



FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MARIANA LACERDA NASCIMENTO

**RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM OBSTETRÍCIA: UMA
ANÁLISE DO ADEQUADO CUMPRIMENTO DO DEVER DE
INFORMAÇÃO COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO ÀS
DEMANDAS JUDICIAIS**

**Salvador
2021**

MARIANA LACERDA NASCIMENTO

**RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM OBSTETRÍCIA: UMA
ANÁLISE DO ADEQUADO CUMPRIMENTO DO DEVER DE
INFORMAÇÃO COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO ÀS
DEMANDAS JUDICIAIS**

**Monografia apresentada ao curso de
graduação em Direito, Faculdade Baiana de
Direito, como requisito parcial para
obtenção do grau de bacharel em Direito.**

Orientador: Prof. Leonardo Vieira Santos

TERMO DE APROVAÇÃO

MARIANA LACERDA NASCIMENTO

**RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM OBSTETRÍCIA: UMA
ANÁLISE DO ADEQUADO CUMPRIMENTO DO DEVER DE
INFORMAÇÃO COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO ÀS
DEMANDAS JUDICIAIS**

**Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de
bacharel em Direito, Faculdade Baiana de Direito, pela seguinte banca
examinadora:**

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Salvador, ____/____/ 2021.

RESUMO

Esse trabalho tem como intuito a análise do dever de informação dentro das relações médico-paciente em obstetrícia, como uma forma de prevenção às diversas formas de violência obstétrica. Também será analisada a forma como esse dever tem sido cumprido no cotidiano dessas relações, e de que formas pode ser assegurado o melhor cumprimento dessa obrigação, que garante um direito tão importante à dignidade das gestantes. Além disso, será demonstrado como o conhecimento da gestante de todos os procedimentos a serem realizados, além da instrução para que o acompanhante desta esteja ciente de seus desejos, poderia minimizar as chances de ocorrer alguma violência obstétrica.

Para tal, inicialmente será analisada como a relação médico-paciente, com foco especial na relação obstetra-gestante, desenvolveu-se historicamente e como é hoje. Depois, será avaliado o conceito de "violência obstétrica" e como esse fenômeno ocorre no cotidiano das gestantes. Em seguida, será identificado como o dever de informação dos profissionais de saúde deve ser cumprido no cotidiano das relações médico-paciente obstétricas, identificando também de que maneira é obtido o consentimento livre e esclarecido das parturientes. Por fim, o trabalho irá analisar a importância desse consentimento e as formas que os dispositivos legais o protegem.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Dever de informação; Consentimento esclarecido; Relação médico-paciente.

ABSTRACT

This study aims to analyze the duty to inform within the doctor-patient relationship in obstetrics, as a way of preventing the various forms of obstetric violence. It will also analyze how this duty has been fulfilled in the daily life of these relationships, and in what ways can be ensured the best fulfillment of this obligation, which guarantees such an important right to the dignity of pregnant women. In addition, it will also be demonstrated how the pregnant woman's knowledge of all the procedures to be performed by the health professional, in addition to specific instruction so her companion is aware of her wishes, could minimize the chances of any obstetric violence occurring.

To this end, this study will initially analyze how the doctor-patient relationship, with a special focus on the obstetric-expecting mother relationship, has developed historically and how it is today. Afterwards, the concept of "obstetric violence" and how this phenomenon occurs in the daily lives of pregnant women will be evaluated. Then, it will be identified how the health professionals' duty to inform must be fulfilled in the daily routine of obstetric doctor-patient relationships, also identifying how the free and informed consent of the expecting mothers is obtained. Finally, the study will analyze the importance of this consent and the legal provisions that protect it.

Keywords: Obstetric violence; Duty to inform; Informed consent; Doctor-patient relationship.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

art.	artigo
CC	Código Civil
CF/88	Constituição Federal da República
CPC	Código de Processo Civil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CEM	Código de Ética Médica
Cofen	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
ONU	Organização das Nações Unidas
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
Min.	Ministro
Rel.	Relator
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
TJ	Tribunal de Justiça da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM OBSTETRÍCIA	11
2.1 DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO	11
2.2 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	13
2.3 PROFISSIONAL DE SAÚDE ASSISTENTE DO PARTO	23
3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	26
3.1 CONCEITO	26
3.2 PRÁTICAS “NÃO NECESSÁRIAS”	32
3.2.1 Negligência	33
3.2.2 Abuso físico	34
3.2.3 Abuso verbal	39
3.2.4 Abuso sexual	40
3.2.5 Abuso psicológico	40
4 DEVER DE INFORMAÇÃO	43
4.1 CONCEITO	44
4.2 O DEVER DE INFORMAÇÃO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	47
4.3 DEVIDO CUMPRIMENTO DO DEVER DE INFORMAÇÃO	50
5 A IMPORTÂNCIA DO DEVIDO CONSENTIMENTO DA PARTURIENTE	53
5.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	57
5.2 PREVENÇÃO QUATERNÁRIA	59
5.2.1 Plano de parto	60
5.2.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	63
5.2.3 Acompanhante	64
6 CONCLUSÃO	67
7 REFERÊNCIAS	70

1 INTRODUÇÃO

O tema que será abordado neste trabalho é a relação médico-paciente em obstetrícia: uma análise do adequado cumprimento do dever de informação como medida de prevenção às medidas judiciais.

A violência obstétrica é um fenômeno mundial, reconhecido globalmente tanto pela Organização Mundial de Saúde quanto por diversos países, em dispositivos legais nacionais e em tratados e convenções internacionais. Já há estudo¹ que demonstra que uma a cada quatro mulheres brasileiras que passaram por esse processo fisiológico sofreram alguma espécie de violência obstétrica. A quantidade absurda de casos em que esse sofrimento é causado a essas mulheres em um evento tão especial em suas vidas demonstra a institucionalização e a difusão dessas práticas.

Esses atos contra as parturientes são um fenômeno comum na vida das mulheres brasileiras. A repetição contínua dessas ocorrências, diretamente relacionada a um evento comum à vida de todos os seres humanos (o nascimento), demonstra a necessidade de ampla análise sobre os aspectos que caracterizam esses sofrimentos e de formas em que ele pode ser evitado. Portanto, é de suma importância analisar como essas violências podem ser evitadas, através do cumprimento mais eficaz de um dever já explícito nas leis gerais: o dever de informação dos médicos.

No Brasil, não existe lei específica que tipifique a violência obstétrica, e essa lacuna leva as mulheres a procurarem reparação por esse sofrimento pelo Poder Judiciário e este, por sua vez, utiliza de leis gerais para tentar trazer justiça a essas vítimas. Cabe analisar, portanto, de que forma o devido e eficaz cumprimento do dever de informação nas relações médico-paciente, já descrito nos dispositivos legais atuais, pode diminuir os casos desse tipo de violência e, portanto, prevenir futuras medidas judiciais.

¹ “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizado pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), em 2010.

Também será analisada a forma como esse dever tem sido cumprido no cotidiano dessas relações, e de que formas poderia se assegurar o melhor cumprimento dessa obrigação, que garante um direito tão importante à dignidade das gestantes.

Também será demonstrado quais as normas regem esse dever do médico, apontando de quais maneiras esse dever influencia o acompanhamento médico durante período tão delicado e vulnerável na vida da mulher e que aspectos do período gestacional ele afeta.

O trabalho procura responder se o esclarecimento por parte dos profissionais de saúde sobre o processo pré-natal e as alternativas de parto, demonstrando os benefícios e malefícios de cada procedimento, pode ser fator determinante para a prevenção de medidas judiciais nas relações médico-paciente em obstetria.

Além disso, a presente monografia também pretende analisar de que maneira os médicos devem exercer seu papel para o adequado cumprimento do dever de informação em seus cuidados com as parturientes.

Por fim, vale ressaltar que esse projeto utilizará do método hipotético-dedutivo de Karl Popper, onde as hipóteses serão submetidas a um processo de falseamento, para que sejam testadas e, conseqüentemente, comprovadas ou não. A solução aos problemas de pesquisa será construída a partir desse processo.

As hipóteses a serem analisadas são: (a) o devido cumprimento do dever de informação pode ser um fator determinante para a prevenção de medidas judiciais nas relações médico-paciente em obstetria; (b) O médico sempre deve demonstrar todas as vantagens e desvantagens de cada alternativa de procedimento, dando o máximo de informação para que a parturiente possa optar por um efetivo e esclarecido plano de ação, como forma de real cumprimento do dever de informação; (c) O devido cumprimento do dever de informação seria uma forma de proteção às duas partes da relação médico-paciente, protegendo a parturiente dentro do processo de nascimento e o profissional de possível judicialização de suas condutas, visto que elas têm o consentimento da paciente.

Neste trabalho foi utilizado o procedimento de pesquisa qualitativa, buscando análises de diversas áreas com relação ao tema e seu recorte, por meio de pesquisa

bibliográfica, com maior utilização de materiais disponíveis *online*, visto o período de pandemia em que foi escrito o trabalho.

2 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM OBSTETRÍCIA

2.1 DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO

É necessário abordar, primeiramente, como a relação médico-paciente desenvolve-se entre o médico obstetra e a gestante. Historicamente, esse relacionamento é relativamente novo. O parto é um processo fisiológico que sempre existiu e, portanto, precede a institucionalização da saúde. Antes, era uma atividade feminina, realizada por parteiras, nos domicílios das parturientes.

De início, as mulheres que realizavam o parto utilizavam técnicas empíricas de assistência, sendo que as assistentes com maior reconhecimento em suas comunidades recebiam o título de parteiras. Seus conhecimentos tinham origem na prática e na acumulação de saberes passados geracionalmente. O nascimento, portanto, era uma cerimônia feminina, íntima das mulheres, em que o papel da assistente era auxiliar a futura mãe, respeitando seu tempo, seus costumes e sua cultura (CUNHA, 2015).

“Outrora, antes de o parto migrar para maternidades e hospitais, este era um fenômeno que movia toda família, mas realizado estritamente pelas mulheres, além de ser a parturiente a figura mais importante, capaz de trazer seu filho ao mundo, com auxílio de parteiras e mulheres da família. Atualmente já existem locais que são adeptos das chamadas doulas (mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto)” (NAZÁRIO; HAMMARSTRON, 2015, p.4)

Os primeiros traços de mudança ocorrem na baixa idade média, quando nasce a clínica médica e a percepção de que a saúde é um assunto de interesse público. Gradativamente, a figura do médico começou a ganhar cada vez mais prestígio, enquanto as parteiras começam a perder a credibilidade. E foi essa perda de credibilidade que possibilitou a inserção da figura masculina nesse processo.

Wolf e Waldow (2008, p. 141) citam o entendimento de Osava, no sentido de que a participação masculina no parto foi pouco frequente até o século XVII por conta de obstáculos de ordem moral, que impediam a entrada de homens nos aposentos da parturiente e da uma concepção da época de que dar à luz era um evento fisiológico, onde os homens só eram convocados em situações especialíssimas e dramáticas.

A partir do século XX, passou a predominar o parto hospitalar, onde rotinas cirúrgicas começaram a integrar o procedimento, a exemplo da episiotomia e do fórceps profilático. É aí que o ato de parir, antes uma vivência domiciliar, transformou-se em experiência no âmbito hospitalar: um momento privilegiado para o treinamento de acadêmicos e residentes de medicina e obstetras (WOLF; WALDOW, 2008, p. 142).

A partir daí que a medicalização acaba por expandir-se e tornar-se a regra na realização dos partos. A parturiente deixa de ser o centro do processo de nascimento, dando ao médico não um papel meramente de auxiliar (como de fato era anteriormente o papel das parteiras), mas sim a função de salvador de vidas, apesar da própria Organização Mundial de Saúde, em documento publicado em 2018, ter condenado o processo de medicalização do parto, visto seus efeitos negativos nas parturientes (COELHO; SANTOS, 2019). Esse modelo acaba, portanto, tirando o protagonismo da parturiente do processo de dar à luz, dando mais foco às ações do médico. Nessas situações, por conta da frequente infantilização da mulher durante o processo de acompanhamento gestacional, onde diversas vezes lhe é negada a devida autonomia de escolha, é muito comum que a parturiente seja considerada só uma espécie de “portadora” da criança, uma existência secundária e desumanizada. Esse sistema tecnocrático de assistência ao parto acaba criando duas figuras dentro do nascimento: o médico obstetra, dotado de toda tecnologia e conhecimento e infundido de boas intenções, e a da mulher incapaz, rendida, objetificada, desagregada, presa a um corpo e a uma fisiologia patológicos e imperfeitos (PALHARINI, 2017, p. 25).

O modelo hospitalar, predominante no século XX, tinha as mulheres realizando os partos em posição de litotomia: pernas abertas, em ambiente hostil e gelado, muitas vezes imobilizada e desacompanhada, ou assistida por desconhecidos, com o funcionamento do útero acelerado e com alta probabilidade de intervenções cirúrgicas. A parturiente é separada de seus parentes e de tudo que lhe traga sentimento de segurança e aconchego, assim entrando na rotina médica e ficando à disposição total do profissional. Esta tecnocracia do nascimento acaba por abastardar a significância cultural do parto, de modo que este acaba virando um

símbolo de sofrimento não só físico, mas também psicológico, que, em teoria, pode ser evitado pela cesárea eletiva, levando um procedimento médico desnecessário a tornar-se uma ferramenta de livramento (CUNHA, 2015, p. 27).

Só nos anos oitenta do século passado que começou surgir um movimento que demandava a humanização do parto e do nascimento, com o objetivo de resgatar a autonomia da mulher e o fenômeno de parir como algo natural, humanizado e não patológico, sem intervenções desnecessárias. Coelho e Santos (2019, p. 90) citam Franco e Machado:

“No tocante ao Brasil, os movimentos de mulheres passaram a pressionar o governo para mudanças legislativas e criação de políticas públicas que contemplassem as suas pautas. Isso resultou na institucionalização da agenda feminista pelo Estado e, assim, o governo criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM) e a Comissão de Estudos sobre Direitos da Reprodução Humana (CEDRH), em 1985.” (COELHO; SANTOS, 2019, p. 90)

2.2 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Demonstrada a evolução histórica do processo de nascimento, é agora necessário analisar sob o prisma histórico-jurídico a relação médico-paciente.

Como demonstrado no tópico anterior, a relação médico-paciente no início da utilização do modelo hospitalar acabava por levar em conta uma diferenciação muito cartesiana entre a psique e o corpo do paciente, utilizando uma compreensão mecanicista na análise de eventos complexos através de princípios simples, minimizando as características sociais, psicológicas e comportamentais. Apesar deste modelo ter trazido importantes mudanças com relação à efetividade dos tratamentos, ficou negligenciada a importância da comunicação, tanto verbal quanto não verbal, gerando uma série de complicações como dificuldades do médico para entender as palavras utilizadas pelo paciente, inabilidade do profissional de comunicar adequadamente informações ao paciente sobre o diagnóstico e ainda a dificuldade do paciente de aderir ao tratamento recomendado (CAPRARA; FRANCO, 1999, p. 651).

Todavia, em sua visão mais contemporânea da relação médico-paciente, Rocha et al. (2011) explicam que a relação entre o médico e o paciente nasce através de uma

abordagem que deve imbuir características humanas e subjetivas, de maneira mais natural possível e sem depender isoladamente da utilização das ferramentas objetivas da profissão. Ainda afirma que é necessário conhecer o estilo de vida do paciente, de forma que possa desenvolver um melhor tratamento para o indivíduo específico.

França (2014, p. 31), ao relacionar a evolução das práticas médicas com a legislação que as regulam, explica que, cada vez mais, a Medicina adquire métodos seguros e de técnica perfeita, oferecendo aos enfermos maiores possibilidades de cura. Por sua vez, esse entendimento leva à conclusão que a responsabilidade civil médica deve ser cada vez mais rigorosa. Esta evolução, porém, obriga o profissional de saúde a continuamente enfrentar novas e diversas situações que podem entrar em conflito com suas práticas anteriores. Acaba, portanto, surgindo o dever do médico de conciliar sua consciência, tradições e interesse profissional com as múltiplas exigências da coletividade.

“[...] a atual sistemática legal no que toca à relação entabulada entre o médico e seu paciente permite caracterizar um liame contratual complexo, mediante o qual o profissional compromete-se a dar o melhor de seus conhecimentos com vistas ao interesse do destinatário do serviço, e cuja responsabilização civil ficará condicionada a verificação da culpa (além do dano e nexa causal), ressalvadas as hipóteses legais relativas ao ônus da prova, previstas no Código de Defesa do Consumidor.” (BERGSTEIN, 2012, p. 32)

É entendimento de Kfoury Neto (2019) que, nos dias atuais, entende-se que são elementos da decisão médica dentro da relação médico-paciente a democracia e a boa-fé, devendo estas presidir a conduta do profissional. Discute-se, portanto, um modelo interativo, com objetivo de encontrar adequado intercâmbio entre o médico (que conhece a enfermidade) e o paciente (com suas necessidades). Ainda ressalta que o consentimento livre e esclarecido do paciente deverá ser documentado e registrado, e, caso não o seja feito, o profissional corre o risco de ver-se impossibilitado de provar a efetiva obtenção do assentimento do enfermo – fato que também poderá redundar em consequências no âmbito da responsabilidade civil, na forma de medidas judiciais, por exemplo. Esse processo de comunicação entre o médico e o paciente, que envolve informações sobre diagnóstico, prognóstico, alternativas de tratamento, bem como riscos e benefícios, é a forma de possibilitar

uma tomada de decisão inteligente do doente sobre a intervenção médica no seu próprio corpo.

Monte (2009) explica que o comportamento ético do médico está estabelecido, normatizado, fiscalizado e limitado por leis, juramentos e códigos de conduta profissional. Ainda sob essa visão, o relacionamento médico-paciente não se esgota em si mesmo, transcendendo para a dimensão social.

Ao tratar do Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/90), França (2014, p. 102) o considera “a maior contribuição jurídica dos últimos 50 anos em nosso país”, visto que a legislação tem o cuidado de não tratar a saúde como uma atividade estritamente comercial, exercendo sua função como instrumento de moderação e disciplina nas relações de consumo entre o prestador de serviços e o usuário. Além disso, atua como uma garantia e um complemento ao direito fundamental de que o Estado promoverá a defesa ao consumidor (artigo 5.º, XXXII, da Constituição Federal), vista a vulnerabilidade do consumidor dentro do mercado de consumo.

Farias, Rosenvald e Netto (2015) explicam que a aplicação do CDC torna bastante rigorosos os deveres de informar com clareza, lealdade e exatidão (CDC, art. 6º, III; art. 8; art. 9). Resta imprescindível deixar claro, em linha de princípio, que tais deveres de informação existem também nas relações civis amplamente consideradas, e não apenas nas relações de consumo. Também é incontestável que na seara consumerista esses deveres assumem papéis particularmente fortes. Os autores partem do princípio da informação em núcleo normativo dúplice, dividindo-o em direito de ser informado e dever de informar. Os deveres de informação são deveres de conduta, por consequência, exigem uma postura positiva e ativa. Por exemplo, o médico que negligencia o dever de informação pode ser condenado a indenizar (STJ, 332.025, Rel. Min. Menezes Direito, 3ª T., DJ 5.8.2002). Informar de maneira completa e correta, registre-se, é informar com clareza, e de forma útil e gratuita. A ausência de informação (ou a informação defeituosa) gera responsabilidade civil, desde que conectada, em nexo causal, a um dano de qualquer espécie.

Todavia, a mais importante inovação trazida pelo Código de Proteção e Defesa do Consumidor é a determinação de que é direito básico do consumidor ter certa facilitação para a defesa desses seus direitos, utilizando, inclusive, a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiência (FRANÇA, 2014, p. 102).

Em geral, o princípio consagrado na prática do Direito brasileiro é que o ônus da prova pertence a quem alega, ou seja, ao autor da demanda (art. 373, I e II, CPC). Essa regra traz a garantia de que, não sendo provados os fatos, a ação já seria julgada improcedente. Por exemplo, hoje, quando um paciente alega um erro médico, por conta da dificuldade e hipossuficiência do autor para produzir prova sobre seus direitos, ele pode ter sua responsabilidade de prova invertida, a ser constituída na instrução do processo, visto os já mencionados obstáculos para obter material probante (FRANÇA, 2014, p. 102-103).

Esse entendimento também é exposto por Tartuce e Neves (2018), que demonstram que fica ratificada a ideia de que a parte com maior facilidade em produzir a prova é aquela que terá este ônus, como já está descrito no art. 373 do Código de Processo Civil e no art. 6º, VIII, do Código de Defesa do Consumidor. Ainda de acordo com os autores, averiguar esse elemento é função do juiz, dentro de cada caso concreto, a fim de determinar qual o ônus de cada parte dentro do processo. Ressaltam, ainda, que quando ocorre a omissão do magistrado, presume-se a aplicação da regra geral estabelecida na legislação, cabendo ao autor da demanda o ônus de provar os fatos constitutivos de seu direito e do réu com relação aos fatos impeditivos, modificativos e extintivos.

A possibilidade da inversão do ônus da prova, quando em face da hipossuficiência do autor ou da plausibilidade dos fatos alegados, facilita a defesa dos direitos desse indivíduo, de modo que fica a cargo do réu, o prestador do serviço, provar que a alegação autoral não é verdadeira. A ideia é que essa inversão traga equilíbrio entre as partes dentro da demanda judicial, em especial quando o consumidor for economicamente desprovido, quando a alegação for verdadeira ou cuja presunção permitir ao juiz formar sua livre convicção (FRANÇA, 2014, p. 103).

O sistema brasileiro sobre quem, dentro da demanda, deve ter o ônus da prova, é misto, podendo ser aplicado no caso concreto tanto um sistema flexível, que dinamiza a distribuição do ônus da prova, quanto um sistema mais rígido, seguindo à risca o descrito nos dispositivos normativos. O fator decisório é a iniciativa magistral, visto que o juiz não está obrigado a distribuir o ônus probatório de forma diferente à descrita pela lei (TARTUCE; NEVES, 2018).

Tartuce e Neves (2018, p. 638) ainda destacam que a verossimilhança, mesmo sem a comprovação de hipossuficiência do consumidor-autor, já é suficiente. Os autores descrevem esse elemento como situação alegada que tenha a “aparência” da verdade, quando o fato alegado já é costumeiro, ocorrendo com frequência. Nessas situações, a prova dessas alegações não é necessária para permitir a inversão judicial do ônus de provar. Isso se dá por conta da hipossuficiência presumida do consumidor, de forma que, tratando-se de demandas consumeristas, em geral não é necessária a contemplação desse elemento.

“O paciente, ademais, diante do médico, está em posição de vulnerabilidade. Não conhece, em regra, os meandros do tratamento, não sabe como agir nem o que esperar. Sem mencionar que a doença e a dor fragilizam, por si só, o ser humano, deixando-o em posição sensível. A boa-fé objetiva deve iluminar fortemente essa relação, impondo ao profissional de saúde um dever de agir com lealdade, zelo e cooperação, abstendo-se de condutas que possam frustrar as legítimas expectativas do paciente, ainda que subjetivamente desconhecidas no momento do dano (por exemplo, a legítima expectativa que o direito protege, no caso, é a de receber o melhor tratamento possível à luz da ciência contemporânea. Se o médico sonega um tratamento, por uma razão qualquer, o dano se caracteriza, ainda que o paciente desconhecesse aquela possibilidade).” (FARIAS; ROSENVALD; NETTO, 2015, p. 736)

Nader (2016) explica que, em acordo com o expresso no artigo 14, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor e o artigo 951 do Código Civil, os médicos, por desempenharem suas atividades em condição de profissionais liberais, somente respondem em situações em que possa ser comprovada a presença de culpa, na forma de negligência, imprudência ou imperícia.

É o entendimento de França (2014) que a averiguação dessa culpa será realizada de acordo com o grau de previsibilidade do dano causado. E mais, o autor deixa claro que as relações de consumo entre o médico e seus pacientes não o obrigam a nenhum resultado, visto que o contrato entre eles é um de meio, não de fins. O

compromisso do profissional de saúde é de valer-se de todos os meios disponíveis e esgotar todas as diligências que poderiam ser exercidas. Em resumo, o médico deve ser prudente e metucioso na prestação do serviço, visto que somente haverá a inadimplência se a sua atividade for exercida de forma irregular, atípica ou imprudente.

A responsabilidade civil dos profissionais de saúde é tratada de modo amplo pelo Código Civil, já que o dispositivo normativo, ao regular as indenizações, determina que estas devam ser pagas por aquele que, no exercício da atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho. Só menciona, todavia, os danos materiais, sendo omissos na qualificação dos danos morais nessas relações. Farias, Rosenvald e Netto (2015) criticam o caráter defeituoso e óbvio dessas disposições.

Farias, Rosenvald e Netto (2015) ressaltam alguns elementos que consideram imprescindíveis dentro da relação médico paciente: primeiramente, que essa relação é contratual e, portanto, dela podem surgir danos morais, materiais e estéticos. Além disso, o fato da relação ser contratual não significa a automática presunção de culpa do médico, esse elemento deve ser provado (porém, com a possibilidade de ocorrer a inversão judicial do ônus da prova), e, embora a culpa do médico não precise ser grave, ela deve ser indubitável. Ainda ressaltam que a obrigação do médico é de meio (não se promete o resultado, a cura), que haverá solidariedade nas ocasiões em que, tanto por ações quanto por omissões, houver participação nos atos danosos (usam como exemplo o cirurgião, que responde pela equipe médica, mas não, em princípio, pelo ato do anestesista, que responde pessoalmente), que a culpa pode ser resultado das circunstâncias (como quando ocorre o esquecimento de algum material cirúrgico dentro do paciente) e, por fim, que em caso de erro médico, o paciente não tem a obrigação de ter novo procedimento de correção com o mesmo profissional, em virtude da quebra de confiança.

Dito isso, vale a pena trazer também a perspectiva de Gonçalves (2012), que entende que o contrato médico, apesar de ser uma espécie de “contrato de prestação de serviços”, tem um conteúdo que atende especialidade única a essa categoria de atividade humana e, portanto, não pode se confundir com nenhum

outro ajuste de prestação de serviços, vista a natureza de obrigação de meio dessa relação. É em razão da natureza delicada dos atendimentos que existem elementos que diferenciam a culpa exigida do médico para responsabilizá-lo, diferentes dos de outras profissões. O profissional de saúde tem como obrigação principal o atendimento adequado do paciente e o cumprimento de diversos deveres específicos: o dever geral de cautela e o saber profissional, por exemplo, caracterizam o dever geral de bom atendimento. Dessa forma, o que exige-se do médico é, principalmente, melhor empenho do que o de outros profissionais.

Nader (2016) traz a mesma tese, tratando as obrigações assumidas pelo médico perante o paciente como de meio, essa devendo ser executada através da aplicação da ciência e da técnica no tratamento. O médico, portanto, utiliza de uma série de meios em sua tentativa de alcançar um resultado. Todavia, não se obriga a alcançá-lo.

Não é qualquer bem que está em jogo. É a saúde humana. Não há possibilidade de realizarmos nossos projetos de vida sem saúde. É uma espécie de primeiro degrau da escada. Costumamos dizer – e há muita verdade nisso – que a saúde é um dom tão precioso que só a valorizamos adequadamente quando por uma razão qualquer a perdemos. Não é possível, à luz dos princípios e normas vinculantes que nos regem, que vejamos a prestação de serviços de saúde – públicos ou privados, não importa – sob uma ótica puramente patrimonialista. Não é de patrimônio que se trata, ainda que, obviamente, o aspecto patrimonial seja relevante, seja para propiciar, através de escolhas e políticas públicas, para onde vão os recursos públicos escassos, seja para propiciar o lucro legítimo para quem oferece o serviço no mercado de consumo. Não se desconhece essas realidades. Apenas se traz para o debate uma constatação um tanto quanto óbvia: a função social desses contratos, extraordinariamente intensa, deve iluminar fortemente sua interpretação. Há, neles, um núcleo extrapatrimonial irreduzível. (FARIAS; ROSENVALD; NETTO, 2015, p. 774)

Deve ser chamada a atenção, todavia, para a regra geral da medicina implicar em obrigação de meio, em razão da inerente imprevisibilidade do organismo humano, que pode comprometer o êxito do tratamento clínico ou cirúrgico. Nader (2016) traz o exemplo da cirurgia:

No campo da cirurgia, há obrigações de resultado, v.g., a intervenção para implante de marca-passo, retirada de apêndice supurado, cirurgia para união de trompas, extração de nódulos, entre outras. Em geral, tais procedimentos se realizam sem intercorrências, mas estas podem surgir logo no início do ato, impedindo a sua realização. Tratando-se de força maior, o dano decorrente da intercorrência não deve ser imputado ao médico. (NADER, 2016, p. 500)

Já o Código de Ética de Medicina, aprovado na Resolução CFM n.º 2.217, em 2018 pelo Conselho Federal de Medicina, após serem ouvidos os Conselhos Regionais. Esses conselhos são órgãos fiscalizadores da prática médica e têm natureza jurídica de autarquia especial, com personalidade jurídica de direito público e com autonomia, tanto administrativa quanto financeira. Vale ressaltar que somente o Conselho Federal de Medicina pode alterar o Código de Ética.

Almeida (1999) destaca que o Código de Ética Médica não é limitado à abordagem somente de preceitos morais. Trata-se de um tratamento amplo que permite que o CEM incorpore dentro de suas diretrizes o consentimento esclarecido, que, por sua vez, deve acompanhar os ditames de natureza jurídica já estabelecidos na legislação brasileira.

França (2014), em sua análise sobre o Código de Ética, destaca que este buscou um encontro mais explícito com a realidade social que se vive e com a prática médica que se exerce do que o anterior, não tratando mais somente da restauração da saúde, mas também do “ser humano e da coletividade”, assim diminuindo as chances de abstrair o indivíduo de tal forma que apenas o paciente vira realidade do profissional.

O Código de Ética Médica também reconhece a autonomia do paciente, respeitando ainda mais os direitos humanos dentro do exercício do ato médico. A relação médico-paciente passa a ser melhor fundamentada, deixando transparecer não só o respeito pela cidadania, mas também manifesta a vontade de contribuir com transformações sociais. Preocupou-se, portanto, em descaracterizar o indivíduo da condição apenas de “paciente” ou “doente” e passou-se a reconhecer sua humanidade e individualidade, visto que “o alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano” (FRANÇA, 2014).

Vale mencionar, todavia, que apesar de todo o Código exaltar a importância do princípio da autonomia, na opinião de França (2014), existe um outro hierarquicamente superior eleito neste diploma ético: o princípio da beneficência. Isso fica demonstrado em seu tratamento da greve de fome: apesar de vedar ao médico “deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo

cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado”, abre no mesmo artigo a possibilidade de tratar o indivíduo, caso haja a hipótese de perigo de vida iminente.

Os códigos de conduta profissional são orientações gerais sobre a conduta que se considera socialmente aceita em quem exerce determinada atividade social. Nesta via, os códigos de ética médica então têm como objetivo orientar os médicos em sua atividade concreta, principalmente nos casos e situações em que tomar uma decisão possa parecer muito complexo ou oneroso. Esses dispositivos trazem normas gerais e regras particulares de conduta que permitem prevenir o cometimento de uma falta que poderá redundar em repressão ética. O código por vezes acaba tornando-se o único instrumento educativo ou repressivo naqueles casos em que a falta cometida não está tipificada em alguma lei específica, mas possa vir a comprometer a reputação da medicina como um todo. Ou, ainda, quando uma má conduta não configure um crime e seja muito específica, mas possa ocasionar perturbação ou constrangimento na relação do médico com pacientes, colegas ou auxiliares (MONTE, 2009).

O Conselho Federal de Medicina utiliza-se, para prevenir as inúmeras formas de violência obstétrica, proibições aos profissionais da classe, de modo que caso venham transgredir alguma dessas regras, arriscam sofrer alguma sanção administrativa imposta pelo próprio conselho ou até mesmo a possibilidade destas transgressões tornarem provas em processo judicial caso o ofendido siga com a demanda. Destaca-se o capítulo IV do CEM, conforme a seguir:

Capítulo IV - Direitos Humanos

É vedado ao médico:

Art. 22 – Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

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

Parágrafo único. O médico deve ter para com seus colegas respeito, consideração e solidariedade.

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

Art. 25 – Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente

com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26 - Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27 - Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar a personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28 - Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente, em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo Único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29 – Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30 - Usar da profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime.

Para Bergstein (2012), o bom médico é aquele que, além de diligente, conhece os novos paradigmas e as atuais nuances que permeiam a sua profissão, sempre com o objetivo de melhorar o desenvolvimento de sua atividade. Ele ainda traz um alerta sobre a medicina defensiva, “cujo objetivo é o desenvolvimento de atividades aptas a diminuir a ocorrência de divergências havidas entre o médico e seu paciente que poderão ser objeto de um possível conflito de natureza civil, ética ou mesmo penal”, não pode se tornar um obstáculo ao exercício da profissão. Desse modo, deve o médico ser fiel ao objeto precípua de sua profissão, devendo antes de tudo orientar as suas atitudes em benefício do melhor interesse do seu paciente.

“Os deveres de informar com lealdade e transparência se fortalecem. Não cabe mais, como no passado, manter o paciente em estado de ignorância acerca do estado de sua saúde, suas escolhas e possibilidades. Apenas em casos excepcionais, devidamente contextualizados, isso poderá ocorrer. As unidades de terapia intensiva começam a ser pensadas – mas muito falta a caminhar ainda –, não como depósitos de seres informes e impessoais, mas como um lugar onde a intensidade dos cuidados não pode prescindir de certa delicadeza, de certa humanidade.

O paciente, desse modo, tem direito ao diagnóstico correto e claro, bem como de ser informado acerca dos riscos e objetivos do tratamento. Deve, portanto, estar a par não só do diagnóstico, mas também do prognóstico. Há casos, porém, em que isso não é possível (coma, dor intensa, atendimento de urgência etc.). São (e devem ser) a exceção, não a regra. Não cabe, por exemplo, no meio de uma cirurgia, diante de situação imprevista, decidir no lugar do paciente, se a decisão drástica não é urgente e o paciente pode decidir posteriormente.” (FARIAS; ROSENVALD; NETTO, 2015, p. 774-775)

Outro entendimento trazido por Bergstein (2012) é que o aprimoramento da relação médico-paciente, sem sombra de dúvida, passa necessariamente pelo agravamento do dever de informação. Condutas leais, derivadas da boa-fé objetiva, permitem que a relação desenvolva-se de forma saudável e sustentável durante toda a sua existência (tanto antes quanto depois da formalização do acordo de vontades), reduzindo, como consequência lógica, as possíveis divergências que possam se estabelecer e ocasionar conflitos (que muitas vezes se tornarão demandas judiciais).

2.3 PROFISSIONAL DE SAÚDE ASSISTENTE DO PARTO

Inicialmente, temos que na nossa sociedade o médico é colocado enquanto pessoa superior, tanto enquanto pessoa, como enquanto profissão. Assim, o saber médico tem uma hegemonia em relação a outros saberes, ficando assim o conhecimento e a voz das mulheres relegados, desprezados e carentes de validade. De acordo com Tavares (2008), existe uma relação assimétrica entre o(a) médico(a) e a mulher gestante, pois aquele é detentor do conhecimento técnico necessário por esta, o que enaltece o seu caráter de hegemonia. (ALVES, 2020,p. 31)

Maia (2010) explica que o modelo tecnocrático da assistência ao parto é fundamentalmente focado na figura do médico obstetra. Todavia, as atuais políticas de humanização do parto passaram a legitimar a enfermeira obstetra na condução do trabalho de parto e parto normal sem complicações.

Ao citar o entendimento de Machado, Maia (2010) classifica a atuação do médico como uma profissão por excelência, já que possui um corpo de conhecimentos complexo, fechado e específico, monopoliza um mercado com demanda ilimitada e legalmente protegido, tem a atividade do médico como individual e de responsabilidade intransferível, sendo o trabalho coletivo pouco desenvolvido e a autonomia é crucial para o seu cotidiano de trabalho.

Ramos (2020) traz uma importante distinção: erro médico de violência obstétrica. No primeiro, é a conduta do profissional que está sendo julgada, frente a inobservância caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência e, somente após a análise do caso concreto do suposto erro é que se poderá adequar a conduta. Já nas condutas que caracterizam a violência obstétrica, o que é ferido é o protagonismo feminino, quando é ignorada a sua autonomia, de forma tanto sutil quanto explícita, ofendendo a gestante de forma verbal ou física, ferindo seus direitos sexuais e

reprodutivos somados a procedimentos superados pela medicina, sendo considerada uma violência de gênero.

Negrão (2018) aborda a autonomia especialmente quando esta atua na área obstétrica, trazendo entendimento de Costa Andrade, Hirsch e Albuquerque:

“A autonomia sobre o próprio corpo pode entrar em conflito directo com outros bens jurídicos penalmente protegidos, como a integridade física e a vida, e pode ainda fazer colidir o direito à autodeterminação com o dever de assistência e o dever de esclarecimento a prestar pelo médico.

Isto é especialmente verdade na obstetrícia, onde frequentemente o direito à autodeterminação no que concerne à recusa de intervenções é mal recebido por parte dos profissionais de saúde, que se movem por um “dever de assistência” muitas vezes excessivo, pois no caso de uma gravidez de baixo risco, não falamos de um diagnóstico prévio à proposta de uma intervenção; falamos sim de uma intervenção por rotina, que advém de uma medicina altamente intervencionista. Havendo dissentimento por parte do paciente, extingue-se o dever de garante do médico. Tal como acontece quando há consentimento, também do dissentimento emerge o dever do médico de investigar os motivos do dissentimento, no sentido de se certificar do nível de esclarecimento do paciente.” (NEGRÃO, 2018, p. 11-12)

Em teoria, a obstetrícia é uma especialidade que pode ser praticada tanto por médicos quanto por enfermeiras. A “arte de partejar”, historicamente, nunca foi de monopólio médico, possibilitando novos olhares para a profissionalização e o ethos profissional da medicina e da enfermagem nessa especialidade (MAIA, 2010).

Maia (2010) compara ainda mais as profissões: “Entre os aspectos que distanciam medicina e enfermagem no grau de profissionalização, podemos citar a autonomia, que se manifesta mais claramente quando analisamos o mercado de trabalho. De fato, a enfermagem ainda disputa o mercado de trabalho com profissionais de nível técnico.”

Vale a pena mencionar o Código de Ética do Profissional de Enfermagem, que traz obrigações para esses profissionais que colaboram tanto para que haja uma menor incidência de violência obstétrica, além de definir o caminho mais ético a ser traçado por eles; este também traz punições administrativas, que, dependendo da gravidade, o classista poderá perder o direito de atuar como tal seguem alguns dos dispositivos que ali vigoram:

Art. 38 Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

Art. 39 Esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem.

Art. 40 Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

Art. 41 Prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 42 Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais.

Parágrafo único. Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.

Art. 43 Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo seu ciclo vital e nas situações de morte e pós-morte.

Art. 44 Prestar assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Parágrafo único. Será respeitado o direito de greve e, nos casos de movimentos reivindicatórios da categoria, deverão ser prestados os cuidados mínimos que garantam uma assistência segura, conforme a complexidade do paciente.

Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

(RESOLUÇÃO COFEN Nº 0564/2017)

Todavia, vários trabalhos demonstram os problemas relacionados à formação e atuação das Enfermeiras Obstétricas no Brasil, como a falta de autonomia, de visibilidade e a dificuldade para exercer um perfil estritamente assistencial. Como possuem identidade híbrida, de enfermeira e de obstetriz, essas profissionais muitas vezes acabam por não conseguir atuar na área específica, sendo alocadas para outras funções e outros setores, mesmo a contragosto (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2017).

3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica se coloca como sendo o desrespeito à mulher gestante, seu corpo e seus processos reprodutivos. Se caracteriza por ter como sujeito ativo os(as) profissionais de saúde, os(as) quais a reproduzem por meio de tratamentos desrespeitosos, abuso de medicalização e negação da autonomia da mulher. (ALVES, 2020, p. 16)

3.1 CONCEITO

Inexiste uma lei específica que tipifique as práticas desumanas que as mulheres cotidianamente sofrem durante o processo de gravidez, parto e pós-parto, porém esses sofrimentos estão sendo cada vez mais reconhecidos e discutidos, sendo todos esses abrangidos dentro da seguinte nomenclatura: a violência obstétrica.

O Brasil é um país preocupante quando se trata dos casos de agressão à mulher: o país registra 1 caso de agressão a mulher a cada 4 minutos (CUBAS; ZAREMBA; AMÂNCIO, 2019), como foi demonstrado em levantamento realizado pela Folha de São Paulo em 2019. Portanto, já não é novidade que se discuta a violência contra o gênero feminino, pois os dados acerca do assunto são preocupantes e alarmantes. Ramos (2020) cita o livro: “Violência contra a mulher”, de Damásio de Jesus, onde ficam bem retratados os inúmeros relatos de vítimas dessa violência; na obra são relatados dados de delegacias especializadas no combate à violência contra a mulher, como demonstrado a seguir:

“Delegacias Especializadas de Atenção Mulher (DEAMs) : criadas em 1985, hoje existem 307 DEAMs funcionando em todo o território brasileiro. São Paulo concentra 40,7% delas, e Minas Gerais, 13%. Constituem a principal forma de política pública de prevenção e combate violência contra as mulheres no Brasil (fonte: Ministério da Justiça/Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Pesquisa Nacional sobre as Condições de Funcionamento das Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres, 2001). Denúncias policiais nas Delegacias Especializadas de Atenção Mulher (DEAMs): durante o ano de 1999 foram registradas 326.793 denúncias nas DEAMs, das quais 33,05% foram ameaças; 159 foram assassinatos (0,05%); 113.713 constituíram casos de lesão corporal (34,80%); 4.076, casos de maus-tratos (1,25%); 4.697, casos de estupro e (1,44%) 1.242, tentativas de estupro (0,38%), entre outros crimes (fonte: Ministério da Justiça/Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Pesquisa Nacional sobre as Condições de Funcionamento das Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres, 2001) (JESUS, 2015, p. 23 e 24).” (RAMOS, 2020, p. 9)

Em análises mais recentes, publicadas no 15º Anuário Brasileiro de Segurança Pública no pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública e analisados pelo Instituto

Patrícia Galvão, fica demonstrado que a violência contra a mulher continua crescendo no Brasil:

Sobre feminicídio

Foram registrados 1.350 casos de feminicídios no Brasil em 2020, um crescimento de 0,7% com relação à 2019. Desse total, 74,7% das vítimas tinham entre 18 e 44 anos, 61,8% das mulheres eram negras e 81,5% foram mortas pelos companheiros ou ex-companheiros.

Sobre a violência sexual

O dados mostram que, em 2020, 60.460 casos de violência sexual foram registrados. Isso equivale a 165 estupros por dia. Desse total, 73,7% foram casos de estupro de vulnerável, sendo que 60,6% das vítimas tinham até 13 anos. Além disso, 86,9% das vítimas eram do sexo feminino e em 85,2% dos casos o autor era conhecido. (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2021, *online*)

Ao analisar os resultados dos dados coletados sobre o tema, Alves (2020) verifica que as situações de violência obstétrica não são situações únicas, atípicas ou infrequentes. Fica claro que, em vários casos, a presença de autonomia feminina no momento do parto foi negada quando não ocorria o diálogo com a mulher ou quando conversavam entre si sobre assuntos que em nada tinha a ver com aquele momento, quando induziam ou faziam interferências na tomada de decisões e quando não questionavam sobre a vontade da mulher no momento do parto.

O termo “violência obstétrica”, tanto no Brasil quanto em outros países da América Latina, é utilizado para descrever as diversas formas de violência que podem ocorrer nas fases do processo de gestação, incluindo a assistência à gravidez, o parto, o pós-parto e o abortamento (DINIZ et al, 2015). Existem outras formas de descrever essas ocorrências, como, por exemplo:

“violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana/ desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entre outros.” (DINIZ et al, 2015, p. 3)

Foi o surgimento da abordagem mais tecnocrata do parto, da assistência à saúde da mulher e do bebê e, ao mesmo tempo, a realização de procedimentos intervencionistas e frequentemente violentos que fez surgir o conceito de violência obstétrica, criado para debater e tipificar esse tipo de sofrimento (COELHO; SANTOS, 2019). Em 2007, a Venezuela foi pioneira em defini-la em sua Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência:

Art. 15: A violência obstétrica é entendida como a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelo pessoal de saúde que se expressa no tratamento desumanizante, no abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007).

A violência obstétrica, além de ser caracterizada como ato violento praticado contra mulher que está em qualquer fase do processo para dar à luz, é também violação dos Direitos Humanos. A violência obstétrica vem sendo introduzida no cotidiano atual com força maior nas redes sociais, razão pela qual o debate sobre esse assunto demonstra-se cada vez mais imprescindível, para que medidas de prevenção e informação possam surgir (NAZÁRIO; HAMMARSTRON, 2015, p. 4).

Nesse sentido, é necessário que o operador do direito faça diversas manobras entre vários dispositivos legais para que possa ser aplicada qualquer responsabilização contra os praticantes dessa violência. Ainda nessa tela, as ações judiciais que apuram essas práticas possuem força de erro médico e, em grande parte dos casos, não são tratadas como erros, e sim como escolhas médicas (OLIVEIRA, 2020, p. 32).

Oliveira (2020) vê a obrigatoriedade da norma como uma criação de consciência pessoal. Para ela, a existência de uma norma federal que garanta o respeito ao Plano de Parto (documento que será melhor trabalhado mais à frente) é indispensável para prevenir sua violação. Desse modo, obrigam-se os profissionais de saúde, por meio do elemento psicológico e judicial da intimidação, a respeitar as vontades das pacientes antes, durante e após o parto, quando ausente o risco de vida.

No Brasil, apesar de não existir lei específica federal sobre o tema, vale citar o Projeto de Lei nº 7633/2014, de autoria do então Deputado Federal Jean Wyllys, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências, entre elas a condenação civil e criminal dos profissionais de saúde que pratiquem atos de violência obstétrica, podendo ser destacado seu artigo 13:

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica 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. (BRASIL, 2014, s.p)

Além disso, Palharini (2017), em seu trabalho, cita um dado revoltante: “No Brasil, uma pesquisa divulgada em 2010, conhecida pelo título *Na hora de fazer não gritou*, mostra uma situação preocupante: uma em cada quatro mulheres brasileiras já sofreram violência no parto.”

A análise de E Silva e Serra (2017) demonstra que o fenômeno da violência obstétrica ainda é invisibilizado do ponto de vista jurídico, não sendo uma temática recorrente no judiciário brasileiro. Porém, muito embora o termo não se encontre nos julgados do STF e STJ por eles analisados, as buscas exploratórias através de palavras-chave caracterizadoras e posterior análise dos acórdãos selecionados comprovam categoricamente a violação dos direitos humanos das parturientes.

RESPONSABILIDADE CIVIL – DANO MORAL - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. Direito ao parto humanizado é direito fundamental. Direito da apelada à assistência digna e respeitosa durante o parto que não foi observado. As mulheres têm pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação. Privação do direito à acompanhante durante todo o período de trabalho de parto. Ofensas verbais. Contato com filho negado após o nascimento deste. Abalo psicológico in re ipsa. Recomendação da OMS de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Prova testemunhal consistente e uniforme acerca do tratamento desumano suportado pela parturiente. Cada parturiente deve ter respeitada a sua situação, não cabendo a generalização pretendida pelo hospital réu, que, inclusive, teria que estar preparado para enfrentar situações como a ocorrida no caso dos autos. Paciente que ficou doze horas em trabalho de parto, para só então ser encaminhada a procedimento cesáreo. Apelada que teve ignorada a proporção e dimensão de suas dores. O parto não é um momento de "dor necessária". Dano moral mantido. Quantum bem fixado, em razão da dimensão do dano e das consequências advindas. Sentença mantida. Apelo improvido. (TJ-SP 00013140720158260082 SP 0001314-07.2015.8.26.0082, Relator: Fábio Podestá, Data de Julgamento: 11/10/2017, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 11/10/2017)

Fica claro, após a análise dos casos judicializados, que eles não aparecem descritos como violência obstétrica e, além disso, o foco muitas vezes não está na análise da violação de direitos das mulheres como forma de violência de gênero, mas sim na combinação de danos ao bebê e à mulher (RAMOS, 2020).

Por conta da natureza feminina da violência obstétrica, as práticas institucionalizadas não devem ser analisadas somente sob a disciplina aplicada à

responsabilidade civil, mas também como espécie de violência contra as mulheres, de gênero, mormente no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos. O que quer dizer que as decisões judiciais que tenham como objeto os danos sofridos à mulher nos períodos do pré-parto, parto e pós-parto não podem perpetuar estereótipos que reforcem as violações cometidas contra as mulheres como ocorre, por exemplo, com o reforço da prática da episiotomia (RAMOS, 2020). Cordini (2015) chama a atenção à explicação de Previatti e Souza com relação à essa prática, que é um procedimento cirúrgico realizado pelos médicos para aumentar a abertura do canal vaginal com uma incisão realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia.

Portanto, as situações que possuam relação com violações aos direitos sexuais e reprodutivos, seguindo recomendações contidas em tratados internacionais, devem os tribunais fornecer solução jurisdicional capaz de assegurar o reconhecimento das violências sofridas e do seu efetivo reparo, não reforçando as desproporções relacionadas a gênero, raça, etnia, classe social, origem social e outros marcadores sociais (RAMOS, 2020).

Além disso, vale ressaltar que muitos profissionais da área médica não gostam do termo “violência obstétrica”. Boyaciyán, conselheiro e coordenador da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CREMESP, afirmou, em 2012, que a câmara repudia a expressão violência obstétrica. Em texto publicado no Editorial do Jornal do CREMESP, com o título *Episiotomia não é violência obstétrica*, afirma que:

“Como princípio, a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e, nesse intuito, toda a atenção do médico visa o bem-estar dos mesmos. Dessa forma, o termo “violência” não se aplica ao exercício da Medicina e, portanto, “violência obstétrica” não configura qualquer ação médica propriamente dita.” (BOYACIYAN, 2012)

Em 2018, o Conselho Federal de Medicina - CFM publicou um parecer sobre violência obstétrica, no qual puderam ser notados indícios de insatisfação com a nomenclatura usada, pois eles entendem que o termo é inadequado e uma afronta às especialidades de ginecologia e obstetrícia.

No ano de 2019 o Ministério da Saúde emitiu um despacho onde considerou inapropriada a utilização do termo “violência obstétrica”, buscando, desta forma, abolir a sua utilização. A emissão do referido despacho provocou intensa discussão

sobre o tema e, vários movimentos de mulheres, o Ministério Público Federal (MPF), bem como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) posicionaram-se contra o despacho, posto que a abolição da utilização do termo implicaria em um retrocesso nas políticas públicas de proteção e erradicação da violência contra a mulher. Também foi ressaltado que a medida dificultaria a identificação da violência de gênero ocorrida durante a assistência do ciclo gravídico-puerperal, assim como constituiria ato de censura contra importantes atividades científicas desenvolvidas em todo país sobre o tema (ALVES, 2020).

E mais, tal política iria entrar em conflito com os direitos fundamentais das mulheres, às políticas públicas de identificação, prevenção e erradicação da violência contra mulher e o interesse público. Em face a esses argumentos, o Ministério Público Federal emitiu uma recomendação ao Ministério da Saúde para que fosse reconhecida a utilização do termo. Após tal recomendação, foi consagrado oficialmente o direito legítimo de as mulheres usarem o termo “violência obstétrica” (ALVES, 2020).

Nascimento e Costa (2019) observam que fica claro que o texto publicado pelo CFM demonstra a indignação da classe médica com o termo usado pela comunidade em geral ao se referir à violência sofrida pelas mulheres no período gestacional, durante e após o parto, já que entendem que o compromisso dos médicos é de proporcionar a boa saúde e atendimento a todos e de modo especial às mulheres, porém, paradoxalmente, entendem que o uso da expressão violência obstétrica diminui o prestígio dos profissionais da classe médica, de modo particular, obstetras e ginecologistas.

Outra das características mais preocupantes desse fenômeno é a sua quietude: a parturiente por muitas vezes nem percebe que alguma das condutas praticada pela equipe médica é uma violência contra ela, ou, mesmo quando percebe, prefere se manter calada, por anseio de sofrer desamparo por parte dos profissionais em um momento de tamanha vulnerabilidade, ou de não se sentir ouvida para oferecer denúncia do tratamento inadequado ou até mesmo agressivo que tenha sofrido (ALMEIDA; RAMOS, 2020). Uma das conclusões de E Silva e Serra (2017) é que a falta de instrumentos próprios para identificar e notificar a violência obstétrica

acabam por facilitar a invisibilização do problema, tanto na esfera social quanto na jurídica. Além disso, os serviços que funcionam atualmente não se encontram de todo preparados para receber denúncias de violação no tratamento obstétrico.

“É válido que a parturiente torne-se protagonista do seu parto, sendo portanto possível viver essa tão marcante experiência por inteira, tendo seus direitos e desejos preservados e sendo respeitada prioritariamente. A mulher deve ter a concepção de que certos atos não são inerentes do processo de ser mãe, mas sim, que se trata de formas de violência mascaradas e constantes, por isso, esse é um assunto que necessita de maiores debates e de maior repercussão.” (SILVA, 2018, p. 45)

É a terrível realidade que as mulheres vítimas desta violência não encontram facilidade para denunciar tais atos, pois elas, em geral, sentem-se acuadas, vulneráveis, sem conseguir provar que foram vítimas de violência e, muitas vezes, nem sequer saber que passaram por violência obstétrica, pois acreditam que tais atitudes e procedimentos são aceitáveis e rotineiros (ALVES, 2020).

3.2 PRÁTICAS “NÃO NECESSÁRIAS”

Estando definida a violência obstétrica como uma violação à dignidade da pessoa humana, em que as vítimas, mulheres-gestantes, sofrem com atos de desrespeito e abuso, até mesmo atos desumanos que podem gerar não apenas transtornos de cunho psicológico na parturiente e em sua família, como, em casos drásticos, podem resultar na morte dessa mulher (DOS SANTOS, 2016).

Várias são as práticas cotidianas que se encaixam dentro dos parâmetros trazidos no conceito de violência obstétrica. Serra (2018) categoriza essas práticas em cinco categorias: negligência, abuso físico, abuso verbal, abuso sexual e abuso psicológico, sendo que boa parte das práticas por vezes enquadra-se em mais de um desses grupos.

Essa identificação, porém, não é conhecimento dominado pelos profissionais de saúde, como demonstrado:

“Sobre o que é considerado violência obstétrica, 47% dos profissionais acreditam ser agressão verbal; 44% procedimentos sem necessidade e/ou indicação; 25% agressão física; 22% agressão psicológica; 22% falta de autonomia. Outros menos citados foram: procedimentos sem anestesia, falta de explicações sobre procedimentos e/ou condutas, falta de ética. Vale ressaltar que 6% desconhecem o assunto ou não responderam [...]. Além disso, cada entrevistado pode citar mais de um exemplo de violência obstétrica, sendo por essa razão os resultados em porcentagem divergentes na soma final.” (GUIRALDELLO; LASCALA; GREEN, 2019, p. 302)

Também vale mencionar que, mesmo com o conceito de violência obstétrica tão diluído, a alta incidência de condutas institucionais que esses profissionais consideram violentas ainda é muito grande:

“Sobre as condutas realizadas rotineiramente no centro obstétrico, 37,5% (x=12) dos profissionais considera algum procedimento como forma de violência. Foram citados: Kristeller (33,5%), jejum prolongado (16,5), episiotomia (16,5%), cesárea sem indicação (8,5%), exposição do corpo da mulher (8,5%) e dilatação manual do colo (8,5%). Novamente, cada entrevistado pode citar mais de um exemplo de condutas.” (GUIRALDELLO; LASCALA; GREEN, 2019, p. 303)

Ramos (2020) nota que os debates com relação à humanização do parto têm sido cada vez mais recorrentes na sociedade, tendo em vista que a mulher começou a adquirir um papel de protagonismo social antes impensável e, com isso, discussões acerca de seus direitos passaram a ter uma maior relevância e uma maior exposição. Porém, mesmo com todas as diversas informações acerca dos malefícios da prática rotineira da episiotomia, a técnica continua sendo aplicada e tratada como normal e necessária por boa parte da sociedade. Ainda mais, um dado alarmante a ser discutido é que a maioria das mulheres nem sabe sequer o que significa, na prática, tal intervenção cirúrgica em seu corpo, e muito menos o porquê dela ser utilizada. A autora ainda cita o seguinte:

“Apesar de ser uma prática realizada em quase a totalidade dos partos por via vaginal assistidos nas instituições de saúde no Brasil, e de sua realização rotineira na instituição de estudo, menos da metade das mulheres entrevistadas desconhece a episiotomia e o motivo pelo qual ela é realizada (SANTOS; SHIMO, 2008, online).” (RAMOS, 2020, p. 15)

3.2.1 Negligência

Essa categoria dos possíveis danos que as parturientes podem sofrer é caracterizada por Da Silva e Serra (2018), como a indiligência médica quando relacionada ao abandono, negligência ou recusa de atendimento às parturientes que são rotuladas como demandantes; a negativa ou atraso no atendimento das mulheres em situação de abortamento ou até mesmo a recusa da admissão em hospital ou maternidade.

As boas práticas da atividade médica refletem-se na maneira que os profissionais de saúde, especialmente os médicos, aceitam as reclamações dos utentes. Em vários casos, quando as mulheres tentam reclamar, acabam recebendo respostas

grosseiras, como “todos os procedimentos foram feitos no seu melhor interesse e no do seu bebê”. Essa tendência melhoraria se existisse um sistema de reporte dos eventos adversos, comunicar-se-iam estas reclamações, o que permitiria identificar eventuais padrões e conseqüentemente implementar mudanças necessárias nos cuidados prestados, de acordo com as boas práticas (NEGRÃO, 2018).

3.2.2 Abuso físico

Serra (2018) caracteriza essa categoria como qualquer procedimento que cause dor ou dano físico, de grau leve ou extenso, sobre o corpo da mulher. Como, por exemplo, episiotomia sem necessidade clínica, manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê), cesáreas eletivas, exames de toque sucessivos, dolorosos e realizados por diferentes pessoas, soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto, imobilização de braços e pernas (uso de algemas nos casos das presas parturientes), restrição da posição para o parto, intervenções sem anestesia, descolamento de membrana e/ou ruptura artificial da bolsa sem consentimento da mulher, “ponto do marido” (ponto que se faz ao término da sutura de uma episiotomia, onde se 'aperta' a entrada da vagina, com o intuito de torná-la mais estreita, teoricamente aumentando a satisfação sexual do marido), uso de fórceps sem indicação clínica, tricotomia (raspagem obrigatória dos pelos pubianos), enema (lavagem intestinal). Além disso, podem ser incluídos nessa categoria os casos em que mulheres e/ou bebês ficam retidos em estabelecimentos de saúde até que se resolva pendências com plano de saúde ou questões relacionadas ao pagamento e também o impedimento no contato da mulher com o bebê após o parto.

Esse procedimento atinge diversas estruturas do períneo, tais como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal, além de provocar outras complicações, dentre elas a dor nas relações sexuais, risco de infecção e laceração perineal em partos subsequentes, maior volume de sangramento, além dos resultados estéticos insatisfatórios. O uso dessa intervenção de forma rotineira, como é o caso no Brasil, acaba trazendo riscos desnecessários à gestante. “Registra-se que, no Brasil, a incidência da episiotomia já alcançou o índice de 53,5%, a despeito da diretriz

estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, que recomenda que as ocorrências não ultrapassem a taxa média de 10% ." (CORDINI, 2015, p. 25). Alves cita o seguinte entendimento:

“Apesar de não ser considerada uma prática realmente necessária e a Organização Mundial da Saúde estipular a taxa referencial para a utilização da episiotomia em 10% dos partos normais hospitalares (OMS, 1996), de acordo com a Pesquisa “Nascer no Brasil”, esta prática é realizada em 53,4% dos partos normais no Brasil (FIOCRUZ, 2014).” (ALVES, 2020, p. 35)

Neves (2020) cita os estudos de revisão da literatura sobre este tema de Carroli e Mignini, onde concluem que as verdadeiras indicações da episiotomia são o parto instrumental, parto pré-termo, parto pélvico, macrossomia (peso ao nascimento maior que 4.000 g, independentemente da idade gestacional), sofrimento fetal ou ameaça de ruptura perineal grave. Ainda cita Rimolo, que, por sua vez, refere como critérios para a realização da episiotomia:

“sofrimento fetal, macrossomia; expulsão fetal lenta; prematuridade; a necessidade de abreviar o período expulsivo; a distócia de ombros²; o parto com fórceps; o risco de laceração perineal; a primiparidade; a exaustão materna; falta de colaboração materna, períneo curto, episiotomia anterior; pouca elasticidade perineal e a progressão insuficiente do trabalho de parto.” (NEVES, 2020, p. 15)

Neves (2020) também cita os entendimentos dos autores Vogel et al. e Stener et al., que afirmam que a episiotomia não deve ser realizada de forma sistemática durante o parto vaginal, já que ainda não foram obtidas evidências científicas válidas que legitimem a sua prática corriqueira. A esse respeito, Lesieur e Beretelle também consideram que o uso de rotina desse procedimento não leva a benefícios na diminuição da duração do período expulsivo e no sofrimento fetal, pelo que a episiotomia deve ser de uso restritivo.

Ramos (2020) cita o entendimento de Augusto (2014) de que “Em alguns casos, os danos causados por uma episiotomia podem ser comparados com os danos causados por um estupro violento, pois os danos causados à vulva e ao períneo são semelhantes em ambos os casos.” Além das diversas complicações e sequelas citadas, há ainda o detalhe de que, uma vez realizada a episiotomia, provavelmente a técnica vai se fazer necessária em todos os partos subsequentes da gestante, pois

² Distócia de ombro é um caso específico de distocia no qual, durante um nascimento, há uma dificuldade da passagem do ombro da criança após a passagem de sua cabeça pela sínfise púbica.

a incisão gera uma rigidez no períneo e isso dificulta a saída do recém-nascido de maneira natural.

Ramos (2020) também cita o artigo Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica (CARNIEL, et al., 2019), que traz a alarmante informação de que, entre 85 mulheres submetidas ao procedimento do parto normal, 76% foram sujeitas à episiotomia e essa técnica gerou diversas sequelas como, por exemplo, incontinência urinária, perda do prazer sexual, ligamento da vagina ao ânus e até dispareunia (dor genital ocorrida antes, durante ou após relações sexuais). Como se não bastassem esses danos relatados pelas pacientes submetidas a essa terrível prática, o artigo também demonstra que nos partos realizados com a episiotomia ocorre uma perda sanguínea significativamente maior do que nos partos realizados sem o procedimento, isso além do risco de ocorrer alguma laceração durante o procedimento. Mais um dano causado pela técnica é a dor local recorrente no pós-parto. Isso sem falar dos danos psicológicos causados pelo uso indiscriminado dessa incisão, que podem se apresentar na forma de trauma das pacientes por serem submetidas à técnica sem serem consultadas (uma clara afronta a autonomia da paciente), de trauma por terem sido mutiladas, por vezes de forma desnecessária, e até mesmo o sentimento de vergonha devido ao fato de a cicatriz da episiotomia mudar o aspecto da vagina, situação essa que dificulta ainda mais o retorno da parturiente às atividades sexuais.

A episiotomia deve ser realizada apenas em determinadas situações realmente necessárias, em acordo com o exposto através da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005 (BRASIL, 2005), que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que determina que o uso do procedimento de episiotomia deve ser restrito. (ALVES, 2020)

“Juridicamente, o uso desse procedimento de forma desnecessária e não consensual pode ensejar em violação da integridade física da gestante; a necessidade do consentimento é fundamental e na hipótese de a parturiente não poder responder por si, o acompanhante deverá ser consultado acerca da possibilidade de utilização do método (AUGUSTO, 2014)” (RAMOS, 2020, p.24)

Quando se trata do procedimento da episiotomia, fica nítida a conduta imprudente do profissional de saúde, visto que esta prática é capaz de gerar lesão, agravar o mal e, em alguns casos, capaz de levar até a morte da parturiente (RAMOS, 2020).

Já com relação à Manobra de Kristeller, Cordini (2015, p. 25) traz o entendimento de Bastos et al: “Em relação à pressão do fundo uterino, não há evidência sobre seu uso ser benéfico. Os riscos potenciais do uso da manobra de Kristeller incluem a ruptura uterina, lesão do esfíncter anal, fraturas em recém-nascidos ou dano cerebral, dentre outros”.

Alves (2020) cita o entendimento de Reis que já é conhecimento consolidado que a Manobra de Kristeller é danosa à saúde, bem como ineficaz, o que causará à mulher não só a dor que este procedimento provoca, mas também o trauma que seguirá com ela.

Outra prática comum que também deve ser afastada do cotidiano obstétrico é o cerceamento da liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e o estímulo às posições supinas constituem práticas claramente prejudiciais ao binômio mãe-bebê. Além disso, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), assegura à gestante “condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos”, devendo-se incentivar, por exemplo, os partos em posições verticalizadas, tal como o parto de cócoras, já este que permite a dilatação do diâmetro do canal do parto e, conseqüentemente, facilita a saída do nascituro (CORDINI, 2015).

“Em que pese ser de conhecimento mais comum o parto na posição horizontal, com a barriga voltada para cima e as pernas abertas, conhecida por litotomia ou supina, tal posição não é uma regra, podendo a mulher escolher a posição que a deixe mais confortável.

(...)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1996), o uso rotineiro da posição supina e da litotomia durante o trabalho de parto são práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas. Ainda, o Ministério da Saúde defende que a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, bem como o estímulo a posições não supinas, como em pé, lateral, sentada em banqueta, entre outras, durante o trabalho de parto são práticas que devem ser estimuladas (BRASIL, 2001).” (ALVES, 2020, p. 38-39)

Nascimento e Costa (2019) ainda trazem atenção ao fato que a violência física, até por natureza de conceito, ganha mais destaque entre as mulheres, como, por exemplo, na forma do excesso de exames de toque que são feitos na mesma parturiente, inclusive, em algumas situações, por profissionais diferentes, sem demonstrar nem critério clínico, tampouco respeito com a paciente.

Afastar o recém-nascido saudável da mãe imediatamente após o parto faz com que a equipe médica seja liberada mais rápido. Se não há nenhum tipo de intercorrência, não há motivo para retirar o bebê do corpo da mãe e não colocá-lo imediatamente no peito para que ela possa amamentá-lo e conhecê-lo. É comum que os recém-nascidos sejam afastados de suas mães para avaliação de Apgar, banho, aspiração nasal e outros procedimentos pediátricos. Contudo, a OMS não recomenda esse afastamento e entende que se pode esperar para realizar esses procedimentos. Afastar o bebê da mãe gera ansiedade e pode desencadear uma dificuldade de estabelecer vínculos maternos. (OLIVEIRA, 2020, p. 20)

Também vale mencionar uma última prática que chama a atenção de Alves (2020): as intervenções realizadas por professores(as) e/ou estudantes com a finalidade de aprendizado. Principalmente em hospitais universitários é comum ter a presença dos/as estudantes durante a realização dos procedimentos com o intuito de aprenderem a técnica ali realizada. Sobre o tópico, cita o Dossiê “Violência Obstétrica – Parirás com dor”, que aponta que este tipo de violência obstétrica pode ser conceituado como:

“Submeter uma mulher a procedimentos desnecessários, dolorosos, com exposição a mais riscos e complicações, com a única e exclusiva finalidade de antecipar o exercício da prática desse procedimento em detrimento do aprendizado do respeito à integridade física das pacientes, bem como seu direito inviolável à intimidade é considerado, no contexto dos direitos reprodutivos, violência obstétrica de caráter institucional, físico e, não raro, sexual. (2012, p. 93).” (ALVES. 2020, p. 43)

Essas condutas são realizadas, diversas vezes, nos hospitais-escolas, disfarçadas como atividades necessárias, sem ao menos nem esclarecerem as mulheres sobre o que se trata aquela intervenção, nem questionar se elas consentem com aquela prática realizada na presença de outras pessoas (ALVES, 2020).

Ao abordar a questão dos hospitais-escolas, muito se é discutido com relação aos atos praticados nestes espaços que, por possuírem esta condição educativa, não necessitam de consentimento dos pacientes para realizar qualquer ato, presumindo-se que, por estar naquele local, que também é de aprendizado para futuros médicos, o(a) paciente já estaria ciente que as intervenções a serem

realizadas no seu corpo poderiam ser acompanhadas por estudantes, de modo que não seria necessário o consentimento dele(a). Todavia, o artigo 28 do CEM é claro quanto a esse tópico, tendo em vista que é vedado o desrespeito ao interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição. E mais, vale ressaltar que o parágrafo único menciona o dever do paciente em denunciar o fato que tenha sido objeto de desrespeito à autoridade competente e ao Conselho Federal de Medicina. Porém, trazendo a redação dos artigos para o contexto da violência obstétrica, muitas mulheres sequer percebem que foram vítimas de uma violência e, se sabem, muitas têm medo de denunciar. Além disso, muitas mulheres veem o fato de o(a) filho(a) ter nascido bem como um fator de que não é mais preciso tocar no assunto de como foi seu parto, se nele foram realizadas condutas que lhe desagradaram, porque o simples fato de ter uma criança bem de saúde já compensa qualquer dissabor que tenha vivenciado durante o seu pré-parto, parto e/ou pós-parto (ALVES, 2020).

3.2.3 Abuso verbal

Tratamento verbal de modo grosseiro, humilhante, áspero, repreensivo, ameaçador. Uso de frases jocosas, xingamentos e insultos ridicularizando e humilhando a mulher. Nos serviços de aborto, as mulheres podem ser verbalmente abusadas, estigmatizadas e ter sua moral questionada.

Oliveira (2020) relata que alguns profissionais e acompanhantes utilizam-se dessa prática como uma maneira de silenciar a mulher que expressa sua dor, proíbe ou questiona intervenções médicas indesejadas, ou de fazer a paciente acreditar que precisa de uma cesariana de urgência. A mulher calada e que não expressa dor e dúvidas (comportamento absolutamente normal durante o parto) deixa o ambiente mais confortável para as demais pacientes, e o não questionamento torna mais fácil proceder a práticas invasivas.

Quando acontece Violência Obstétrica na forma de ofensa verbal, é comum que as mulheres sejam inferiorizadas, chamadas de “mãezinhas” ou, ao expressar dor, ouvir frases como “na hora de fazer, você não gritou”, “aguenta a dor porque ano que vem você está aqui de novo”, “ninguém mandou transar sem camisinha”, “você prefere cesariana ou matar seu bebê?” (OLIVEIRA, 2020, p. 24)

3.2.4 Abuso sexual

Serra (2018) categoriza como tais quaisquer ações que se referem ao controle da sexualidade da mulher através do abuso da posição de poder e confiança. Como, por exemplo, o assédio sexual, flerte; “cantadas”, contatos físicos forçados, convites impertinentes, insinuações, incitações sexuais.

Outros exemplos desses abusos entram da mesma forma na categoria de abusos físicos, como a mutilação da vagina, os exames de toque sucessivos, dolorosos e realizados por diferentes pessoas, a episiotomia, o “ponto do marido” e até mesmo laqueaduras ou histerectomias sem aviso prévio, sem esclarecimento e sem consentimento.

Nascimento e Costa (2019) entendem, com base em Portela e da Silva, que a violência sexual pode ser conceituada como:

“Toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. Exemplos: episiotomia, assédio, exames de toques invasivos, constantes ou agressivos, cesariana sem consentimento informado.” (COSTA; NASCIMENTO, 2019, p. 18)

3.2.5 Abuso psicológico

Pode ocorrer isoladamente, porém, acompanha todas as categorias e danos previamente citados, já que representa toda conduta que cause dano emocional ou prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação da mulher, com o objetivo de degradá-la ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, insulto, chantagem, ridicularização, exploração, limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio, qualquer tipo de discriminação em virtude da raça, etnia, idioma, histórico médico, crenças, preferências, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, status econômico e nível educacional da mulher (SERRA, 2018).

“No ciclo vital feminino a gestação é um momento esperado por muitas mulheres e geral em uma realização. Além de transformações anatômicas, fisiológicas e sentimentais, é um período de adaptação para uma nova etapa em suas vidas, onde a mente pode vir a aflorar angústias e medos. A fragilidade emocional e o desconforto físico seguem paralelos durante toda gestação, o que requer muitas vezes uma visão humanizada e acolhedora aos profissionais que as assistem. A negligência no acolhimento de

profissionais em hospitais e maternidades quando mulheres estão na expectativa do nascimento de seus filhos radiando esperança e alegria, podem causar frustrações, especialmente ao se deparar com atitudes de abandono ou intervenções desnecessárias, como a adoção de técnicas que desviam a naturalidade do parto e até mesmo da vida. Logo, o constrangimento é o primeiro sentimento enfrentado por elas, acompanhado de grande medo e angústia deixando sequelas sentimentais capazes de seguir por toda a vida.” (SILVA; SILVA; ARAÚJO, 2018, p. 26)

Alves traz um exemplo desse abuso, através de uma vivência que demonstra uma tentativa de controle sobre a parturiente:

“Constrangida com a presença de estudantes no recinto, a Sra. [...] solicitou que o exame fosse realizado apenas diante do profissional, ao que o rapaz respondeu que “acharia difícil que isso ocorresse”. Uma das supervisoras dos discentes, tão logo chegou ao local onde todos estavam, salientou que “o exame apenas seria realizado com a presença dos estudantes”, referindo-lhe que “não poderia fazer o pré-natal no HU se não quisesse a presença dos estudantes no seu exame” (RIO GRANDE, 2009).” (ALVES, 2020, p. 64)

Ao tratar da realidade das mulheres gestantes atendidas em hospitais escolas, Alves (2020) expõe a atitude popular de presumir a gestante, por estar sendo atendida nestes tipos de hospitais, local de aprendizado prático para estudantes de medicina, ela terá a obrigação de se submeter à presença indesejada de estudantes durante a realização de qualquer etapa de seu processo de gestação, muitas vezes até sendo submetida à procedimentos indesejados ou desnecessário em "prol" do aprendizado desses alunos. Pelo contrário, a autonomia e o consentimento delas devem ser preservados, especialmente dentro desses ambientes de ensino.

Outra forma desse tipo de abuso é a proibição injustificada de acompanhante ou autorização apenas para acompanhantes do sexo feminino. Esse direito, garantido em lei e recomendado pela OMS desde 1985 na Conferência sobre Tecnologia Apropriada Para Nascimento e Parto, é rotineiramente descumprido. A proibição ou limitação (condicionando esse direito com o pagamento de taxas, por exemplo) da entrada do acompanhante é uma prática institucionalizada nos hospitais, que tem como consequência uma interposição na vida privada, planejamento familiar e no amparo psicológico da parturiente (ALMEIDA; RAMOS, 2020).

“Outro tipo de Violência Obstétrica existente é a violência psicológica. É comum que mulheres não percebam que estão sofrendo Violência Obstétrica no momento em que está sendo cometida, tendo em vista que esta pode se dar de forma muito sutil. Entretanto, meses ou anos depois do parto, ao ter conhecimento do que se trata a violência, essa mulher pode

reconhecer os desconfortos desnecessários que protagonizou” (OLIVEIRA, 2020, p. 21)

Vale salientar que o uso de condutas médicas que tenham por consequência a restrição ao direito de livre decisão da gestante com relação ao seu tratamento, quem irá acompanhá-la e outras prerrogativas que lhe são inerentes, além de constituir escancarado desrespeito à sua dignidade, autonomia e valores culturais, importa violação ao Código de Ética Médica que, em seu artigo 24, traz: “Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo” (CORDINI, 2015).

“É possível que [a violência obstétrica] venha a acontecer antes do parto, durante o pré-natal como informações incompletas ou falsa indicação de cesárea. Pode ainda ocorrer no pós-parto e em casos de aborto. No abortamento é violência caso o profissional questione se foi ou não provocado, assim como tentar fazer com que a mulher ‘confidencie’ se teve um aborto provocado.” (DOS SANTOS, 2016, p. 5)

No Brasil, a dor do parto é diversas vezes relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, visto que as práticas institucionais e de profissionais de saúde previamente citadas, acabam por criar ou reforçar sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo. Importante destacar também que a impunidade dos profissionais e instituições que praticam essas violências agridem o binômio mãe-bebê (SILVA; SILVA; ARAÚJO, 2018).

4 DEVER DE INFORMAÇÃO

Alguns elementos criados na Constituição Federal norteiam as relações médico-paciente: o princípio da dignidade humana e os direitos à saúde, à solidariedade e à liberdade. É de suma importância, porém, destacar dois princípios: o da confiança e o da boa-fé.

Bergstein (2012) demonstra que “a confiança é elemento que assume especial relevo para o bom desenvolvimento da relação médico-paciente, pois é ela que torna fértil o terreno para que essa relação viceje.” Já o princípio da boa fé “marca a relação que se desenvolve entre o profissional médico e seu paciente, sendo seu principal fundamento”. Esses princípios anexam alguns deveres aos médicos, mas o de maior relevância para esse projeto é o dever de informar.

A autonomia da vontade (Privatautonomie) encontra no negócio jurídico seu mais forte símbolo. Vivemos, nos séculos passados, de certo modo, uma hipertrofia da autonomia da vontade nos negócios jurídicos patrimoniais. Hoje percebemos que a vontade não pode ser erigida em valor absoluto, pois, a ser assim, teríamos a concretização da previsão arguta de Lacordaire, que percebeu que, entre o forte e o fraco, é a liberdade que escraviza, e a lei que liberta. Não mais a liberdade contratual absoluta, mas a paridade. Em outras palavras, o conteúdo (atual) do contrato não corresponde apenas à vontade das partes. Ele é composto por padrões mínimos de razoabilidade que remetem à boa-fé objetiva, ao equilíbrio material entre as prestações e à vedação ao abuso de direito. (FARIAS; ROSENVALD; NETTO, 2015, p. 757)

França (2014) destaca alguns elementos incondicionais e obrigatórios dentro da relação médico-paciente e, entre eles, encontra-se a informação ao paciente. De acordo com o autor, é essencial que o paciente seja devidamente informado com relação à necessidade e natureza das condutas e intervenções que o profissional pretende utilizar, inclusive sobre seus riscos ou suas consequências, mesmo se o enfermo for menor de idade ou incapaz e seus progenitores ou responsáveis tenham sido informados, ele tem direito a esse conhecimento sobre a própria saúde. A atividade médica não pode se traduzir em uma espécie de poder absoluto sobre a vida ou a saúde do paciente, sendo o dever de informar imperativo como requisito prévio para o consentimento.

O dever de bem informar – viga mestra das relações de consumo – incide com particular vigor nas relações entre médicos e pacientes. O paciente encontra-se, comumente, diante do médico, em situação de inferioridade técnica, por não conhecer as vantagens e desvantagens de cada um dos procedimentos e técnicas. O destinatário da informação nem sempre é o

paciente, pode ser familiares dele ou até mesmo outros médicos ou hospitais, para onde o paciente foi transferido. É inadmissível que o hospital, ao transferir um paciente, não forneça – sem que para isso precise ser solicitado – os dados e subsídios acerca do tratamento ministrado ao paciente até então. O mesmo vale para o médico, sob cujos cuidados estava o paciente, posteriormente transferido para os cuidados de outro profissional. São precauções básicas, mínimas, cuja ausência podem redundar em óbvios e grandes danos. (FARIAS; ROSENVALD; NETTO, 2015, p. 739)

O cumprimento dos deveres de informação deve ser caracterizado por rigoroso escrúpulo, contendo informação adequada, ou seja, aquela que é completa, gratuita e útil. Portanto, podemos definir, em relação à utilidade, que não é dado ao fornecedor “esconder” uma informação útil num mar de informações inúteis. A informação pode assumir várias formas:

A informação pode assumir várias formas, como por exemplo: (a) informação-conteúdo; (b) informação-utilização; (c) informação-preço; (d) informação-advertência. Em outra perspectiva, os planos de saúde têm o dever de informar individualmente aos consumidores acerca do descredenciamento de médicos e hospitais. A não ser assim, teríamos a situação de quem procura atendimento de urgência e é informado, por exemplo, que o hospital não é mais credenciado. Os riscos relativos à informação, no caso, são do fornecedor, não do consumidor. A propósito, o contrato não obriga o consumidor se ele não tiver chance de tomar prévio conhecimento de seu conteúdo (CDC, art. 46). (FARIAS; ROSENVALD; NETTO, 2015, p. 758-759)

O avanço cada vez maior da proteção dos direitos humanos acaba trazendo, como consequência, a essencialidade da obtenção do consentimento do paciente ou dos seus responsáveis legais para que alcance sua verdadeira dimensão e seu incontestável destino. Assim, atende os consagrados princípios da autonomia e da liberdade, garantindo a todos os indivíduos o direito de ser autores dos seus próprios destinos e de optar pelo rumo que queiram dar às suas vidas (FRANÇA, 2014).

4.1 CONCEITO

O direito dos pacientes de serem informados está previsto na Constituição Federal, art. 5º, inc. XIV, nos seguintes termos: “é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional”, aplicado no direito civil por conta da eficácia horizontal dos direitos fundamentais.

Vale ressaltar o art. 15 do Código Civil, que garante a necessidade do consentimento individual para a realização de procedimentos médicos, nos seguintes termos:

“Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”.

O direito à informação também é reconhecido na Lei nº 8.080/1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, onde o art. 7º, estabelece os seguintes direitos, elencados inclusive como princípios:

“Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

(...)

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário”

O médico, portanto, tem o dever de zelar pela conduta informativa, prevista no Código de Ética Médica, representando pela Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.217/2018, especialmente pelos arts. 31 e 34:

É vedado ao médico:

(...)

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

(...)

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

A garantia do direito à informação é um dever essencial para assegurar a autonomia dos pacientes, princípio importante da Bioética, demonstrado na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos:

Artigo 5 – Autonomia e Responsabilidade Individual

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.

O dever de informação e a autonomia dos pacientes são conceitos intimamente conectados e dependentes um do outro. Da Silva e Serra (2017) tem como

entendimento que o direito à informação está atrelado ao princípio da autonomia, visto que, somente quando o paciente for provido com informação clara acerca dos procedimentos que serão realizados, será ele capaz de realizar escolhas realmente autônomas com relação ao seu tratamento. Portanto, em nenhuma ocasião o profissional de saúde pode tentar persuadir ou coagir o paciente a receber com a realização de algum tratamento que não concorde. O grau de entendimento e a ausência de coerção são fatores determinantes na tomada de decisão.

“O dever de informar, previsto no art. 6º, III, do Código de Defesa do Consumidor, está ligado ao princípio da transparência e obriga o fornecedor a prestar todas as informações acerca do produto e do serviço. Esse princípio é detalhado no art. 31, que enfatiza a necessidade de serem fornecidas informações corretas, claras, precisas e ostensivas sobre os serviços, “bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores”. O aludido dever abrange o de se informar o médico acerca do progresso da ciência e sobre a composição e as propriedades das drogas que administra, bem como sobre as condições particulares do paciente, realizando, o mais perfeitamente possível, a completa anamnese.

Integra ainda o grupo dos deveres de informação o de orientar o paciente ou seus familiares a respeito dos riscos existentes, no tocante ao tratamento e aos medicamentos a serem indicados.” (GONÇALVES, 2012, p. 241-242)

França (2014) ainda acrescenta o elemento de que, se o paciente não possuir capacidade de falar por si ou de compreender o ato pretendido pelo médico, este será obrigado a obter o consentimento (elemento essencial da atividade médica) através dos responsáveis legais, configurando consentimento substituto. E mais, o autor faz questão de conceituar o representante legal, visto que nem toda espécie de parentesco qualifica um indivíduo como tal, sendo imprescindível o conhecimento sobre o que se pode e o que não se pode consentir.

Além disso, a capacidade do indivíduo de consentir do indivíduo não é conceituada da mesma forma na ética e na lei. O entendimento legal é mais inflexível, diferentemente do ético, onde existem certas decisões em que, mesmo quando a pessoa seja considerada civilmente incapaz, deve ser respeitada sua avaliação, em especial quando se tratar de situações mais delicadas. A exemplo disso, pode citar-se os portadores de transtornos mentais, mesmo legalmente incapazes, não devem ser isentos de sua capacidade moral de decidir (FRANÇA, 2014).

Bergstein (2012) identifica como os pressupostos para a validade do consentimento do paciente a informação verdadeira e completa por parte do médico, a capacidade

plena do paciente e a autonomia deste para tomar decisões sobre seu tratamento. O problema encontra-se na definição de quando esses requisitos podem ser considerados suficientemente cumpridos, visto que todos esses pressupostos acabam por abranger diversas interpretações quanto aos seus limites, gerando a necessidade de discussão sobre quais são as características e limites do dever de informar do médico. Todavia, vale destacar que somente quando o dever de informar é prestado de forma completa e satisfatória que possibilitará a contrapartida do paciente, manifestada por seu consentimento informado.

4.2 O DEVER DE INFORMAÇÃO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

É importante analisar, agora, se a doutrina do consentimento informado é aplicada no cotidiano da área da obstetrícia. Em acordo com Negão (2018), essa prática tem sido muito difícil de ser implementada, na forma de que o consentimento de uma gestante não é, de fato, informado a não ser que ela tenha sido totalmente esclarecida sobre os aspectos das condutas a serem tomadas pelos profissionais de saúde, podendo, então, embasar e impactar sua tomada de decisões. É justamente nesse aspecto, o dever de informação, que sistematicamente falha em desfavor das mulheres, visto que não ocorrem conversas claras sobre os riscos inerentes aos cuidados obstétricos convencionais, acabando por perder importantes elementos na comunicação profissional-gestante. A autora, portanto, conclui que o dever de esclarecimento raras vezes é cumprido por parte dos profissionais de saúde.

Ao contrário, o Código dispõe do princípio de aceitar as escolhas dos pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos. O documento não determina a opção do médico em aceitar ou não as escolhas de seus pacientes no que tange os procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos: o Código prevê que o médico aceitará as escolhas de seu paciente. Por conseguinte, em respeito ao Código de Ética Médica, em qualquer circunstância, o Plano de Parto não deveria ser questionado, mas sim elaborado, aceito e cumprido . (OLIVEIRA, 2020, p. 47)

Oliveira (2020) também traz o entendimento de Cleyson de Moraes Mello, que explica que a própria condição humana representa a garantia de certos direitos originários em uma dignidade inerente. Em outras palavras, apenas pelo fato de ser humana, a parturiente já teria a garantia de dignidade, devendo ser respeitadas as suas vontades durante o período, antes, durante e após o parto.

Um exemplo seria a supracitada episiotomia. Cordini (2015) cita Previatti e Souza sobre esse procedimento, declarando que é fato que a episiotomia está sendo utilizada de maneira descontrolada na assistência obstétrica. Fica claro para os doutrinadores que esses profissionais de saúde estão acostumados a conceitos e práticas que não se adequam nem aos resultados de evidências científicas atuais, muito menos aos direitos das mulheres, pois continuam a insistir na utilização desnecessária deste método, mantendo uma atitude intervencionista que acaba por subtrair da parturiente a possibilidade de experienciar o parto como um processo fisiológico e fortalecedor de sua autonomia.

“O atendimento desumanizado é degradante às gestantes no processo de parto, passam por uma experiência traumática e negativa. A autonomia não é respeitada, visto que suas decisões e desejos, na maioria dos casos, são deixados de lado por meio de práticas que não maximizam os benefícios. O descaso e a impaciência fazem com que o profissional não respeite o pudor, nem mesmo a individualidade de cada paciente, não entendendo suas dificuldades e limitações, assim o profissional deve prestar integral assistência à paciente, esclarecendo suas dúvidas e de seus familiares, agindo com o máximo de zelo, priorizando o bem-estar da parturiente e a valorização da vida.” (SILVA; SILVA; ARAÚJO, 2018, p. 31)

Outro exemplo seria o direito da escolha ao parto. Escolher a forma de que vai parir deveria ser um direito garantido da parturiente, porém essa escolha é, muitas vezes, retirada de suas mãos ou é feita por meio de coação. O Brasil é um dos países com maiores índices de cesáreas do mundo, e vários autores atribuem esse fenômeno ao não cumprimento do dever de informação, enraizado da ignorância da população geral e da mitificação do parto cesárea propagado pela cultura intervencionista da atuação dos médicos obstetras.

Alves (2020) ainda destaca que a cesárea é um tipo de parto cuja realização mostra muitas vezes ter como principal intuito favorecer a equipe médica que irá realizar o procedimento, já que esta em geral é um modo mais rápido de se parir, bem como mais vantajoso economicamente para os(as) médicos(as).

Já é conhecimento comprovado que a cirurgia cesárea oferece maiores riscos não só à mulher, mas também ao recém-nascido, uma vez que estes tornam-se mais propensos a infecções e a hemorragias. Trata-se de fato que já tem diversas evidências médicas, as quais indicam que as taxas de mortalidade materna associada à cesariana são até sete vezes maiores que no parto normal, de acordo

com o modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil publicado pela ANS em 2008 (ALVES, 2020, p. 41).

Cazelatto et al (2020) identificam o medo como fator determinante na suposta escolha do tipo de parto pela gestante, visto o alastramento da noção de que o parto natural é excepcionalmente doloroso e incômodo. Este preceito é fundamentado por ditos populares, que utilizam o parto normal como comparativo negativo: “essa tarefa é um parto”, “nada supera a dor do parto”, entre outros exemplos. Verifica-se que a cultura brasileira resta firme em conceituar o processo natural de nascimento como uma tarefa árdua e onerosa.

Ramos (2020) chama a atenção para um aspecto importante: as gestante, quando são induzidas pela falácia de que o parto natural equivale somente a momentos de dor e sofrimento, começaram a questionar a capacidade do próprio corpo para dar à luz de forma natural e, muitas vezes sendo influenciadas por essa insegurança, acabam optando pela cesariana, apresentada pelos médicos como um procedimento indolor, que oferece maior segurança e benefícios a mãe e ao bebê. Diante de tal evento, em uma cesariana desnecessária, pode ocorrer, por exemplo, risco de hemorragia, infecções no útero e problemas relacionados à anestesia. Encarando essa realidade, deve-se garantir e investir na humanização da assistência ao parto, assegurando que a maternidade seja segura e prazerosa resgatando o significado do nascimento, sendo indispensável no tocante do assunto a mortalidade materna e o combate a violência obstétrica, minimizando a intervenção médica, por meio do investimento e proteção da autonomia da mulher quanto ao seu próprio corpo (RAMOS, 2020).

Na situação da escolha do parto, por exemplo, a decisão sobre os procedimentos a serem realizados, ou não, precisa ser da gestante. É ela que deve protagonizar sua própria história, podendo deliberar sobre o seu corpo, tendo plena liberdade para dar à luz e acesso a uma assistência à saúde adequada, segura, qualificada, respeitosa, humanizada e baseada em evidências científicas, assim possibilitando o combate da violência obstétrica a partir da alteração do modelo médico-paciente, buscando uma relação que respeite mais a autonomia da mulher, sendo a parturiente, titular de

direitos, onde se encontra em posição de fragilidade perante o corpo médico. (RAMOS, 2020)

Para completar, em sua análise, Cazelatto et al (2020, p. 8) afirmam que a doutrina médica em geral não busca desmistificar essas noções do pensamento popular. Pelo contrário, por vezes os profissionais de saúde acabam por reforçar esses preceitos, com objetivo de manter enraizada no inconsciente social a necessidade da intervenção cirúrgica para o processo de nascimento humano. Ainda expõem que, nos meios acadêmicos e hospitalares, não são divulgados os incertos prejuízos que podem ser consequências da cesárea, o que gera uma falta de conhecimento da população sobre os benefícios e malefícios dos partos, seja numa ou noutra modalidade.

4.3 DEVIDO CUMPRIMENTO DO DEVER DE INFORMAÇÃO

Ainda sobre o dever de informação, é de suma importância destacar alguns aspectos sobre o seu cumprimento. Por exemplo, é de regra que somente o paciente é o destinatário da informação, a qual permitirá o seu consentimento livre e esclarecido para a submissão a determinado tratamento, podendo, entretanto, esse poder de escolha ser transferido ao seu representante legal, em caso de incapacidade de compreensão daquilo que se procura transmitir (BERGSTEIN, 2012, p. 126).

A informação fornecida pelo médico para seus pacientes deve ser leal, completa e acessível, tanto sobre o ato cirúrgico em si e cuidados pós-operatórios como também aos riscos inerentes à cirurgia e ao tratamento, especialmente os riscos que apresentem caráter excepcional. Essas informações incluem diagnóstico, prognóstico, bem como benefícios, riscos e alternativas de tratamento. Vale diferenciar esse dever com relação ao dever de conselho, que determina o médico como o grande conhecedor da ciência que deve prodigalizar ao seu cliente, o leigo em medicina. (KFOURI NETO, 2019)

Para que exista um real consentimento informado, é fundamental o respeito, a promoção e proteção da autonomia da pessoa, assegurando não só a proteção do utente contra a sujeição a tratamentos não desejados, como uma participação ativa

na definição dos cuidados de saúde a que se submete. Portanto, o verdadeiro consentimento representa os direitos à autodeterminação, à liberdade individual, à formação de uma vontade esclarecida e, acima de tudo, o direito a uma escolha pessoal, livre e esclarecida quanto às decisões conducentes à manutenção do estado de saúde. Além disso, o consentimento informado é também um instituto jurídico que envolve o paciente e o médico ou o paciente, familiares e representantes legais e toda a equipa médica (NEGRÃO, 2018).

Kfouri Neto (2019) também faz uma análise da avaliação sobre o risco material envolvido no procedimento médico, que, em sua perspectiva, não pode ser reduzida a percentagens. Primeiramente, a determinação do risco é realizada através de uma variedade de fatores, para além de sua magnitude em termos percentuais, que incluem: (a) a natureza do risco; (b) o efeito que sua ocorrência teria na vida do paciente; (c) a importância para o paciente dos benefícios buscados serem alcançados pelo tratamento; e (d) as alternativas de tratamento disponíveis e os riscos envolvidos nessas alternativas. Desta forma, o autor deixa claro que a avaliação é individual e sensível às características únicas de cada paciente.

Além disso, Kfouri Neto (2019) relembra que o papel consultivo do médico envolve o diálogo, que tem como objetivo assegurar que o paciente compreenda a gravidade de sua condição clínica, os benefícios e quaisquer riscos previstos do tratamento proposto, bem como razoáveis alternativas de tratamento, assim dando a possibilidade ao paciente para tomar uma decisão bem informada. E mais, o dever de informação assumido pelo médico só será cumprido de forma eficaz caso todas essas informações fornecidas forem compreensíveis para o paciente, leigo e vulnerável dentro da relação. Portanto, não deve o médico bombardear o paciente com informações técnicas que ele não pode razoavelmente esperar, menos ainda exigindo sua assinatura em um termo padronizado e genérico de consentimento.

Vale destacar que o dever de informar também tem seus limites e regras, visto que, no âmbito da relação médico-paciente, é necessário que as informações oferecidas pelo profissional de saúde, para possibilitar a autonomia, devem ser acessíveis tendo em vista o perfil do consumidor paciente. Portanto, quando é verificado um excesso na linguagem utilizada para informar o paciente, fica também constituída

violação ao dever legal, já que receber informação sem nada compreender é o mesmo que não receber informação alguma. É indispensável que o paciente possua entendimento sobre os conhecimentos que lhe estão sendo transmitidos, já que, sem este, não há esclarecimento. Sem este último, não pode existir consentimento válido, muito menos decisão autônoma (BERGSTEIN, 2020).

Deve haver correlação obrigatória entre informação e consentimento, a fim de que a autorização do paciente adquira validade. O médico jamais pode intervir sem o consentimento prévio, livre e esclarecido, do seu paciente. Quanto maior o risco do tratamento, mais rigoroso se torna esse dever de informação. Evidentemente, em qualquer tipo de tratamento ou cirurgia, seja qual for o risco, pequeno ou grande, o médico só poderá agir após obter o consentimento do paciente. (KFOURI NETO, 2019, p. 12)

Fica claro então que o médico não pode efetuar nenhum tipo de tratamento sem receber o consentimento do paciente. Todavia, situações de urgência podem afastar o princípio. Existem casos em que o profissional de saúde pode, por exemplo, encontrar-se diante de um enfermo inconsciente, a necessitar de cuidados emergenciais. O médico deve adotar as providências que a situação exige e, depois, na medida do possível, obter o consentimento da família. Portanto, existe uma certa flexibilidade nesse princípio, protegendo a boa fé do médico (KFOURI NETO, 2019).

O respeito à autonomia da paciente é um discurso frequente, assim como a referência ao comportamento uniforme dos médicos enquanto bons médicos a todos os pacientes. A violência ocorrida é atribuída à qualidade técnica e tecnológica da prática obstétrica de alguns médicos e à omissão do Estado na garantia de boas condições de trabalho. (PALHARINI, 2017, p. 12)

O dever de informação é, portanto, um importante pressuposto do consentimento, sendo esse um processo dinâmico que é resultado da inter-relação entre médico e paciente. Todavia, é relevante destacar que o acompanhamento médico de uma parturiente é fundamentalmente diferente dos demais, visto que a gravidez não é uma doença, mas sim uma condição fisiológica e natural do ser humano de procriação.

“[...] a parturiente deve ser orientada pelo médico, hospital e/ou maternidade, bem como deve existir programa de informação, sobre as condições do seu parto e as respectivas consequências, devendo a parturiente ser esclarecida e interagir sem medo ou frustração com médicos e demais pessoas da equipe, facilitando na identificação de qualquer ato abusivo, violento ou desnecessário” (NAZÁRIO; HAMMARSTRON, 2015, p. 11)

5 A IMPORTÂNCIA DO DEVIDO CONSENTIMENTO DA PARTURIENTE

Ao narrar sobre a evolução da doutrina do consentimento informado no mundo, Kfoury Neto (2019) a divide em três grandes fases. A primeira ocorreu no pós-Segunda Guerra, quando se firmou a indispensabilidade do consentimento voluntário dos indivíduos em experimentos médicos. A segunda fase do consentimento é marcada pelo dever de esclarecimento informacional, ou seja, não basta a informação, ela precisa ser completa, clara e precisa, mas se entendendo pela aplicação, em algumas situações, do princípio da beneficência. E a terceira, e atual fase da evolução doutrinária sobre o tema é uma que merece maior destaque, visto que esta tem como característica a valorização do consentimento livre e esclarecido da paciente, abandonando-se a visão paternalista da relação médico-paciente.

A ausência do consentimento pode constituir lesão autônoma, por si só danosa e passível de indenização. Deve-se, para tanto, verificar o nexo causal entre a omissão de informação e o dano, a fim de se estabelecer o dever de indenizar. Imagine-se o caso de cirurgia de hérnia inguinal. Presente o risco de necrose do testículo, o cirurgião não informa o paciente. Ocorre a cirurgia, sem falha técnica – e a necrose se verifica. Será imputável ao médico o dano moral, por não ter advertido o paciente quanto àquele risco – que acabou por se concretizar –, a mutilação, como resultado da necrose. (KFOURI NETO, 2019, p. 15-16)

O ilícito das condutas de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários ocorre no âmbito da autonomia e da liberdade de autodeterminação, algo relativamente novo no contexto do direito nacional e do direito europeu. Até o fim do século XIX, a conduta só era punida quando realizada mediante coação ou sequestro, sendo que mesmo nesses casos o tratamento arbitrário poderia ser considerado legítimo desde que se mostrasse necessário a salvar a vida do paciente (NEGRÃO, 2018).

Vale novamente destacar o enunciado do artigo 15 do Código Civil, que obriga os médicos a não atuarem sem a prévia autorização dos pacientes, que, até nos casos mais graves, têm a prerrogativa de se recusar a se submeter a um tratamento perigoso. Essa garantia têm como função proteger a inviolabilidade do corpo humano, de modo que ela só será efetiva se a necessidade e a importância do fornecimento de informação detalhada ao paciente sobre o seu estado de saúde e o

tratamento forem devidamente contempladas, para que o consentimento seja concedido com pleno conhecimento dos riscos existentes (GONÇALVES, 2012).

Kfouri Neto (2019) entende a natureza do consentimento não como uma forma, mas sim um processo de diálogo entre o doente e o médico, onde ambas as partes trocam informações e se interrogam reciprocamente, culminando na concordância (ou não) do doente à realização de certo tratamento ou da intervenção. Além disso, o médico deve levar em consideração a linguagem clara e adequada ao nível cultural do enfermo quando o informá-lo acerca da natureza da enfermidade e prognóstico esperado. Podem ocorrer casos raros e excepcionais em que o profissional considere que a informação não é oportuna, psicologicamente, para a evolução do tratamento. Nessas ocasiões, deve o profissional informar algum parente próximo do paciente, colocando-o a par da gravidade do estado do enfermo. Existe, portanto, uma relação de equivalência entre a necessidade da informação e o quão perigosa seja a intervenção médica.

Negrão (2018) considera que, levando em consideração que a mãe é, por natureza, a maior interessada no bem-estar do bebê, o consentimento informado deve ser elemento essencial no contexto dos cuidados obstétricos, uma vez que qualquer intervenção feita na mulher grávida, por consequência, afeta tanto a sua saúde como a do seu filho. A autora ainda cita um estudo realizado por Kelly et al. (2016) sobre diferentes modelos de consentimento informado no que concerne ao rastreio neonatal e, baseado nele, demonstra diferentes modelos de consentimento informado dentro da relação médico-gestante, que Negrão (2018) entende como transversais a todos os procedimentos obstétricos. Esses modelos são uma boa forma de mapear como diversos países interpretam o consentimento dentro das relações obstétricas:

- “1. Modelo obrigatório, em que os pais não têm autoridade e não fazem parte do processo de tomada de decisão.
2. Modelo opt out, em que os pais têm autoridade para recusar o procedimento, embora não lhes seja pedida autorização para o fazer (ex: Países Baixos, a maioria das províncias do Canadá e a maioria dos Estados nos Estados Unidos).
3. Modelo de conformidade informada, em que os pais têm autoridade para decidir sobre o procedimento através de um consentimento verbal (ex: França). A enorme aceitação deste modelo sugere que os procedimentos

podem ser apresentados de forma a parecer que na verdade não há direito de escolha.

4. Modelo da escolha informada, em que os pais têm autoridade para tomar decisões e lhes é pedido o consentimento. Este modelo inclui a expectativa de que os pais serão totalmente informados sobre o procedimento (ex: Reino Unido).” (NEGRÃO, 2018, p. 15)

Negrão (2018) analisa que, os protocolos hospitalares que se referem ao trabalho de parto e ao parto, desde o momento em que se passa a triagem, têm como procedimentos de rotina práticas como o enema, a medicação, analgesia, manobras, episiotomia e clampeamento precoce do cordão umbilical. Em prática, a autora explica que é de comum conhecimento que estas intervenções vêm acompanhadas de um verdadeiro consentimento informado e o dissentimento é um direito que raramente se consegue fazer valer neste ambiente focado na patologia. Salienta, ainda, que as práticas listadas são todas, sem exceção, fora das recomendações da OMS (atualizadas em 2018), desde a tricotomia, o enema, o CTG, a posição litotômica, a restrição de ingestão de alimentos ou bebida, as manobras de respiração, a episiotomia e a manobra de Kristeller, entre outras. O fato destas práticas não serem recomendadas pela OMS reforça ainda mais a necessidade de obter um verdadeiro consentimento informado da parturiente, informando-a com clareza quanto aos riscos e benefícios dos procedimentos a aplicar, sendo que esta os pode recusar.

A realidade descrita acima também acaba baseando o que ocorre nas situações de determinação do parto para a maioria das mulheres brasileiras, como demonstra a mesma autora:

Consentimento informado na obstetrícia significa que, em qualquer contexto médico, seja durante os cuidados pré-natais, trabalho de parto, parto, ou pós-parto, a mulher foi informada sobre: nome e natureza de um determinado procedimento ou medicamento e por que deve permitir que o procedimento ou medicamento lhe seja administrado e ao seu feto; os perigos ou desvantagens para ela e para o feto de não receber o procedimento ou o medicamento; a existência de outros 17 métodos de tratamento disponíveis para ela e para o feto; os riscos e benefícios desses outros métodos para ela e para o feto; os benefícios ou vantagens deste procedimento ou medicamento, na medida em que se aplicam a ela e ao feto; o conhecimento da experiência do seu médico em fornecer esses procedimentos ou medicamentos a pessoas em situação semelhante; o seu prognóstico, e o provável desfecho para ela e para o feto após a administração do procedimento ou do medicamento; e todas as áreas de incerteza (lacunas no conhecimento médico) associadas à administração do medicamento ou procedimento que são conhecidas pelo médico. Uma gravidez de risco reforça a necessidade de esclarecimento quanto aos

procedimentos, que já não serão de rotina, como por exemplo a amniocentese, e reforça também a necessidade de boas práticas médicas, nomeadamente o consentimento informado. (NEGRÃO, 2018, p. 16-17)

Quando os médicos utilizam-se de táticas coercitivas para induzir as parturientes a aceitarem determinados procedimentos, deve ser percebido o impacto negativo que é consequência dessa coação: não só a relação médico-paciente fica desgastada, como também a mulher e conseqüentemente a sua família podem sofrer diversos prejuízos, desde danos físicos resultantes do aumento dos riscos associados aos procedimentos forçados; lesões psicológicas resultantes da experiência da coação; e outros efeitos adversos como, por exemplo, o aumento de custos de um parto instrumentalizado. O impacto social demonstra-se ainda mais pelo número crescente de mulheres que se seguram para não se comunicar abertamente com os seus médicos obstetras e que deixam, muitas vezes, de procurar cuidados maternos no hospital, atacando assim todo o princípio do consentimento informado, que deve ser o centro dos cuidados médicos modernos (NEGRÃO, 2018).

Ao analisar como devem ser arbitrados os valores dos danos dentro da esfera médica, Kfoury Neto (2019, p. 16) primeiro considera a possibilidade do dano ter sido causado por culpa do médico. Nesses casos, a qualidade da informação é irrelevante para a análise, visto que é um dever secundário da conduta profissional médica. Todavia, ao analisar situações em que a intervenção médica é correta, sem que, porém, ele tenha informado adequadamente o paciente, a questão se torna crucial. Aí, existe a culpa pela falta de informação ou pela informação incorreta, não sendo necessária negligência no tratamento. Com relação ao nexo causal, a vítima deve demonstrar que o dano provém de um risco acerca do qual deveria ter sido avisada, a fim de deliberar sobre a aceitação ou não do tratamento. Porém, de acordo com o autor, caso o prejuízo que o paciente sofreria se tivesse recusado o tratamento for maior que o dano decorrente da intervenção, a questão da falta de informação torna-se irrelevante.

A quantificação da indenização nesses casos sempre suscita controvérsia, principalmente por não existir uma base legal e portanto, ficando a cargo do órgão julgador, de quem se espera prudente arbítrio, a fixação do montante indenizatório.

Na valoração dos danos morais, essa dificuldade exacerba-se ainda mais (KFOURI NETO, 2019).

Em breve síntese, ao fixar a indenização pela ausência de consentimento livre e esclarecido do paciente, cabe ao magistrado examinar três elementos: primeiro, existência de outros tratamentos menos perigosos ou desprovidos de potencialidade lesiva; segundo, se, à luz da verossimilhança, outro paciente, em idênticas condições, teria consentido, após inteirar-se completamente dos perigos inerentes à intervenção; por fim, se os riscos discutidos e não informados, eram comuns ou excepcionais. Após, incumbirá ao julgador arbitrar as consequências concretas da falta de consentimento, determinando reparação consentânea (KFOURI NETO, 2019).

5.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dentro do sistema do SUS, a atenção primária à saúde consiste no primeiro nível de contato do usuário com o sistema, como se fosse uma porta de entrada para o SUS, constituído principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tem suas ações voltadas para a redução do risco de doenças e a proteção da saúde, ou seja, apresenta também um caráter preventivo.

“Para mudar a assistência no parto é preciso mudar as normas que sustentam as práticas médicas e a própria formação médica. No entanto, é necessário enfatizar a necessidade de uma mudança que priorize a recuperação da autonomia da mulher a partir da apropriação do direito sobre seu próprio corpo (TORNQUIST, 2002).” (ALVES, 2020, p. 104)

Rocha et al. (2011, p. 3) chamam a atenção aos conceitos de prática médica, tanto hospitalares quanto extra-hospitalares, levantados por Balint. Segundo este, existe a relação médico-paciente direta e indireta. A primeira é a que acontece dentro dos hospitais e das clínicas, são as consultas. Já as relações indiretas ocorrem quando a relação é continuada, de forma indireta, pelo paciente. Esta última também é chamada de atenção primária à saúde.

A relação médico-paciente indireta, de acordo com Rocha et al. (2011, p. 3), considera, além do diagnóstico do profissional de saúde, também a sociedade e a cultura do paciente, de modo a adaptar o tratamento de forma mais efetiva, humanizando a relação entre o clínico e o indivíduo ao procurar pelo método mais

viável a este. Eles justificam esta maior consideração à individualidade do paciente em razão de que de nada adiantam os esforços dentro dos ambientes hospitalares e clínicos se essas diligências não continuarem no dia-a-dia do paciente.

Neves (2020), ao citar a tese de Caires e Santos, explica que o respeito pela parturiente e pelas suas decisões deve ser mantido durante todo o processo do parto, e a parturiente deve protagonizar todo esse processo, participando de maneira ativa nas decisões e conhecer adequadamente a forma como o parto irá ser realizado e as respectivas opções entre as quais terá de escolher.

Por esse motivo, a mulher e os profissionais de saúde devem criar uma relação de confiança mútua, partilha de informação e reconhecimento do papel ativo da mulher nos cuidados que lhe são prestados. Para isso, deve existir o consentimento informado, onde os profissionais de saúde disponibilizam à mulher informação suficiente e adequada sobre qualquer procedimento, devendo dar-lhe a oportunidade de ponderar sobre a respectiva decisão. Depois de estar devidamente aconselhada, a mulher pode aceitar ou recusar a realização de episiotomia. (NEVES, 2020, p. 18)

Os níveis secundário e terciário de atenção à saúde, apesar de importantes, não tem um papel significativo na prevenção de violência durante o processo de nascimento, como demonstrado na descrição deles no *site* do SUS:

A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

A Atenção Terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organiza também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (para o tratamento de doenças no aparelho auditivo).

Envolve ainda a assistência em cirurgia reparadora (de mutilações, traumas ou queimaduras graves), cirurgia bariátrica (para os casos de obesidade mórbida), cirurgia reprodutiva, reprodução assistida, genética clínica, terapia nutricional, distrofia muscular progressiva, osteogênese imperfeita (doença genética que provoca a fragilidade dos ossos) e fibrose cística (doença genética que acomete vários órgãos do corpo causando deficiências progressivas).

Entre os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade estão a quimioterapia, a radioterapia, a hemoterapia, a ressonância magnética e a medicina nuclear, além do fornecimento de medicamentos excepcionais, tais como próteses ósseas, marca-passos, stent cardíaco, etc. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, *online*)

5.2 PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Demonstrada a importância do devido consentimento, é preciso agora apontar de que formas pode-se garanti-lo às gestantes. Primeiramente, existe a prevenção quaternária: “Sendo a prevenção quaternária a atitude e a ação de identificação e evitação de risco de hipermedicalização, intervenções desnecessárias e danos, ela deve considerar a [Violência Obstétrica] em seu escopo de saberes, valores e práticas.” (TESSER et al., 2015).

Ainda, existe o entendimento de Tesser de que a discussão no pré-natal de informações sobre a fisiologia do parto, os riscos e benefícios de possíveis procedimentos realizados na maternidade e direitos da gestante pode constituir-se ainda como estratégia de prevenção quaternária. Bentzen ainda completa esse raciocínio concebendo a prevenção quaternária como atitude e ação de identificação e evitação de situações de risco de hipermedicalização e intervenções desnecessárias (ANDREZZO, 2016).

Andrezzo (2016) responsabiliza a atenção primária no fomento da discussão sobre a assistência ao parto com as mulheres ainda no pré-natal para garantir a integralidade da atenção, ainda mais no contexto do SUS, já que pode constituir uma ferramenta para prover informações de qualidade às mulheres durante o pré-natal – um incremento de “tecnologia leve” na “caixa de ferramentas” da equipe da atenção primária. Mas, acima de tudo, pode ser uma forma de incentivar as parturientes a comunicar suas necessidades para a equipe na maternidade. E, considerando que a comunicação entre serviços de saúde é geralmente deficitária, pode-se imaginar que o uso do plano de parto possa provocar pactuações para a formação de uma “cadeia de cuidados” entre tais serviços.

Mesmo com a elevada cobertura de pré-natal no Brasil (98,7%), apenas 40% das mulheres confirmam terem sido orientadas com relação às práticas benéficas para o trabalho de parto, sendo que a maior parte dessas orientações acabam sendo sobre a gravidade e os sinais de risco da gravidez. É de grande importância alterar essas práticas e utilizar do médico para que este oriente tanto a gestante, quanto suas famílias, sobre os benefícios do parto natural e as possíveis complicações de intervenções questionáveis, de modo a, por fim, contribuir para o empoderamento

das mulheres-gestantes em tal momento tão precioso e vulnerável, possibilitando que essas possam exigir um atendimento obstétrico mais digno e seguro. Desta maneira, enfrentar a violência obstétrica exige que os profissionais de saúde assumam responsabilidades que vão além das rotinas de pré-natal e do entendimento biomédico da gestação e parturição (TESSER et al., 2015).

COSTA et al (2020) trazem o entendimento de Sena L.M. e Tesser C.D (2016) e Dias R.L., et al. (2015) de que o pré-natal pode ser uma estratégia para a prevenção de violência obstétrica, protegendo a saúde do binômio mãe/filho, transformando esse procedimento de rotina em um espaço imprescindível para a realização de atividades educativas e esclarecedoras, que objetivam prevenir a violência obstétrica verbal, física ou psicológica, a exemplo da manobra de Kristeller, episiotomia de rotina ou sem indicação, privação da presença do acompanhante e de escolha da posição de parto.

Diniz et al. (2015) citam como uma das soluções sobre como identificar, prevenir e mitigar a violência obstétrica o uso de intervenções com objetivo de informar e de fortalecer a autonomia das parturientes e suas famílias, através do uso do plano de parto e da garantia do direito do acompanhante.

5.2.1 Plano de parto

Recurso pouco utilizado no Brasil é a construção do plano de parto, prática iniciada na década de 1970 entre mulheres europeias que reivindicavam controle sobre seu próprio corpo no contexto da crescente medicalização do parto e recomendada pela OMS. Sua elaboração convida a mulher, auxiliada por seus cuidadores, a refletir sobre práticas benéficas ou danosas e sobre seus direitos durante o processo de parturição. (TESSER et al., 2015).

A gestante tem como seu principal objetivo durante a elaboração de um Plano de Parto assegurar o respeito aos seus desejos e ao que se espera antes, durante e após o parto. Após ser aceito e respeitado, o documento faz com que o médico guarde o absoluto respeito ao ser humano e atue em seu benefício (OLIVEIRA, 2020).

(...) é cristalino o direito do paciente de recusar ou escolher tratamento médico. O Plano de Parto, por sua vez, tem a função de oficializar a escolha

e a recusa dos tratamentos antes, durante e após o parto. Portanto, a recusa ou o desrespeito ao Plano de Parto, além de desconforto e sentimento de impotência, caracteriza também contradição ao Código de Ética Médica. (OLIVEIRA, 2020, p. 46)

A criação de um plano de parto exige da gestante um grande esforço, tanto para entender quanto para expressar todos os seus medos, necessidades e valores pessoais com relação ao processo parturitivo, facilitando a comunicação de suas escolhas aos profissionais de assistência obstétrica. Algumas das vantagens inclusas na utilização do plano de parto são: a melhoria da comunicação com a equipe de assistência e a sensação de autonomia e de maior controle durante o parto por parte da gestante, o que, por consequência, faz com que esta esteja mais consciente de suas alternativas durante o processo de nascimento.

“Para a APS [atenção primária à saúde], o plano de parto traz a necessidade de se pensar o pré-natal como espaço importante de compartilhamento de informações e pactuação de estratégias que mitiguem a situação de desamparo em que se transformou a assistência ao parto. Ajudar as usuárias a construir seus planos promove a reflexão das equipes sobre a realidade da assistência ao parto na sua região e sua atuação nesse cenário. Um forte vínculo entre equipe e gestante na APS pode minimizar os danos da descontinuidade de cuidado entre o pré-natal e parto, criando uma ponte entre a equipe cuidadora na APS e o local de assistência ao parto.” (TESSER et al, 2015, p. 7)

Tesser et al. (2015) explica que o plano de parto pode ser construído tanto individualmente como de forma coletiva. No modo individual, a mulher pode ser orientada a buscar informações disponíveis e/ou profissionais da área de saúde, como médicos ou enfermeiras, utilizando uma consulta marcada para sua construção.

No entanto, o modo coletivo ocorre, de acordo com Tesser et al. (2015), por meio de encontros de gestantes, muito comum na atenção primária à saúde brasileira. Acaba por vezes sendo mais produtivo, já que esses espaços coletivos têm como interesse utilizar do universo referencial das mulheres, suas histórias e percepções, ao invés de construir uma fala linear e/ou unidirecional. Partindo de uma primeira rodada de depoimentos, amplia-se o debate, mantendo-se em mente a importância de estar aberto para a escuta e uma aliança com as potencialidades das mulheres. A discussão de todas as rotinas, intervenções e práticas muitas vezes requerem mais de um encontro do grupo de gestantes. Desta forma, acaba existindo uma dificuldade para muitas mulheres, visto que por vezes não podem se ausentar do

domicílio, devido ao cuidado com filhos menores. Esse obstáculo, porém, pode ser mitigado designando um profissional como cuidador, facilitando o acesso às mulheres.

Apesar do plano de parto ser uma boa solução em teoria, pode ter suas desvantagens. Sua existência, por exemplo, não garante o cumprimento daqueles desejos. Além disso, pode ocorrer aumento da tensão e de conflitos entre provedores e mulheres, criando uma atmosfera de desconfiança entre os envolvidos. Uma última desvantagem citada é um aumento da insatisfação das mulheres ao não conseguirem ter a assistência ou o parto que planejaram (TESSER et al, 2015).

Não há no Brasil nenhum dispositivo normativo federal que defina ou puna a prática da Violência Obstétrica ou que ao menos reconheça a legalidade do documento denominado Plano de Parto. De acordo com Oliveira (2020), isso cria uma lacuna no direito, visto que não há incentivo ao médico para respeitar a autonomia de suas pacientes, o que, por consequência, acaba deixando o acolhimento do Plano de Parto a critério do profissional de saúde.

“Em 06 de fevereiro de 2019, foi publicada no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro a Resolução nº 293, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ). Em síntese, a Resolução nº 239, de 23 de janeiro de 2019, do CREMERJ, proibia que os médicos do estado do Rio de Janeiro aderissem e/ou subscrevessem qualquer documento que restringisse ou impedisse sua atuação profissional, como é o caso dos Planos de Parto. Essa Resolução foi apoiada na autonomia do médico para indicar o procedimento que entender mais adequado. Todavia, considerou apenas os interesses do médico, e não levou em consideração a autonomia dos pacientes e nem a relação recíproca existente entre profissional e paciente.” (OLIVEIRA, 2020, p. 43)

A dignidade da pessoa humana, principalmente quando se trata do corpo da paciente, deve ser respeitada. Portanto, não pode ser relativizada a vontade da mulher durante o parto com o mero argumento de que precisam ser utilizados procedimentos invasivos e dolorosos para que o processo seja mais rápido, privilegiando exageradamente a logística do hospital. É necessário que prevaleçam as vontades da paciente acima de qualquer outro pressuposto, salvo em casos de risco de morte, o que só é possível com a elaboração e aceitação de um Plano de Parto, o qual, por sua vez, não é regulamentado em nível federal no Brasil (OLIVEIRA, 2020).

5.2.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O consentimento informado forma-se dentro do direito do paciente de participação e permissão de tratamentos e procedimentos médicos que possam ser realizados e que possam afetar sua integridade física ou psicológica, e no dever do profissional de orientar e alertar sobre os riscos e benefícios dos procedimentos a serem realizados. Essa autorização é posta em prática por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Informado (OLIVEIRA, 2020).

A Recomendação do CFM n.º 1/2016, que dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica:

- a) O esclarecimento claro, pertinente e suficiente sobre justificativas, objetivos esperados, benefícios, riscos, efeitos colaterais, complicações, duração, cuidados e outros aspectos específicos inerentes à execução tem o objetivo de obter o consentimento livre e a decisão segura do paciente para a realização de procedimentos médicos. Portanto, não se enquadra na prática da denominada medicina defensiva.
- b) A forma verbal é a normalmente utilizada para obtenção de consentimento para a maioria dos procedimentos realizados, devendo o fato ser registrado em prontuário. Contudo, recomenda-se a elaboração escrita (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).
- c) A redação do documento deve ser feita em linguagem clara, que permita ao paciente entender o procedimento e suas consequências, na medida de sua compreensão. Os termos científicos, quando necessários, precisam ser acompanhados de seu significado, em linguagem acessível.
- d) Em relação ao tamanho da letra, recomenda-se que seja pelo menos 12 e, com a finalidade de incentivar a leitura e a compreensão, que o termo seja escrito com espaços em branco ou alternativas para que o paciente possa, querendo, completá-los com perguntas a serem respondidas pelo médico assistente ou assinalar as alternativas que incentivem a compreensão do documento. Depois de assinado pelo paciente, tais espaços em branco e/ou alternativas, quando não preenchidos, deverão ser invalidados.
- e) O paciente, ou seu representante legal, após esclarecido, assume a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações feitas pelo médico assistente. (CFM n.º 1/2016, Anexo I, p. 2)

Kfoury Neto (2019) chama a atenção para um aspecto importante com relação à existência do TCLE: o próprio documento teria a capacidade, em oposição do que era pretendido pelo médico ou hospital, fazer prova de erro na formulação do consentimento, que por sua vez culminou por prejudicar o paciente. O que geralmente ocorre é a utilização de minutas pré-elaboradas, de redação deficiente, vagas e imprecisas, que permitam, por exemplo, uma intervenção cirúrgica a qualquer médico do serviço, não apenas àquele (ou àqueles) envolvido na obtenção

do consentimento e na documentação do respectivo esclarecimento. Por muitas vezes também, o documento é excessivamente rígido, incluindo em seu corpo permissões ou recusas em bloco, informações deficientes, unilaterais, que, por óbvio de nada (ou muito pouco), valerão.

“Destarte, não deixando de respeitar a linha tênue entre o direito da paciente (autonomia e informação de procedimentos) e a garantia do médico (de indicar o procedimento que entender mais adequado), há que se buscar um meio- termo em que um direito não venha a anular o outro. Nesse contexto, na falta de norma específica, o mais correto seria respeitar a Constituição Federal, que tem por natureza a supremacia, seguida do Código de Ética Médica, que foi elaborado pensando no interesse dos próprios profissionais e que garante, em todo o seu texto, a autonomia dos pacientes.” (OLIVEIRA, 2015, p. 60)

5.2.3 Acompanhante

Um aspecto importante que pode ser decidido nos planos de parto já é um direito garantido das gestantes: um acompanhante.

“a escolha da parturiente, sabendo quais os riscos que implicam suas escolhas, não somente à sua saúde, mas também à saúde de sua criança, devem fazer parte de uma minuciosa e detalhada aceitação por parte da gestante ou de seu representante. Daí por que, para minimizar qualquer constrangimento, a parturiente tem direito a um acompanhante, evitando-se assim, excessos por parte da equipe médica envolvida” (CAZELATTO et al, 2020, p. 9535)

Negar esse direito é considerado uma grave violação ao direito das mulheres ao parto humanizado. Segundo a “Lei do Acompanhante” – Lei Federal n.º 11.108, de 07 de abril de 2005, que alterou a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990:

“Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.”

Vale citar também o Estatuto da Criança e do Adolescente, que dispõe em seu art. 8º:

“É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. § 6º A gestante e a parturiente têm direito a 1 (um)

acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.”

Não é possível, pois, restringir o acompanhante às hipóteses de parto normal ou de cesárea, a períodos determinados ou ao gênero feminino ou masculino. A autonomia da gestante deve ser respeitada integralmente, sem necessidade de justificação de sua escolha e sem imposição de exigências de preparação prévia do seu acompanhante. Desta forma, nenhum estabelecimento poderá exigir que o acompanhante participe de reuniões ou cursos preparatórios, tampouco é lícito exigir qualquer cobrança adicional pela presença do acompanhante durante ou no pós-parto (CASTRO, 2020).

Castro (2020) observa como são habituais os relatos de gestantes que sofrem com a exigência indevida de taxas para permitir a entrada do acompanhante, para que suas vestimentas sejam devidamente esterilizadas, ou ainda para permitir que o acompanhante possa pernoitar ou fazer as refeições adequadas no ambiente hospitalar. Todas essas exigências são inteiramente ilícitas e, portanto, devem ser denunciadas aos órgãos responsáveis, podendo até mesmo ensejar ação indenizatória por conta dos possíveis prejuízos materiais e do constrangimento causado à parturiente, justamente em um momento de grande vulnerabilidade para a mulher e para a sua família.

O garantia do direito ao acompanhante, apesar da lei mencionar apenas o SUS, também se aplica aos hospitais particulares, como demonstrado no seguinte precedente:

“RESPONSABILIDADE CIVIL. DANO MORAL. PROIBIÇÃO DE ACOMPANHANTE DURANTE O PARTO. 1. Direito da parturiente de ter acompanhante durante o parto. Direito ao parto humanizado como direito fundamental. Consonância da RDC nº 36, de 03/06/2008³, da ANVISA, e Resolução Normativa nº 428 da ANS, de 07/11/2017⁴. Recomendação da Organização Mundial da Saúde. Ainda que se entendesse que o art. 19-J da Lei 8.080/1990, acrescido pela Lei 11.108/2005 (Lei do Acompanhante), apenas se aplica ao SUS, isso não implica dizer que a lei desobrigou as

³ Resolução da ANS que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, que tem como objetivo estabelecer padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente.

⁴ Apesar de ter sido revogada pela RN nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, ambas tratam do rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, além da nova RN fixar as diretrizes de atenção à saúde.

instituições privadas da garantia de possibilidade de acompanhante no parto, por uma questão de dignidade humana e com base em regulamentações de órgãos técnicos do setor. Irrelevância de se tratar de parto por cesariana. Precedentes. Direito reconhecido. 2. Danos morais. Ato ilícito reconhecido. Abalo extrapatrimonial configurado. Negativa que se deu em momento de grande vulnerabilidade da autora. Momento que corresponde a um dos mais esperados na vida de qualquer casal, de tal sorte que, quanto a esse filho, jamais poderá a autora e seu marido vivenciar novamente esse momento. Quantum indenizatório fixado em patamar razoável, de forma a compensar o dano experimentado, sem, contudo, ensejar enriquecimento sem causa. 3. Recurso parcialmente provido.” (TJ-SP - AC: 10072914820178260322 SP 1007291-48.2017.8.26.0322, Relator: Mary Grün, Data de Julgamento: 28/05/2019, 7ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 28/05/2019)

Almeida e Ramos (2020) citam a revisão sistemática mencionada na pesquisa de Diniz et al, que demonstra que o apoio contínuo no parto deixa as mulheres mais propensas a ter parto vaginal espontâneo e menos afeitas a utilizar analgesia intraparto ou relatar insatisfação. Além disso, eles observam que o trabalho de parto tende a ser mais curto, e se davam menos por meio de cesariana ou parto vaginal instrumental. As mulheres que utilizaram de acompanhante também relataram maior satisfação com o atendimento e afirmam ter recebido mais esclarecimentos, o que fez com que se sentissem mais respeitadas pelos profissionais. Ao analisar diversos subgrupos, ficou possível perceber que o apoio contínuo foi ainda mais eficaz quando feito por alguém que não fazia parte da equipe do hospital ou da rede social da mulher, visto que houve menor incidência de qualquer forma de violência durante essas internações. Fica então demonstrado que a presença de acompanhante pode ser compreendida como um indicador de segurança, de qualidade do atendimento e de respeito pelos direitos das mulheres na assistência ao parto.

Visto, fica explícita a importância do acompanhante na garantia do devido cumprimento do dever de informação.

6 CONCLUSÃO

Como foi possível observar ao longo das discussões referidas na presente Monografia, o cumprimento real e completo do dever de informação do médico, em especial durante o processo do parto, é essencial para a prevenção de demandas judiciais.

Primeiramente, fica claro que muitas das condutas que caracterizam a violência obstétrica tem como base a ignorância e o desconhecimento das mulheres com relação ao próprio corpo e ao processo de gravidez. Procedimentos como episiotomia serem realizados de forma costumeira é um bom exemplo de como essa desinformação prejudica as mulheres.

É importante considerar que a violência obstétrica não é só um dano a ser indenizado, mas sim um ato de violência de gênero, atrelado a uma atividade inerentemente feminina. Portanto, deve-se incluir os séculos de discriminação que as mulheres viveram (e ainda vivem) dentro de toda análise dessas condutas. A violência rouba a mulher de sua liberdade, de sua tão suada autonomia, causando-lhe lesões tanto físicas quanto psicológicas.

Como demonstrado acima, o dever de informação do médico é um elemento essencial dentro da autonomia do paciente, de forma que, sem ele, não há um real ato decisório do indivíduo em tratamento. Não é possível que um indivíduo tome uma decisão que realmente expresse sua vontade sem ter acesso a toda a informação disponível para tal.

Portanto, fica comprovado que o esclarecimento por parte dos profissionais de saúde sobre o processo pré-natal e as alternativas de parto, demonstrando os benefícios e malefícios de cada procedimento, é essencial para a recuperação do protagonismo da parturiente na relação obstétrica. E mais, a atual mentalidade intervencionista dos médicos em suas práticas, que favorecem intervenções cirúrgicas e realizam procedimentos sem o prévio consentimento esclarecido das gestantes (como a episiotomia ou o uso de fórceps nos partos) são violações graves à autonomia de escolha dessas mulheres, ocasionando diversas situações de sofrimento dentro dessa delicada situação fisiológica. Por conseguinte, o devido

cumprimento do dever de informação é essencial na relação obstetra-gestante, como uma forma de prevenção à violência sofrida por elas.

Não pode ser ignorada, porém, a resistência que a sociedade médica tem com relação à mudança desse paradigma intervencionista, preferindo manter as práticas indevidas como são. A falta de compaixão pelo sofrimento que as parturientes passam por conta das diversas atitudes mostram o descaso da maior parte da comunidade médica quando dão preferência à manutenção de práticas convenientes à sua atuação (como no caso de escolha de parto preferindo a cesárea, ou da realização de jejum excessivo das parturientes durante o processo de parto) em detrimento à autonomia dessas mulheres.

Até mesmo o direito da gestante ao acompanhante, já expresso em dispositivo normativo específico, muitas vezes é violado, com justificativas fúteis que criam um ambiente hostil e doloroso para a mulher, justamente em seu momento de maior vulnerabilidade.

Por conta da inexistência de legislação específica sobre a violência obstétrica, é papel do Poder Judiciário utilizar-se dos dispositivos normativos disponíveis para trazer justiça às mulheres que sofreram essa violência. No entanto, a avaliação desses danos, na forma que ocorre na jurisprudência atual, não é suficiente para verdadeiramente julgar os casos concretos. Como foi demonstrado nesta Monografia, as decisões judiciais nem ao menos utilizam a expressão “violência obstétrica” e analisam os danos através de uma lente puramente focada na responsabilidade civil do médico, analisando os elementos gerais dessa matéria, aplicáveis em todos as práticas médicas, porém ignorando os aspectos específicos envolvidos no processo de nascimento e na situação de vulnerabilidade que as mulheres se encontram quando estão na situação de parto.

Por fim, no desenvolvimento deste trabalho, também foi hipotetizado que o devido cumprimento do dever de informação seria uma forma de proteção às duas partes da relação médico-paciente, visto que a escolha informada da parturiente com relação a esse processo, além de protegê-la de possíveis violências obstétricas, lhe dá a responsabilidade em casos de imprevistos, desde que esclarecidos previamente, e seu consentimento também vira um meio de defesa ao médico. Além

disso, em teoria, o médico instruir sua paciente sobre todos os pormenores dos procedimentos a serem realizados, alcança o consentimento esclarecido da gestante.

Essa hipótese está parcialmente correta. Um TCLE, em teoria, protege o médico no caso de imprevistos durante a atuação da sua profissão. Todavia, em geral os termos utilizados dentro da prática obstétrica são, por vezes, rígidos, vagos e não realmente úteis às gestantes quando os leem. Dessa forma, o documento acaba virando uma comprovação da falha do profissional de saúde com relação ao cumprimento de seu dever de informação. O médico muitas vezes vê a autonomia da gestante como um obstáculo à sua atividade, não um exercício de seus direitos e expressão de sua dignidade, o que cria sentimentos de inconformidade quando a paciente opta por algo que não é preferência do profissional.

De toda forma, o devido cumprimento do dever de informação dentro da relação obstetra-gestante não só é uma medida fundamental para a prevenção de medidas judiciais, como também assegura diversos direitos fundamentais. Uma sociedade onde esse dever fosse cumprido na íntegra, significaria a maior aceitação dos profissionais de saúde com relação à escolha de seus pacientes, humanizando os atendimentos e deixando para trás as ultrapassadas dinâmicas intervencionistas.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Luiz Telles de. Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico - paciente. 1999. 132 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4428>. Acesso: 19 nov 2021.

ALMEIDA, N. M. DE O. DE; RAMOS, E. M. B. O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**, v. 9, n. 4, p. 12–27, 16 dez. 2020.

ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar. **O desafio do direito à autonomia: Uma experiência de Plano de Parto no SUS**. São Paulo, 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Faculdade de Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/5c3d/e624020aa215e17db7359f5d89e57337186d.pdf>. Acesso: 19 nov 2021

BERGSTEIN, G. **Os limites do dever de informação na relação médico-paciente.**, 2012. Tese. (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo - USP, São Paulo. Orientador: Professora Titular Teresa Ancona Lopez. Disponível em:

https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-30042013-144339/publico/OS_LIMITES_DO_DEVER_DE_INFORMACAO_NA_RELACAO_MEDICO_PACIENTE_Bergstein.pdf. Acesso em: 19 nov 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

_____. **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil.

_____. **Lei Federal n.º 11.108**, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 19 nov 2021.

_____. **Lei Federal n.º 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 19 nov 2021.

_____. **Lei Federal n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 nov 2021.

_____. 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/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014.> Acesso em: 19 nov 2021.

_____. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM n. 2.217/2018.

_____. Resolução COFEN n. 0564/2017 **Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Presidente do Cofen Manoel Carlos Neri da Silva. 2017.

CASTRO, T. Á. D. V. DE. Direito ao acompanhante, violência obstétrica e poder familiar. **Revista Pensar**, v. 25, n. 1, p. 1–12, 2020.

CAPRARA, A; FRANCO, A. L. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública** **15 (3)**, [S. l.], p. online, set. 1999. DOI: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4DbnYJBFqM3XV5N5px9jL5C/?lang=pt>. Acesso em: 19 nov. 2021.

CAZELATTO, E. et al. Direito à informação como forma de defesa da violência obstétrica/ Right to information as a form of defense of obstetric violence. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 2, p. 9523–9540, 2020.

COELHO, M. G. C.; SANTOS, P. R. **Violência obstétrica: uma violação aos direitos humanos das mulheres**. In: BAGGENSTOSS, G. A.; SANTOS, P. R.; SOMMARIVA, S. S.; HUGILL, M. S. G. **Coleção Não há lugar seguro: estudos e práticas sobre violências contra as mulheres nas perspectivas dos direitos sexuais e reprodutivos V.4**. Florianópolis: Editora Centro de Estudos Jurídicos (CEJUR), 2019. p.87- 106.

CORDINI, S. M. **A responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica praticada na rede pública de saúde**. Monografia – Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, p. 89. 2015.

COSTA, N. Y. CORRÊA, L. R. S. PANTOJA, G. X. PENELA, A. S. SANTOS, S. F. D. FRANCO, I. M. ARAÚJO, N. de O. de BARROS, V. V. COSTA, P. V. D. P. NOGUEIRA, L. M. V. O pré-natal como estratégia de prevenção a violência obstétrica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 12, p. e4929, 31 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4929.2020> . Acesso em 19 nov 2021

CUBAS, M. G. ZAREMBA, J. AMÂNCIO, T. Brasil registra 1 caso de agressão a mulher a cada 4 minutos, mostra levantamento. **Folha de S. Paulo**. 9 set 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/09/brasil-registra-1-caso-de-agressao-a-mulher-a-cada-4-minutos-mostra-levantamento.shtml>>. Acesso em: 19 nov 2021.

CUNHA, C. **Violência obstétrica: Uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais**. Monografia – Universidade de Brasília. Brasília, p. 46. 2015.

DA SILVA, D. M.; SERRA, M. C. DE M. Violência Obstétrica: Uma Análise Sob o Prisma da Autonomia, Beneficência e Dignidade da Pessoa Humana. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 3, n. 2, p. 42, 1 dez. 2017.

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Preâmbulo, 2005. Em: www.bioetica.catedraunesco.unb.br. Acesso em: 19 nov 2021.

DINIZ, S. G. et al. Abuse and Disrespect In Childbirth Care as a Public Health Issue in Brazil: Origins, Definitions, Impacts on Maternal Health, and Proposals for its prevention. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-376, 25 out. 2015. DOI: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080>. Acesso em 19 nov 2021

DOS SANTOS, M. B. B. Violência Obstétrica: A Violação aos Direitos da Parturiente e a Desumanização do Parto. **Revista de Direito UNIFACEX**, v. 7, n. 1, p. 1–23, 2016.

E SILVA, A. D. S.; SERRA, M. C. DE M. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. **REVISTA QUAESTIO IURIS**, v. 10, n. 4, 16 out. 2017.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson; NETTO, Felipe Peixoto Braga. Curso de direito civil: responsabilidade civil. São Paulo: Atlas, 2015

FRANÇA, G. V. Direito Médico. 12. ed. atual. e aum. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

GONÇALVES, Carlos R. Direito civil brasileiro, volume 4: Responsabilidade Civil. São Paulo: Saraiva, 2012.

GUIRALDELLO, L.; LASCALA, M. R.; GREEN, M. C. T. P. Análise da frequência e percepção sobre violência obstétricas e suas repercussões ético-legais. **Nucleus**, v. 16, n. 1, p. 299–315, 30 abr. 2019.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. **15º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2021)**. São Paulo: [s.n.], 2021. p .72. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/anuario-brasil-eiro-de-seguranca-publica-fbsp-2021/>>. Acesso em: 19 nov. 2021.

KFOURI NETO, Miguel. **A quantificação do dano na ausência de consentimento livre e esclarecido do paciente**. Revista IBERC, Minas Gerais, v. 2, n. 1, p. 01–22, jan.-abr./2019

MAIA, M. B. **Humanização do parto : política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio De Janeiro: Scielo Books - Editora Fiocruz, 2010.

MONTE, F. Q. Ética médica: evolução histórica e conceitos. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, 2009.

MORAES, C. A.; YOSHIOKA, A. R. C.; BONINI, G. M. Análise do plano de parto como mecanismo de prevenção da violência obstétrica sob a ótica dos direitos da personalidade. **Revista de Biodireito e Direito dos Animais**, v. 6, n. 2, p. 18, 23 dez. 2020.

NADER, Paulo. Curso de direito civil, volume 7: Responsabilidade Civil. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil., 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n4/1059-1068/pt>>.

NASCIMENTO, L. S.; COSTA, H. J. S. **Responsabilidade civil por violência obstétrica durante o trabalho de parto**. Monografia – Universidade de Brasília. Brasília, p. 36. 2019.

NAZÁRIO, L.; HAMMARSTRON, F. F. B. **Os direitos da parturiente nos casos de violência obstétrica**. XVII Seminário Internacional de Educação no MERCOSUL. Disponível em:

<https://home.unicruz.edu.br/mercosul/pagina/anais/2015/1%20-%20ARTIGOS/OS%20DIREITOS%20DA%20PARTURIENTE%20NOS%20CASOS%20DE%20VIOLENCIA%20OBSTETRICA.PDF>. Acesso em 19 nov 2021.

NEVES, L. M. R. M. **A tomada de decisão do enfermeiro obstetra sobre a realização de episiotomia**. Relatório de Estágio para 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, p. 71. 2020.

OLIVEIRA, C. P. S. **O consentimento informado sob a luz do princípio constitucional da dignidade humana e a violação do plano de parto no Brasil.**

Monografia – Universidade de Caxias do Sul. Canela, p. 71. 2020.

PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, n. 49, 7 dez. 2017.

RAMOS, A. C. C. **A RESPONSABILIDADE CIVIL POR VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:: O caso da episiotomia no Brasil.** Orientador: Priscilla Santana Silva. 2020.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - UniEVANGÉLICA, Anápolis, 2020. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/handle/aee/9598>.

Acesso em: 19 nov. 2021.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. **Leyorgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.** Caracas: UNFPA; 2007.

ROCHA, B. V, GAZIN C. C., PASETTO C. V., & SIMÕES J. C. (2011). Relação Médico-Paciente. *Revista do Médico Residente*, 13(2),114-118.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **SUS.** S.I. Disponível em:

<<https://www.saude.mg.gov.br/sus>> Acesso em: 19 nov 2021.

SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Violência obstétrica em (des)foco: uma avaliação da atuação do Judiciário sob a ótica do TJMA, STF e STJ.** 2018. 227f. Dissertação (Mestrado em Direito/CCSO) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís.

SILVA, F. M.; SILVA, M. D. L.; ARAÚJO, F. N. F. DE. Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de município do nordeste brasileiro. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 3, n. 4, 27 fev. 2018.

SILVA, R. D. Violência obstétrica: um olhar holístico para uma realidade silenciada. **Ufcg.edu.br**, 2018.

TARTUCE, Flávio; NEVES, Daniel Amorim Assumpção. Manual de Direito do Consumidor: direito material e processual, 2018.

TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. de A.; DINIZ, S. G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1–12, 2015.

DOI: 10.5712/rbmfc10(35)1013. Disponível em:

<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em: 1 dez. 2021.

TJ-SP - **AC: 10072914820178260322 SP 1007291-48.2017.8.26.0322**, Relator:

Mary Grün, Data de Julgamento: 28/05/2019, 7ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 28/05/2019

TJ-SP - **00013140720158260082 SP 0001314-07.2015.8.26.0082**, Relator: Fábio

Podestá, Data de Julgamento: 11/10/2017, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 11/10/2017

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 138–151, set. 2008.