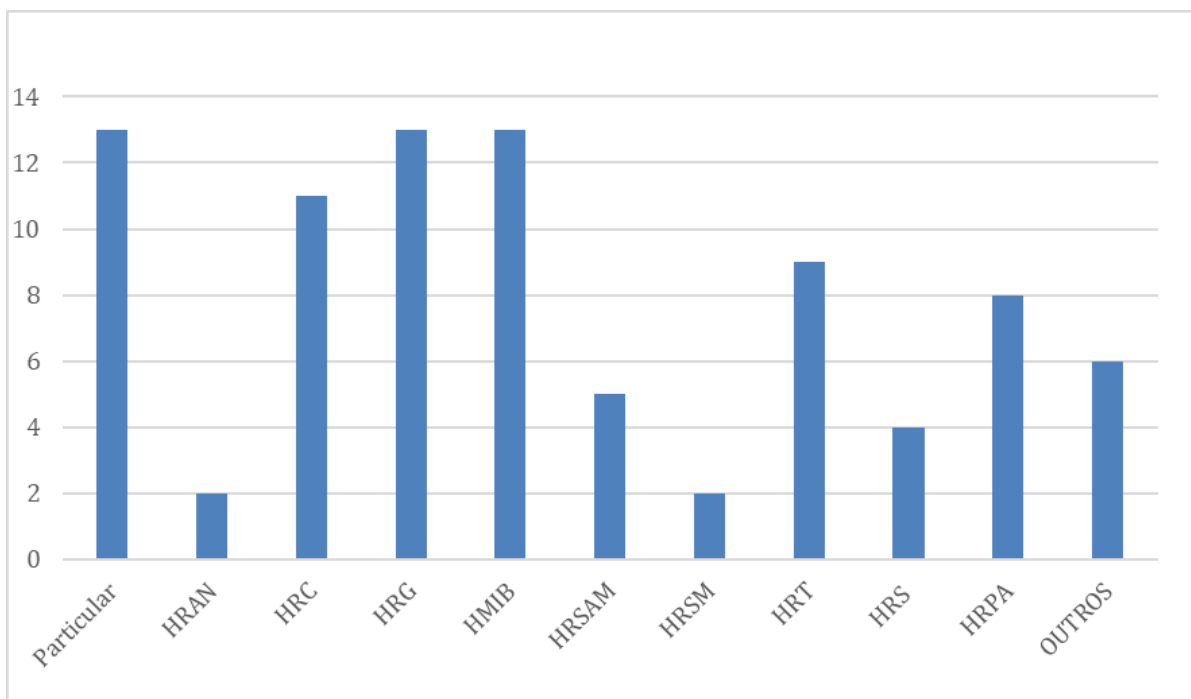
Em termos processuais, a legislação brasileira apresenta dois tipos de responsabilidade: a civil e a penal. A responsabilidade civil é indenizatória e tem como função principal reparar o dano ou o prejuízo sofrido por uma pessoa; pode-se dizer que seu objetivo principal é diminuir a “dor” do ofendido, uma vez que nem sempre é possível reparar o dano. Por outro lado, a responsabilidade penal ou criminal é alegada quando o dano causado decorre do descumprimento de alguma lei ou norma. Vale destacar que o Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940) determina em seu artigo 1º que só há crime se houver uma lei anterior que o defina.

Dessa forma, considerando não haver lei que defina a violência obstétrica como crime no Brasil, buscou-se verificar por meio da análise do teor dos Acórdãos emitidos pelo TJDFT a ocorrência de dano decorrente de ações que podem ser caracterizadas como esse tipo de violência.

A busca com os parâmetros descritos na metodologia encontrou um total de 243 Acórdãos, dos quais nove em segredo de justiça. Dos 234 públicos, 93 eram Acórdãos resultantes de “apelação” e por isso compuseram a amostra analisada.

A análise quantitativa mostrou 90 apelações cíveis e três criminais, tendo sido 44 decisões favoráveis aos autores e 49 desfavoráveis. Além disso, 80 processos envolviam a rede pública de saúde do Distrito Federal e somente 13 a rede privada ou médico particular. O gráfico 1 mostra os hospitais públicos citados e o respectivo número de processos julgados.

Gráfico 1: Quantidade de acórdãos de acordo com o hospital



Legenda: Particular (inclui hospitais privados e médicos); 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; HRS: Hospital Regional de Sobradinho; HRPA: Hospital Regional do Paranoá; HRP: Hospital Regional de Planaltina; OUTROS (inclui os demais hospitais públicos mencionados: Hospital de Base de Brasília, Hospital Regional de Brazlândia e hospitais sabidos públicos mas não mencionados nos Acórdãos)

Fonte: elaboração própria a partir de dados do TJDF

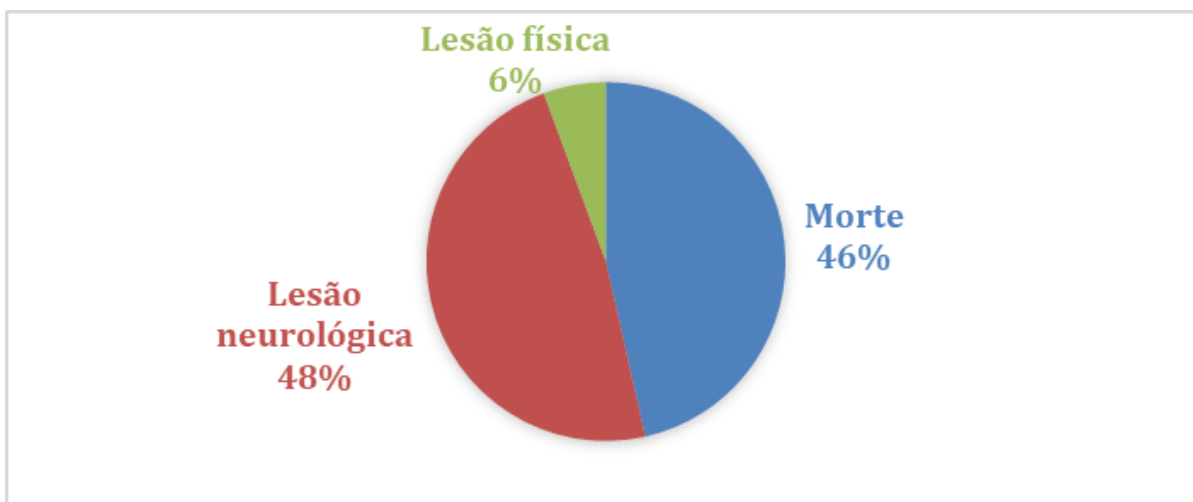
Esses resultados mostram que não houve diferença significativa entre os dados da análise dos Acórdãos emitidos entre 2000-2014 e 2015-2022. Observa-se que houve predominância ampla das ações cíveis sobre as criminais, até porque, conforme mencionado anteriormente, a violência obstétrica não é tipificada como crime no Brasil. A esse respeito vale destacar que o Poder Legislativo tem buscado avançar nas questões que envolvem esse tema. Prova disso é o Projeto de Lei nº 2082/2022 (Brasil, 2022), de autoria da Senadora Leila Barros, e em tramitação no Senado Federal, que tem como objetivo principal tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção.

Além disso, de modo semelhante ao descrito por Pereira (2015), a maioria das ações - 86% - teve como réu a rede pública de saúde. Provavelmente, isso se

deve à responsabilidade objetiva do Estado, definida como a obrigação do poder público de reparar danos causados aos cidadãos independentemente de culpa (Silva, 2007). No que diz respeito ao sistema público de saúde, as ações civis podem ser movidas contra o Estado para cobrar a responsabilidade objetiva quando há falhas ou negligências no atendimento à saúde da população (Oliveira, 2009). Essas ações têm como objetivo exigir o cumprimento do dever estatal de oferecer um sistema de saúde de qualidade e de garantir o direito à saúde da população (Machado, 2011). Por outro lado, a responsabilidade civil de um hospital particular é definida como a obrigação de reparar danos causados aos pacientes ou terceiros em virtude de suas atividades (Ferreira, 2016). Essa responsabilidade deve ser decorrente de atos de negligência, imprudência ou imperícia na prestação de serviços de saúde, como por exemplo, erros médicos, falta de equipamentos adequados ou falta de treinamento adequado do pessoal (Santos, 2018). Quando um paciente sofre danos em um hospital particular, ele pode entrar com uma ação judicial para cobrar indenização pelos prejuízos sofridos (Ribeiro, 2019). Vale destacar que a responsabilidade civil de um hospital particular é distinta da responsabilidade objetiva do Estado, e está diretamente ligada às condutas indevidas do hospital e de seus funcionários.

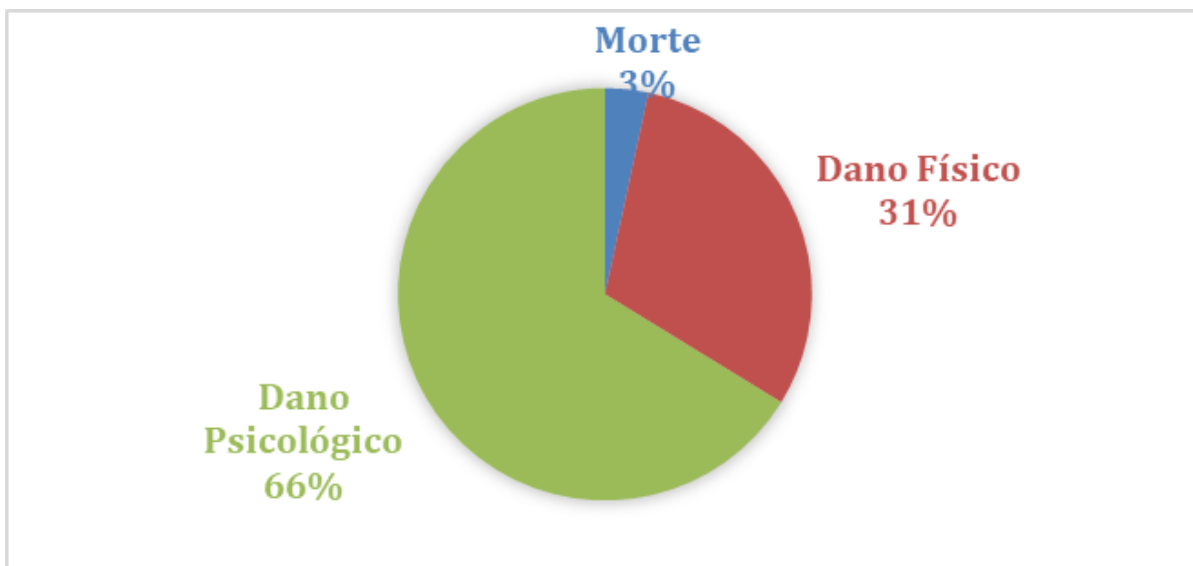
Em relação ao sujeito que sofreu o dano, a análise mostrou que os bebês foram as principais vítimas perfazendo 70,96% dos casos, ao passo que as mulheres somam 21,5% e as mulheres e bebês em conjunto perfazem 7,52% dos acórdãos. Os danos alegados foram categorizados de acordo com o sujeito que o sofreu, sendo três categorias para os bebês (morte, lesão física e lesão neurológica) - vide gráfico 2 - e três categorias para as mulheres (morte, dano físico e dano psicológico) - vide gráfico 3.

Gráfico 2: Percentual dos tipos de danos sofridos pelos bebês



OBS: o gráfico 2 inclui os bebês que sofreram dano em conjunto com a mãe;

Gráfico 3: Percentual dos tipos de danos sofridos pelas mulheres



Obs: o gráfico 3 inclui as mulheres que sofreram dano em conjunto com seus bebês.

Assim como em 2015 (Pereira, 2015), a análise dos Acórdãos mostrou que os bebês são os sujeitos que mais sofrem danos. Embora tenha havido redução no percentual de danos por lesões físicas e neurológicas de 63% - no período de 2010 a 2014 - para 54% entre 2015 e 2022, houve um aumento de mortes, de 37% para

46% nesses mesmos períodos. Entretanto, os dados mais recentes disponíveis para o Distrito Federal, mostram que o coeficiente de mortalidade infantil que em 2010 era de 12,4 óbitos para cada mil nascidos vivos caiu para 10,3 óbitos em 2018 e 8,5 óbitos em 2019 (Governo do Distrito Federal, 2019). A redução da mortalidade infantil representa uma melhoria na saúde e no bem-estar das crianças e das suas famílias, bem como uma melhoria geral na saúde e no desenvolvimento de uma sociedade. Segundo a UNICEF (2021), a redução nas taxas de mortalidade infantil é reconhecida como um indicador chave da saúde e do bem-estar de uma comunidade.

Em contrapartida, apesar dos resultados mostrarem “apenas” 3% de morte materna, o Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr) mapeou que a razão da mortalidade materna no Brasil (registro de mortes relacionadas a complicações no parto, gravidez e puerpério em relação aos nascidos vivos) retrocedeu a níveis de duas décadas atrás⁴. Além disso, dados recentes mostram que o número de mortes de gestantes e puérperas em território nacional é cerca de 35% maior que o veiculado pelo Ministério da Saúde⁵. Vale destacar que a morte por causas obstétricas diretas se refere a morte de uma mulher durante a gravidez, parto ou pós-parto, devido a condições relacionadas ao processo obstétrico que deveria ser supervisionado por profissionais e incluir exames pré-natais, tratamentos médicos, parto normal e cuidados pós-parto, com o objetivo de garantir a segurança da mãe e do feto durante todo o processo e fornecer o melhor cuidado para mãe e o bebê após o nascimento. Com o intuito de definir e garantir os direitos da gestante e promover sua proteção integral, está em tramitação no Senado Federal o Projeto de Lei nº 2285/2022 (Brasil, 2022) que institui o Estatuto da gestante, com foco na atenção humanizada na gestação, no parto e no puerpério.

Também merece destaque o alto percentual de dano psicológico - 66% - encontrado nos Acórdãos. É bem verdade que a gestação pode ser uma fase complexa e cheia de desafios para a saúde mental de uma mulher, incluindo a possibilidade de danos psicológicos. Um estudo desenvolvido por Kassada et al (2015) mostrou que a prevalência de transtornos mentais em gestantes foi de

4

<https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu#:~:text=Em%202020%2C%20foi%20de%2071.97.mapeados%20pelo%20Observat%C3%B3rio%20Obst%C3%A9trico%20Brasileiro>

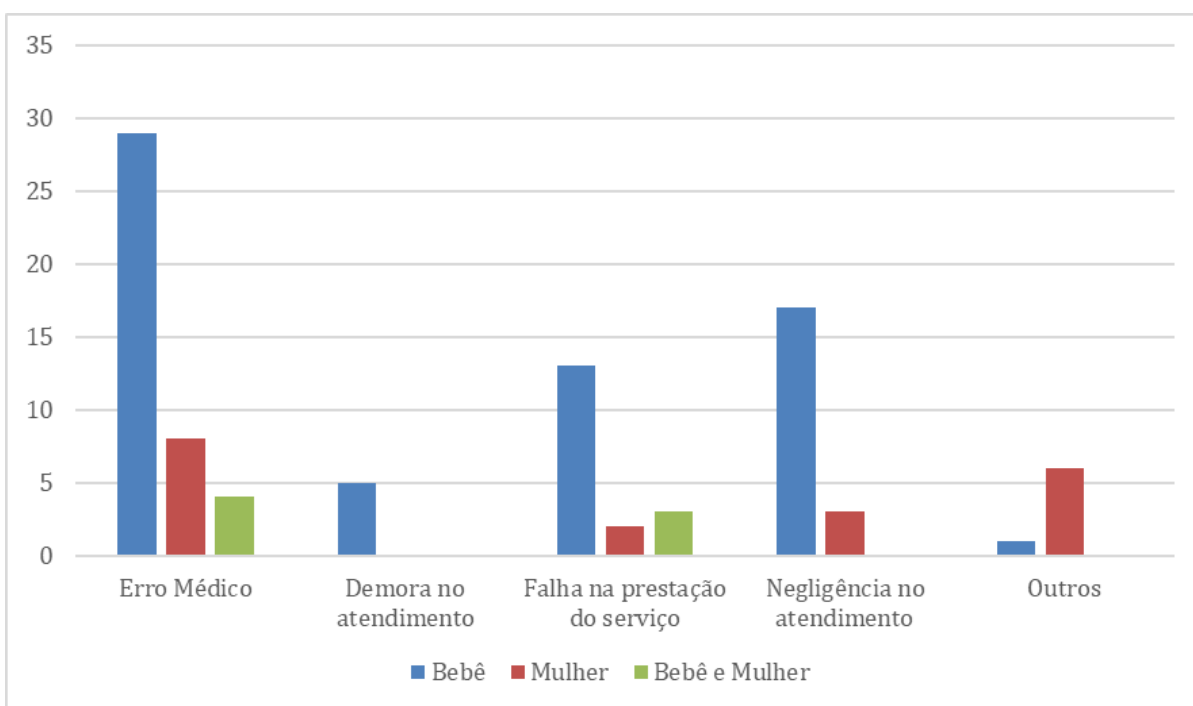
5

<https://www.sogesp.com.br/noticias/observatorio-obstetrico-brasileiro-estudo-inedito-mortes-maternas-no-brasil-sao-35-a-mais-d-o-que-dados-oficiais/>

12,94% e os fatores associados foram: idade, situação conjugal, cor, trimestre de gestação, internação durante a gestação e doença crônica. Visando mitigar essa situação, o Projeto de Lei da Câmara nº 98/2018 (Brasil, 2018), com tramitação encerrada no Senado Federal e remetida à Câmara dos Deputados, dispõe que toda gestante, durante a realização do pré-natal, deverá ser submetida a avaliação psicológica com o intuito de se detectar a propensão ao desenvolvimento de depressão pós-parto, considerados os fatores de risco.

A leitura dos Acórdãos mostrou que a causa do dano é multifatorial e nem sempre está clara ou bem categorizada por quem a alega. Vale lembrar que para se configurar culpa do profissional de saúde é necessário estabelecer o nexo de causalidade entre a ação ou omissão do profissional e o dano causado. Isso posto, as principais causas alegadas foram categorizadas em: erro médico, demora no atendimento/procedimento de parto, falha na prestação do serviço, negligência no atendimento e outras (que engloba esquecimento de objetos ou restos placentários na mulher, omissão de socorro, atendimento não humanizado, ausência de diagnóstico e falta de informação). O gráfico 4 mostra as causas alegadas e os sujeitos que sofreram danos.

Gráfico 4: causas alegadas dos danos e sujeitos que os sofreram



Em relação a manifestação da violência obstétrica foi observado que em apenas quatro dos 93 acórdãos houve menção a esse termo. Entretanto, no texto de 27 acórdãos foram encontrados termos e descrição de ações que são claramente caracterizadas como violência obstétrica, sendo os principais: episiotomia sem consentimento, realização de manobra de Kristeller, uso de fórceps, insultos, agressões verbais, dentre outros, como por exemplo, a falta de acolhimento e escuta ativa da parturiente. A tabela 1 elenca os principais termos e ações relativos a violência obstétrica encontrada nos acórdãos.

Tabela 1: Principais ações violentas e número de menções nos acórdãos analisados

Tipo de violência obstétrica	Número de menções
Episiotomia sem consentimento	6
Manobra de Kristeller	8
Insultos e agressões verbais	4
Uso de Fórceps	1
Anestesia excessiva	1
Mais de 20 horas de trabalho de parto	2
Ausência de acompanhante	3
Falta de acolhimento/oitiva da mãe	12

OBS: Em alguns partos foi observado mais de uma ação caracterizada como violência obstétrica.

A violência obstétrica pode ser definida como ações ou omissões que prejudicam a saúde física e emocional das mulheres durante a gestação, o parto e o pós-parto. Embora ainda não tipificada no Brasil, é possível reconhecer características desse tipo de violência nos seguintes exemplos:

- Restrição à autonomia da mulher – inclui o não respeito a posição de parto, o uso de fórceps sem necessidade médica, a imposição de

cesárea sem consentimento e a restrição de acesso à informação sobre o processo do parto;

- Abuso físico – envolve agressões físicas como o uso de fórceps ou pinças sem necessidade, realização de episiotomia de rotina ou sem consentimento, exames de toque com frequência maior que a necessária e a recusa em utilizar métodos e técnicas que aliviam a dor;
- Negligência médica – não realização de exames ou procedimentos adequados para identificar ou tratar problemas de saúde da mãe ou do feto, falta de atenção a sinais de sofrimento fetal, entre outros;

A pesquisa realizada em 2020 pela Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF), por meio da Procuradoria Especial da Mulher⁶, apontou que a maioria das mulheres entrevistadas no Distrito Federal sofreu algum tipo de violência no momento do parto. Das 60% de mulheres que sofreram algum tipo de violência obstétrica, 25% sofreram alguma violência psicológica; 15% passaram pela Manobra de Kristeller (técnica banida pela OMS de alto risco para mãe e bebê); 17% receberam ocitocina (hormônio utilizado para acelerar as contrações); 18% foram proibidas de terem acompanhantes; e 25% relataram atendimento com grosseria ou impaciência pelos médicos.

Há no Brasil algumas políticas públicas e programas destinados a prevenir a violência obstétrica, como por exemplo, o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (2000), a Lei do Acompanhante (2005), a Diretriz Nacional de Atenção à Gestante (2015/2016) e a Rede Cegonha (2011). Essa última passou por um recente processo de avaliação e os resultados foram publicados em 2021 numa edição especial do periódico *Ciência & Saúde Coletiva*⁷. Vale comentar que quando comparados aos dados do estudo *Nascer no Brasil*, de 2011, estes resultados mostram uma expressiva melhoria no uso das tecnologias apropriadas ao parto, evidenciando o aumento das boas práticas e a redução das intervenções.

Por fim, observou-se que a média de tempo entre a data de ocorrência do dano alegado e o julgamento em 2ª instância é de 5,4 anos. Assim como apontado por Pereira (2015), o tempo entre o dano e decisão em segunda instância é

⁶ <https://www.cl.df.gov.br/-/participe-de-pesquisa-sobre-violencia-obstetrica>

⁷ <https://www.scielo.br/j/csc/i/2021.v26n3/>

multifatorial e pode envolver tanto a morosidade do sistema quanto a demora na provocação do Poder Judiciário pela pessoa que sofreu o dano.

9. CONCLUSÃO

A comparação entre os Acórdãos emitidos no Distrito Federal nos períodos compreendidos entre 2000-2014 e 2015-2022 em relação a danos causados em mulheres e bebês no processo obstétrico mostra que ainda é necessário avançar bastante em relação aos direitos fundamentais das mulheres.

Está claro que a violência obstétrica é uma questão grave com alta prevalência no Brasil. Por isso é necessário ampliar os espaços para discussão do tema e promover a elaboração de leis e políticas públicas para o enfrentamento dessa questão.

Apesar de alguns avanços, não há dúvidas que nos últimos anos o país retrocedeu muito no que diz respeito aos direitos das mulheres. Assim, é preciso intensificar esforços para garantir que todas as mulheres tenham acesso a atendimento obstétrico humanizado e respeitoso, livre de violência e discriminação. Para tal, é fundamental investir na capacitação dos profissionais de saúde, na promoção das boas práticas obstétricas e principalmente na sensibilização da sociedade sobre a importância de resguardar os direitos das mulheres, principalmente durante um período tão importante quanto a gestação, parto e pós-parto.

É necessário entender que a informação é fundamental para capacitar as pessoas a tomarem decisões conscientes que vão de encontro com aquilo que é melhor para cada um, de acordo com seus princípios, vivências e histórias de vida, por exemplo. Levar conhecimento àqueles que precisam, contribui diretamente com a melhora de indicadores, de qualidade de vida, diminui o risco de violências em instituições de saúde e devolve o poder para quem o merece por direito: o paciente.

A protagonista do parto é a própria gestante e não a equipe médica. Por isso, dissipar a informação correta é importante para que a mesma seja capaz de decidir o que achar melhor sobre o seu próprio corpo e o seu processo de parto, evitando assim as violências obstétricas.

É fundamental continuar trabalhando para garantir que a violência obstétrica seja erradicada e que todas as mulheres tenham acesso a atendimento obstétrico de qualidade.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRINO, Marcelo; PAULO, Vicente. Direito administrativo descomplicado. 19ª Ed. Rio de Janeiro: Método, 2011.

ANDRADE, Luciana; MATOS, Marlise. A criminalização da violência contra as mulheres no Brasil: de “legítima defesa da honra” à violação dos direitos humanos. Revista Sociais e Humanas, v. 30, n. 2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/27565>. Acesso em: 1 fev. 2023.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. Curso de Direito Administrativo. 31ª Ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

BARROS, Aluísio JD et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. Revista de Saúde Pública, v. 40, p. 402-413, 2006.

BELIZÁN, José M. et al. Risks of patient choice cesarean. Birth, v. 33, n. 2, p. 167-169, 2006.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 801-821, 2021.

BOERMA, Ties et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. The Lancet, v. 392, n. 10155, p. 1341-1348, 2018.

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei da Câmara nº 98/2018. Dispõe sobre a avaliação psicológica de gestantes e puérperas. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/134466> Acesso em: 01/02/2023.

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 7633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/617546> Acesso em: 28/01/2023.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez.

BRASIL, Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006, (Lei Maria da Penha). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm Acesso em 01/03/2023

Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

Brasil. Portal Brasil. Saúde atualiza diretrizes para atenção humanizada a recém-nascido: Bebê deve ter contato pele a pele com a mãe logo após nascer e exames de rotina são postergados para depois da primeira hora de vida. 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/saude-atualiza-diretrizes-para-atencao-humanizada-a-recem-nascido>.

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

Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2082/2022. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154237> Acesso em: 28/01/2023.

Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 2285/2022. Institui o Estatuto da Gestante. Disponível em:

<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154477> Acesso em: 28/01/2023.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. Manual de direito administrativo. 27ª Edição. São Paulo: Atlas, 2014.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DIREITOS HUMANOS. Declaração e Programa de Ação de Viena, 1993. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_viena.pdf Acesso em 01/02/2023

CORREIA-LIMA, Fernando Gomes. Erro médico e responsabilidade civil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí, p. 22, 2012.

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.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito Administrativo. 27ª Edição. São Paulo: Atlas, 2014.

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

DOS ANJOS, Cinthia de Souza; WESTPHAL, Flavia; GOLDMAN, Rosely Erlach. Cesárea desnecessária no Brasil: revisão integrativa [Unnecessary cesarean section in Brazil: integrative review]. Enfermagem Obstétrica, v. 1, n. 3, p. 86-94, 2014.

DOS SANTOS NICULAU, Daiane et al. Reflexões sobre a violência obstétrica no Brasil: aspectos culturais. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE, v. 6, n. 3, p. 95-95, 2021. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/9394>. Acesso em: 1 fev. 2023.

Ética médica – código. I. Título. II - Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009.

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

FEBRASGO, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-o-brasile-tema-de-audiencia-publica>

FERREIRA, A. Responsabilidade civil do hospital. São Paulo: Atlas, 2016.

FIGUEREDO, V. O.; LANSKY, S. Fóruns perinatais no âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e das Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste (PQM). Cadernos Humaniza SUS, v. 4, p. 77-108, 2014.

FONTELLES, Mauro José et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. Revista paraense de medicina, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009.

FREITAS, Paulo Fontoura et al. O parecer do Conselho Federal de Medicina, o incentivo à remuneração ao parto e as taxas de cesariana no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, p. 1839-1855, 2015.

GIBBONS, Luz et al. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. World health report, v. 30, n. 1, p. 1-31, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>.

GODOI, Christiane K.; BALSINI, Cristina PV. A pesquisa qualitativa nos estudos organizacionais brasileiros: uma análise bibliométrica. Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva, v. 481, p. 89-112, 2006.

Governo do Distrito Federal, 2019. Relatório Epidemiológico sobre Mortalidade Geral - Distrito Federal, 2019. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/880227/Relatorio-mortalidade-geral-2>

[019.pdf/71203c1b-7994-f7d1-d5ec-e355cfc1590b?t=1650243946006](https://www.scielo.br/j/ape/a/RKzDhCBjvzX6DN45hpTFHF/?format=pdf&lang=pt) Acesso em: 02/02/2023

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S. l.], v. 26, p. e 3069, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/156599>. Acesso em: 1 fev. 2023.

JUSTEN FILHO, Marçal. Curso de direito administrativo. 10ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

KASSADA, Danielle Satie et al. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, p. 495-502, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/RKzDhCBjvzX6DN45hpTFHF/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01/02/2023

LEAL, Maria do Carmo et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. S20-S33, 2004.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de saúde pública*, v. 30, p. S17-S32, 2014.

MACHADO, H. Direito administrativo brasileiro. São Paulo: Malheiros, 2011.

MALTA, D.C. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 16, n. 4, p. 233-244, out.-dez./ 2007.

MARCH OF DIMES; PMNCH, SAVE THE CHILDREN, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012.

MARQUES, A. J. S. et al. Direito a saúde, cobertura universal e integralidade possível. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. Cadernos de saúde pública, v. 9, p. 237-248, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 21 de Setembro de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Humanização do parto e do nascimento. Cadernos HumanizaSUS [Internet], p. 5-465, 2014.

OLIVEIRA, D. Direito à saúde: teoria geral da responsabilidade civil do Estado. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos> Acesso em 01/02/2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequenc e=3. Acesso em: 20/12/2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Genebra: Human Reproduction Programme, 2015.

PAIM, Jairnilson Silva; DA SILVA, Lígia Maria Vieira. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS. Boletim do Instituto de Saúde, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PATRIOTA, Tania. Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento. Plataforma de Cairo, p. 62, 1994

PEREIRA, Desirée Marques. Violação ao direito à saúde das mulheres no parto: uma análise do perfil dos processos judiciais em obstetrícia do TJDFR sob a ótica da violência obstétrica. 2015.

PENAL, Código. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. URL: <https://iberred.org/sites/default/files/codigo-penal-brasil.pdf> (data obrashcheniya: 24.05. 2020), 1940.

RIBEIRO, J. Direito à saúde e responsabilidade civil dos hospitais. Rio de Janeiro: Forense, 2019.

RODRIGUES, B. S. S. L. et al. Cultura da Cesariana: fatores relacionados a alta taxa do procedimento no Brasil. Revista Saúde Dinâmica, v. 1, n. 2, p. 61-74, 2019.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. Rev. Rene, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014.

SANTOS, M. Responsabilidade civil do hospital: aspectos jurídicos. São Paulo: Saraiva, 2018.

SILVA, J. Curso de direito administrativo. São Paulo: Malheiros, 2007

UNFPA BRAZIL 2007. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo). Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%Aancia-do-Acesso> Acesso em 31/01/2023

VICTORA, Cesar G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. 2011.

VIOTTI, Maria Luiza Ribeiro. Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Instrumentos internacionais de direitos das mulheres, Pequim, p. 148-158, 1995.

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

