



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE DIREITO, NEGÓCIOS E COMUNICAÇÃO
NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA
COORDENAÇÃO ADJUNTA DE TRABALHO DE CURSO
ARTIGO CIENTÍFICO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:

A RESPONSABILIDADE CIVIL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
PRATICADOS PELOS OS PROFISSIONAIS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

ORIENTANDA: SAMARA SILVA DE SOUSA

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARINA RÚBIA MENDONÇA LÔBO DE
CARVALHO

GOIÂNIA
2023

SAMARA SILVA DE SOUSA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:

A RESPONSABILIDADE CIVIL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
PRATICADOS PELOS OS PROFISSIONAIS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

Artigo Científico apresentado a disciplina Trabalho de Curso II, da Escola de Direito, Negociação e Comunicação, Curso de Direito, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGOIÁS).

Prof^ª. Orientadora: Dra. Marina Rúbia Mendonça Lôbo De Carvalho.

GOIÂNIA
2023

SAMARA SILVA DE SOUSA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:

A RESPONSABILIDADE CIVIL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
PRATICADOS PELOS OS PROFISSIONAIS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

Data da Defesa 14/06/2023

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof ^a . Dr ^a . Marina Rúbia Mendonça Lôbo De Carvalho	Nota
---	------

Examinador(a) Convidado(a) Profa Dra Eufrosina Saraiva	Nota
--	------

SUMÁRIO

RESUMO	5
INTRODUÇÃO	5
1. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	6
1.1 FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	6
1.1.1 Episiotomia.....	6
1.1.2 Aplicação de ocitocina.....	7
1.1.3 Fórceps.....	9
1.1.4 Manobra de Kristeller.....	9
2. A RESPONSABILIDADE CIVIL	10
2.1 BREVE CONCEITUAÇÃO.....	10
2.2 A RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO.....	11
3. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A DIFICULDADE PARA A MULHER SER INDENIZADA	14
3.1 A DIFICULDADE PARA A MULHER RECEBER SUA INDENIZAÇÃO	14
3.2 LEGISLAÇÕES EXISTENTES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	17
CONCLUSÃO	19
ABSTRACT	21
REFERÊNCIAS	22

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
A RESPONSABILIDADE CIVIL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
PRATICADOS PELOS OS PROFISSIONAIS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE**

Samara Silva De Sousa ¹

O objetivo desta pesquisa é explorar a prática da violência obstétrica e avaliar a responsabilidade dos profissionais de saúde, unidades de saúde públicas e hospitais privados conveniados ao SUS. A abordagem dedutiva foi empregada para estudar a responsabilidade civil e conduta obstétrica inadequada em hospitais, seguida de uma análise aprofundada da possibilidade de reparação antes que ocorra violência obstétrica na rede pública. Adotou-se um procedimento bibliográfico para a coleta de dados, que envolveu uma revisão abrangente de leis, doutrinas e jurisprudências, para obter uma resposta conclusiva ao enunciado inicial do problema. Por meio desta pesquisa, observou-se que o ritual de nascimento passou por uma transformação significativa. Se antes era um assunto familiar, hoje mudou para o ambiente hospitalar, levando a um aumento das intervenções médicas, que podem ser desnecessárias e prejudiciais tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Além disso, a questão da responsabilidade civil pela violência obstétrica no sistema público de saúde permanece controversa, com as vítimas muitas vezes lutando para fazer valer seus direitos. Este estudo destaca os desafios enfrentados pelas mulheres grávidas no sistema público de saúde, pois muitas vezes elas têm opções limitadas devido à sua situação econômica.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Profissionais de saúde. Responsabilidade Civil.

INTRODUÇÃO

Neste artigo, exploramos o reconhecimento da violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro. O tema é de grande relevância social e jurídica devido às estatísticas preocupantes de mulheres que sofreram violência obstétrica em estabelecimentos públicos de saúde. De acordo com o estudo de 2010 da Fundação Perseu Abramo, "Mulheres Brasileiras e Gênero em Espaços Públicos e Privados", uma em cada quatro mulheres no Brasil é vítima de violência obstétrica, ressaltando a necessidade de maior compreensão e ação sobre esta questão crítica.

A falta de ação do Estado para garantir os direitos das mulheres grávidas e parturientes é uma violação dos princípios constitucionais. Ele permite que os agentes restrinjam indiretamente o direito de escolha da mulher durante a gestação e

¹ Acadêmica de Direito da Pontifícia da Universidade Católica de Goiás, Escola de Direitos e Relações Internacionais, cursando o 9º período.

permaneçam indiferentes a procedimentos invasivos realizados sem o conhecimento da mulher.

Adotar uma abordagem mais compassiva e hospitaleira é o passo inicial e crucial para acabar com a violência obstétrica. Tal abordagem envolve incentivar os profissionais médicos a adotarem um processo de parto humanizado, em que a mulher seja protagonista no momento maravilhoso e inigualável do parto. O objetivo dessa proposta de humanização é inaugurar novas formas de vivenciar o parto, a maternidade, a paternidade, a sexualidade e a fisicalidade no SUS.

A violência obstétrica ainda não é tratada em legislação específica no Brasil, mas sim em códigos penais e civis genéricos. Medidas punitivas para violência obstétrica são descritas em artigos selecionados desses códigos.

À luz da difusão da violência obstétrica no setor público, houve um chamado para intensificar as conversas nacionais sobre esse assunto. Este trabalho pode servir como uma ferramenta valiosa para a conscientização e divulgação de informações entre acadêmicos, operadores do direito, profissionais de saúde e mulheres. Muitas vezes, as mulheres passaram a aceitar o abuso durante o processo gestacional como uma faceta inevitável, e é importante mudar essa percepção.

1. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Atos de violência obstétrica se opõem diretamente aos direitos das mulheres e podem se manifestar como comportamentos físicos, psicológicos, verbais, sexuais e negligentes. As mulheres são submetidas a rotinas desnecessárias que desconsideram seus desejos e corpos. Essas ações podem ser infligidas não apenas a mulheres grávidas, mas também a seus filhos ainda não nascidos.

Nos últimos tempos, a violência obstétrica ganhou maior atenção na comunidade médica devido à intensificação da intervenção externa nos corpos das gestantes. Essa violência pode se manifestar em várias fases da gravidez, incluindo pré-natal, parto e puerpério, conforme Martins (2019).

1.1 FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O sexto artigo da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos enfatiza a importância do consentimento informado do paciente antes de qualquer

intervenção médica, seja diagnóstica, preventiva ou terapêutica. O consentimento deve ser dado livremente e sem coerção, podendo ser retirado a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou desvantagem para o paciente em questão. O artigo também destaca a importância da expressão clara do consentimento para garantir que o paciente esteja bem informado antes de prosseguir com qualquer tratamento médico (ONU, 2005).

1.1.1 Episiotomia

Durante o parto, os médicos às vezes recorrem à episiotomia, uma incisão cirúrgica feita entre a vagina e o ânus (conhecido como períneo) para facilitar a passagem do bebê. No entanto, muitas vezes esse procedimento é realizado sem o consentimento da mãe, constituindo violência física, sexual e emocional. A tendência preocupante da episiotomia de rotina é evidente no Brasil, com estimativa de 94% dos partos vaginais envolvendo o procedimento, apesar de ser necessária apenas em 20% dos casos (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010).

Segundo alguns estudos (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010), as mulheres que sofreram lacerações naturais durante o parto e não foram submetidas a episiotomia tiveram menos danos no períneo e cicatrizaram mais rapidamente do que aquelas que foram submetidas a episiotomia. Isso ocorre porque o último procedimento é comparativamente raso e não tão profundo quanto um corte real.

As suturas cirúrgicas usadas para pontos de episiotomia são projetadas para serem absorvidas pelo corpo. Curiosamente, alguns se referem a esse ponto específico como o "ponto do marido", dando a entender que ele vai apertar o canal vaginal e proporcionar prazer ao parceiro (SÃO BENTO; DA SILVA SANTOS, 2006).

Este ato não é apenas um exemplo bárbaro de violência obstétrica, mas também ressalta o sexismo profundamente arraigado da sociedade. É mais um exemplo de homens ditando o que acontece com os corpos das mulheres. Justamente por isso, muitos especialistas a consideram um tipo de mutilação genital.

A episiotomia pode provocar vários problemas, alguns deles muito graves, ainda que raros.

A episiotomia de rotina (praticada na maioria dos partos vaginais) pode causar maior perda de sangue, mais dor durante o parto, hematoma, maior risco de laceração do ânus (que pode causar incontinência fecal), mais dor no pós-parto, complicações na cicatrização como deiscência (pontos podem abrir), infecção, mais tempo para cicatrização, sutura mal feita, mal posicionamento das bordas da sutura, endometriose na cicatriz, pontos

demasiadamente apertados, maior tempo de recuperação, dor para sentar, dor para subir escadas, dor no ato sexual (dispareunia), risco aumentado de lacerações no parto seguinte, resultados estéticos insatisfatórios, autoestima afetada devido à estética da cicatriz, menos satisfação com o parto, autoestima afetada devido à dor no ato sexual, constrangimento em relação com o(a) parceiro(a) e necrose.

No lugar onde foi feita a episiotomia, pode ficar uma cicatriz visível ou mesmo um quelóide (cicatriz grande e endurecida). O risco de ter laceração perineal nos partos seguintes é maior para as mulheres que sofreram episiotomia, principalmente as lacerações mais graves (KONDO, 2014, p. 84).

Para minimizar os riscos, a episiotomia só deve ser usada em situações extremas e evitada quando possível; entretanto, nos hospitais brasileiros, o procedimento é realizado rotineiramente, sem a devida consideração por seus potenciais perigos. Isso muitas vezes deixa as mulheres vulneráveis a riscos desnecessários.

1.1.2 Aplicação de ocitocina

O emprego imprudente da oxitocina, um hormônio destinado a acelerar o parto vaginal, constitui mais uma forma de violência obstétrica insensível.

A ocitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior. Sua ação é central no trabalho de parto, já que é responsável pelo estímulo das contrações uterinas, e também na amamentação, pois atua no processo de ejeção do leite. [...] foi sintetizada no início da década de 1950, e sua versão sintética e industrial passou a ser utilizada em obstetria para induzir e acelerar o trabalho de parto (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018, p. 178).

Nos casos em que as mulheres não conseguem entrar em trabalho de parto naturalmente ou dilatar com rapidez suficiente para garantir um parto saudável, o uso criterioso de certos hormônios pode ser imensamente útil. No entanto, esses tratamentos hormonais são recomendados apenas em casos específicos. Infelizmente, nas maternidades brasileiras, esses hormônios são administrados indiscriminadamente, contrariando as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A ocitocina, comumente referida como "soro" ou "soro" pelas gestantes, é frequentemente administrada como uma prática padrão. Seu principal objetivo é acelerar a evolução natural do trabalho de parto, facilitando assim um maior volume de partos em um prazo condensado.

A enfermeira disse que, como eu estava 'quase lá', ela colocaria o 'sorinho' em mim primeiro. Perguntei o que tinha no soro e ela falou que tinha ocitocina.

Eu disse NÃO. Ela não deu importância. Pelo contrário, disse que ia me colocar, porque ninguém ali queria um bebê morto, não é mesmo? As pessoas vão para o Hospital para ter um bebê vivo, e se eu tivesse que ir para a UTI ninguém perderia tempo achando minha veia. Ainda reclamou que a veia da minha mão era muito torta. Thais Stella, atendida na rede pública no Hospital Sorocabana, Lapa em São Paulo-SP (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 2).

O hormônio, entre outros riscos, é responsável por intensificar a dor da parturiente por aumentar as contrações uterinas. COSTA (2014) cita potenciais efeitos colaterais como hemorragia pós-parto, alteração da frequência cardíaca fetal, hiperestimulação uterina, náuseas, vômitos e até mesmo baixo índice de Apgar.

Assim, o profissional de saúde deve examinar minuciosamente e recomendar com precisão essa intervenção, em vez de administrá-la como algo rotineiro, como tem sido observado em inúmeras maternidades em todo o Brasil.

1.1.3 Fórceps

A utilização do fórceps tem o escopo de acelerar o processo expulsivo do nascituro, mediante o manuseio de instrumento cirúrgico semelhante a uma pinça, introduzindo-o no canal genital da mulher e ajustando-o nos lados da cabeça da criança para retirá-la do canal de parto (ZUGAIB, 2012).

Muitas mães temem a utilização de método usando o fórceps, já que o instrumento já foi associado a casos de violência obstétrica, e **até morte do bebê**.

A utilização de fórceps durante o trabalho de parto é um fator de risco **para o desenvolvimento de incontinência urinária na mãe e para a ocorrência de traumatismo vaginal ou perineal**, que é muito superior em relação ao parto espontâneo sem o fórceps.

Dentre as complicações ocasionadas à genitora em decorrência do uso do fórceps, destacam-se as fissuras perineais, vaginais e roturas de esfíncter do ânus. Por outro lado, quanto ao neonato, verificam-se situações de maior gravidade, dentre as quais estão o “esmagamento dos nervos parietais, fraturas cranianas e lesões oculares” (ZUGAIB, 2012, p. 48).

1.1.4 Manobra de kristeller

Considerado um procedimento perigoso e invasivo, a Manobra de Kristeller

envolve um profissional de saúde aplicando pressão física na parte superior do útero da paciente. A intenção dessa técnica é acelerar a passagem do recém-nascido pelo canal vaginal, mas é considerada um ato de agressão física.

Além de não ser eficaz, a manobra pode provocar sérios danos para a mulher e para o bebê, como rupturas de costelas e hemorragias', afirma a enfermeira obstétrica do hospital de Belo Horizonte Sofia Feldman, Vera Bonazzi (FORMENTI; CAMBRICOLI, 2018, p. 8).

O procedimento prejudicial e ofensivo de desalojar um feto do corpo de uma mulher, conhecido como a versão do processo de parto banida pela OMS, tem implicações duradouras tanto para a mãe quanto para a criança. Há casos em que o nascituro sofre consequências neurológicas devido a essa manobra, que ainda é realizada em muitos hospitais brasileiros, apesar dos múltiplos relatos de lesões maternas e traumas fetais.

Entre os riscos decorrentes mais frequentes desta prática estão: hemorragias; desprendimento prematuro da placenta; aumento do risco de descolamento do períneo e/ou da vagina em terceiro ou quarto grau; rotura do útero e inversão uterina; fratura das costelas; falta de ar da parturiente; traumatismos e lesões graves no bebê, desde uma clavícula quebrada até danos cerebrais (FERREIRA, 2018, p. 44).

Durante este procedimento, os profissionais de saúde utilizam várias partes do corpo, incluindo mãos, braços, antebraços e joelhos. No entanto, houve casos em que tiveram que subir em cima da parturiente para realizar a manobra (SILVA; SAUAIA; SERRA, 2016).

Apesar de ser categorizada como agressão física, essa intervenção pode levar a uma série de riscos à saúde, como danos a órgãos internos, contusões, costelas quebradas, hemorragias e sofrimento psíquico para a mulher, sem contar os riscos que representa para o bebê.

2. A RESPONSABILIDADE CIVIL

2.1 BREVE CONCEITUAÇÃO

A responsabilidade civil refere-se à obrigação de aceitar as consequências legais de seus atos e se distingue da responsabilidade moral devido ao elemento de coação envolvido. De acordo com o artigo 927 do Código Civil Brasileiro, se um indivíduo causar dano a outro por meio de ato ilícito, ele é obrigado a ressarcir o dano

causado.

Assim, pode-se inferir que a responsabilidade perante a lei implica uma ação lesiva do indivíduo que desrespeita intencionalmente uma norma legal estabelecida, levando-o a responder pelas consequências de seus atos.

No âmbito das classificações da responsabilidade civil, a responsabilidade objetiva e a responsabilidade subjetiva se distinguem por um aspecto fundamental da responsabilização: a culpa. Se o agente incorrer em responsabilidade por culpa, ou seja, ele é responsável por causar o dano, sua responsabilidade é subjetiva.

Gonçalves (2019) destaca que, em circunstâncias específicas, a lei determina que os indivíduos devem compensar os danos, independentemente de sua culpa. Este tipo de responsabilidade é conhecido como responsabilidade legal ou objetiva, pois exige simplesmente a presença de dano e um nexo de causalidade.

O Código Civil Brasileiro (2002) prevê no artigo 186 a responsabilidade civil de quem desrespeitou a lei e causou dano a outrem, seja físico ou moral. e qualquer dano infligido à vítima.

Quando uma ação ou omissão causa dano a outra pessoa, deve haver dolo ou culpa. Essa culpa pode surgir de imprudência, negligência ou imperícia. Conforme afirma Gonçalves, o dolo caracteriza-se pela violação dolosa da lei, enquanto a culpa decorre da falta de diligência. Assim, toda ação ou omissão deve ser cuidadosamente considerada para evitar causar danos e possíveis consequências legais.

Para garantir a responsabilidade, é crucial estabelecer uma conexão entre a ação ou inação e o dano resultante. Segundo Gonçalves (2019), o nexo de causalidade deve estar presente para validar a indenização. Se o dano não estiver ligado à ação do agente, não há obrigação de indenizar.

A prova verificável é crucial para estabelecer a responsabilidade, e o dano infligido pode ser de natureza imaterial, como dano moral, que afeta apenas a psique da vítima.

2.2 A RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO

O artigo 196 da Constituição Federal (1988) consagra o princípio fundamental do direito à saúde. Isso é garantido por meio de políticas sociais e econômicas destinadas a mitigar doenças e outros perigos, bem como ao proporcionar acesso universal e equitativo a serviços e intervenções que promovam, protejam e restaurem

a saúde.

De acordo com a Constituição Federal:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: § 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa. (BRASIL, 1988, grifo nosso)

É claro que é dever do Estado zelar pela saúde de seus cidadãos, sendo de sua inteira responsabilidade qualquer descumprimento. Prevalece o entendimento de que essa obrigação decorre do princípio da responsabilidade objetiva, que impõe a indenização pelos danos causados sem a necessidade de comprovação de culpa ou dolo do agente público envolvido. Em essência, isso significa que o Estado é responsável sem exceção por qualquer dano causado ao seu povo.

No campo da jurisprudência, o estabelecimento de culpa é essencial para a responsabilização dos profissionais de saúde. No entanto, nos termos da Constituição Federal, o Estado pode ser responsabilizado sem necessidade de comprovação de dolo ou culpa. Isso significa que o hospital, como prestador de serviço, tem responsabilidade objetiva, enquanto a responsabilidade do médico é subjetiva. (GAGLIANO; FILHO, 2019, p. 286)

Para informações sobre a responsabilidade objetiva do Estado em casos de violência obstétrica envolvendo médicos que prestam serviços pelo Sistema Único de Saúde, consulte:

APELAÇÕES. RESPONSABILIDADE CIVIL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. ERRO MÉDICO. SERVIÇO PRESTADO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. ILEGITIMIDADE PASSIVA DO PROFISSIONAL MÉDICO. TEMA 940 DO STF. Em se tratando de profissional médico que prestou atendimento pelo Sistema Único de Saúde, a ação deve ser direcionada tão-somente em face do hospital prestador do serviço público, já que o médico age, nessa hipótese, como agente público, nos termos da tese firmada no Tema 940 do Supremo Tribunal Federal. Ilegitimidade passiva reconhecida, de ofício. LESÃO EM RECÉM-NASCIDO. TOCOTRAUMATISMO. AUSÊNCIA DE ERRO MÉDICO. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. LAQUEADURA TUBÁRIA REALIZADA SEM CONSENTIMENTO. INOBSERVÂNCIA DAS FORMALIDADES LEGAIS EXIGIDAS PARA PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO. DANO MORAL DEVIDO. A responsabilidade civil dos estabelecimentos hospitalares e demais instituições de saúde é de natureza objetiva, regida pelo Código de Defesa do Consumidor, porquanto se enquadram no conceito de prestadores de serviço. Contudo, para que haja a responsabilização do estabelecimento hospitalar por erro do profissional médico, necessária a demonstração de uma conduta negligente, imprudente ou imperita que tenha produzido o resultado danoso ao paciente. Por sua vez, a responsabilidade civil do

médico, enquanto profissional liberal prestador de serviço, é subjetiva, nos termos do art. 14, § 4 do Código de Defesa do Consumidor, sendo, portanto, necessária a verificação do agir culposo na conduta causadora do dano. A lesão denominada tocotraumatismo, que ocorre no procedimento de cesariana, decorre do esforço realizado no momento do parto. Ausência de imperícia médica. Manutenção do juízo de improcedência. O procedimento de laqueadura tubária exige consentimento prévio do paciente. O poder de disposição sobre o próprio corpo é direito de personalidade e o paciente detém autonomia para o seu exercício, na forma do artigo 15 do CCB. A intervenção médica sem prévio consentimento somente é admissível nos casos de risco iminente de morte, e exceto nesse caso, é vedado ao médico deixar de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal, nos termos do que dispõe o artigo 22 do Código de Ética Médica, Resolução 2.217/18, do Conselho Federal de Medicina. Realizada a laqueadura sem prévio consentimento da paciente o médico infringe dever ético e ofende o direito de personalidade da paciente, praticando ato de esterilização. A existência de risco em futura gestação não se caracteriza como risco iminente, e não se constitui em consentimento informado a simples declaração do esposo da paciente de que o casal não pretenderia ter mais filhos. DANO MORAL. CABIMENTO. No caso em tela, o procedimento de laqueadura tubária na autora, realizado sem a devida autorização durante a cesariana, causou dor e sofrimento à demandante que ultrapassa qualquer mero dissabor, a qual foi submetida ao procedimento permanente de esterilização sem exercer o seu direito de decidir pela sua realização ou não. DANO MORAL. QUANTUM INDENIZATÓRIO. MANUTENÇÃO DO VALOR ARBITRADO. Manutenção do valor fixado na sentença, porquanto adequado às peculiaridades do caso. PROCESSO EXTINTO, DE OFÍCIO, EM FACE DO PROFISSIONAL MÉDICO, COM FULCRO NO ART. 485, VI, DO CPC, PREJUDICADO O APELO QUE INTERPÔS. RECURSOS DAS AUTORAS E DO HOSPITAL DEMANDADO DESPROVIDOS. (TJ-RS - AC: 70084029032 RS, Relator: Denise Oliveira Cezar, Data de Julgamento: 18/03/2021, Sexta Câmara Cível, Data de Publicação: 19/08/2021) (Grifo nosso).

Evidencia-se no caso em tela, principalmente pelo grifo realizado, que a responsabilidade do médico é subjetiva, entretanto, a do Estado é objetiva, sendo necessário que o ato realizado pelo médico seja negligente, imprudente ou que tenha sido com imperícia, agindo com alguma dessas formas, a vítima poderá ser indenizada pelo Estado.

Destarte, seja um ato lícito ou ilícito, o Estado deve assumir a responsabilidade por qualquer dano causado à vítima pela ação ou omissão do agente público. No entanto, a responsabilização do Estado pela omissão tem suas peculiaridades.

Segundo a doutrina tradicional de Alexandre Mazza (2019), o ato omissivo só merece indenização se a vítima puder provar o dano causado pela omissão.

A noção foi adotada pelo Supremo Tribunal Federal por meio do RE 179.147, declarando que nos casos de desatenção do Estado, a responsabilidade civil é subjetiva. Como tal, é imperativa a demonstração do dolo ou culpa através de conduta

negligente, imprudente ou imperícia para provar a existência de um dano indenizável.

A hipossuficiência da vítima obriga à inversão do ônus da prova nos casos de dolo ou culpa. Isso ocorre porque a vítima está em uma posição vulnerável perante o Estado. Provado o dano, presume-se que é da responsabilidade do Estado, cabendo-lhe o ônus de provar a sua inexistência de dolo ou culpa na compra (MAZZA, 2019).

A alteração do Código Civil de 2002 unificou o prazo das ações de reparação de danos, obrigando-as a serem ajuizadas no prazo prescricional de três anos (GONÇALVES, 2019).

Nos últimos tempos, o Superior Tribunal de Justiça tem defendido a aplicação do prazo indenizatório de cinco anos previsto no Decreto 20.910/32 nas causas estatais. Isso se deve à crença de que o Código Civil pertence exclusivamente ao direito privado, sendo, portanto, inadequado para cenários de direito público.

3. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A DIFICULDADE PARA A MULHER SER INDENIZADA

3.1 A DIFICULDADE PARA A MULHER RECEBER SUA INDENIZAÇÃO

Quando os profissionais médicos maltratam as mulheres que estão dando à luz, isso é chamado de violência obstétrica. Resultados alarmantes de uma pesquisa sobre violência de gênero intitulada “Mulheres Brasileiras e Gênero em Espaços Públicos e Privados” indicaram que um quarto das mulheres relataram ter sofrido algum tipo de violência durante o parto (SESC, 2010).

Além disso, os hospitais públicos tiveram maior incidência de episódios violentos em comparação aos privados dentro da rede de saúde em estudo (VENTURI, 2010).

No Brasil, é perceptível a tendência à cesariana devido aos tabus culturais em torno do parto natural.

Atendendo à Resolução nº 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina, o médico pode atender eticamente o pedido da gestante de cesariana a partir da 39ª semana de gestação, garantindo a segurança da mãe e do feto. Isso se deve ao período crítico entre a 37ª e a 39ª semanas, crucial para o desenvolvimento do bebê.

O parto normal colocou a parturiente em primeiro plano, reduzindo o papel do obstetra e transferindo o crédito para a parturiente. No entanto, essa mudança

resultou em um aumento de intervenções médicas desnecessárias, como cesáreas, restabelecendo o médico como o centro do parto. Em alguns casos, isso pode transformar o que deveria ser uma experiência única em um episódio traumático de violência obstétrica. Infelizmente, alguns obstetras podem pressionar as mulheres grávidas que preferem o parto natural a se submeter à cirurgia (SILVA; SERRA, 2010).

Em casos de trabalho de parto, os médicos podem apresentar a opção de intervenção médica quando o parto natural for considerado problemático. As mulheres em tais situações podem se sentir vulneráveis e não ter escolha a não ser aceitar a proposta.

As leis estaduais reconhecem tal comportamento. Aqui está um exemplo:

Art. 3º Para efeitos da presente Lei, considerar-se-á ofensa verbal ou física, entre outras, as seguintes condutas: V - realizar cesariana sem a devida indicação formal técnica, deixando de registrar em prontuário a indicação e não informando a paciente e familiares, salvo situações emergenciais que coloquem em risco o binômio, mãe e filho. (TOCANTINS, 2018).

Com isso, acessar e navegar pelo processo de indenização para casos tão delicados não é tarefa fácil. A falta de informação disponível leva as vítimas a um estado de ignorância, sem saber como lidar com a situação, a quem abordar ou que medidas tomar. Essa confusão é particularmente aguda durante os períodos vulneráveis pós-parto e pós-violência.

O sistema legal permanece incerto sobre como indenizar as vítimas de violência obstétrica, resultando em uma insegurança jurídica latente.

Nos hospitais públicos, muitas vezes é negado às gestantes o direito de ter um acompanhante durante o parto. Uma justificativa para essa regra é que a sala de parto é compartilhada por várias mulheres grávidas e a presença de um homem desconhecido pode causar desconforto aos outros presentes. Porém, é importante ressaltar que a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, garante o direito ao acompanhante durante o parto. Além disso, o direito foi regulamentado pela Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005.

Desde 2005 passou a ser uma obrigação legal permitir a companhia de um indivíduo solitário junto com uma mulher em trabalho de parto durante todo o período de trabalho de parto e pós-parto imediato.

Lamentavelmente, a ausência de protocolos de fiscalização e de penalidades administrativas em caso de descumprimento prejudica gravemente a eficácia da lei e a capacidade de cumpri-la.

Quando o direito a um acompanhante é negado, perde-se a oportunidade de um testemunho de apoio. Nesses casos, as únicas pessoas presentes durante o parto são a equipe médica, que pode ser a perpetradora do abuso.

Quando uma paciente está desacompanhada durante o parto, reunir evidências de qualquer possível xingamento, maus-tratos, preconceito ou assédio sexual torna-se uma tarefa incrivelmente desafiadora.

Os tribunais superiores têm reconhecido cada vez mais a importância do depoimento da vítima em casos de crimes sexuais. Isso se deve ao fato de que a violência de gênero frequentemente se esconde por trás da grande maioria desses incidentes, tornando o depoimento da vítima uma parte inestimável do conjunto de evidências (TOCANTINS, 2018).

A violência obstétrica deve ser reconhecida como violência de gênero, e não apenas como erro médico. Não é necessária a comprovação da culpa, mas sim do nexo de causalidade e do dano presumido. Embora a responsabilidade objetiva seja do Estado, a investigação da conduta do médico é necessária para a comprovação do nexo de causalidade, pois a responsabilidade médica é subjetiva e condicionada à comprovação da culpa.

Provar a culpa em tais casos não é tarefa fácil, pois as razões mencionadas anteriormente o tornam uma questão técnica complexa que requer o testemunho de um especialista. Outro profissional médico é frequentemente chamado para fornecer tal testemunho, o que poderia potencialmente absolver seu colega culpado de qualquer delito. Isso torna a tarefa de produzir provas sólidas ainda mais desafiadora para o juiz (CAVALIERI FILHO, 2020).

Em casos de violência obstétrica, as vítimas podem enfrentar dificuldades para fornecer evidências concretas, a menos que o dano infligido seja evidente e grave. Isso cria uma situação injusta em que a vítima é forçada a suportar graves danos, até mesmo colocando em risco a sua vida, a fim de obter uma compensação por meios legais.

Nos casos em que a vítima carece de testemunho confiável, especialista ou prova documental para apoiar suas reivindicações, a busca por justiça pode se tornar uma aposta de sorte ou um pedido de misericórdia do juiz. Para agravar o problema, a prevalência de registros médicos falsificados serve apenas para diminuir ainda mais a capacidade da vítima de buscar reparação.

O Superior Tribunal de Justiça, por meio do Tema 983, determinou que pode

ser estabelecido valor mínimo de indenização por danos morais nas hipóteses de violência doméstica ou familiar contra a mulher (TOCANTINS, 2018).

Inegavelmente, houve avanços no ordenamento jurídico brasileiro no que diz respeito ao reconhecimento dos direitos das mulheres, principalmente após experiências traumáticas.

Como consequência, surge uma escola de pensamento que vê a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero, que deve ser considerada na determinação da responsabilidade legal dos agressores. Isso requer um reconhecimento de dano, juntamente com a proteção da dignidade da mãe durante o parto.

3.2 LEGISLAÇÕES EXISTENTES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A Argentina e a Venezuela há muito codificaram esse comportamento em seus sistemas jurídicos. O status da Venezuela como a primeira nação latino-americana a fazê-lo remonta a 2007, com a publicação da Lei Orgânica do Direito da Mulher a uma Vida Livre de Violência (CAVALIERI FILHO, 2020).

Nos últimos tempos, especialistas têm priorizado pesquisas sobre a humanização do parto, na tentativa de erradicar o uso de práticas obstétricas ultrapassadas. No entanto, apesar desses desenvolvimentos, não há legislação federal ativa dedicada ao tema no Brasil.

Atualmente, o Congresso Nacional tem um punhado de projetos de lei aguardando aprovação, entre eles o Projeto de Lei nº 7.633/2014, de autoria do ex-deputado Jean Wyllys. O projeto de lei traça medidas para garantir o tratamento humanizado da mulher e do recém-nascido durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Da mesma forma, o Projeto de Lei nº 8.219/17, do deputado Francisco Floriano, busca tratar e prevenir as ocorrências de violência obstétrica perpetrada por profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto e puerpério.

Para proteger as parturientes da violência obstétrica, vários estados brasileiros - Tocantins, Santa Catarina, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Goiás, Paraíba, Mato Grosso do Sul, Rondônia, Amazonas e outros - implementaram leis em nível estadual.

Vale ressaltar que as leis aplicadas por esses estados definem principalmente as circunstâncias que configuram a violência e confirmam que os órgãos reguladores

monitorarão e implementarão medidas punitivas por meio de um processo administrativo que resguarde o direito ao devido processo legal.

O silêncio das leis estaduais sobre possíveis sanções a serem aplicadas aos agressores, apesar de delinear as condutas que tipificam a violência obstétrica, coloca um desafio à eficácia dessas leis. Essa ambiguidade legal aumenta a incerteza para as vítimas da violência, agravando ainda mais o problema.

CONCLUSÃO

O termo "violência obstétrica" refere-se a qualquer ato de natureza física, psicológica ou sexual, incluindo procedimentos abortivos, que possa ser praticado por profissional de saúde ou estabelecimento de saúde. Tais atos também podem se estender a procedimentos institucionais, e são categorizados como tal.

No âmbito civil, os casos de violência obstétrica são frequentemente categorizados como erros médicos. No entanto, essa definição cria um paradoxo, pois os erros médicos resultam do não cumprimento das melhores práticas por negligência, imperícia ou imprudência. Essa abordagem limita o alcance da violência obstétrica e não a reconhece como violência institucional e de gênero no parto. Isso torna difícil monitorar e penalizar os infratores.

A ligação entre médico e paciente ou paciente e hospital é vista como uma associação de consumo. Por isso, é regido pelo Código de Defesa do Consumidor.

Os hospitais são responsáveis pela permanência, instalações, equipamentos e serviços auxiliares do paciente, independentemente de culpa. Qualquer instituição que obstrua, atrase ou negue os direitos legais das mulheres é culpada de cometer violência obstétrica.

A responsabilidade dos médicos é uma questão subjetiva. Portanto, em casos de erro médico, a vítima deve fornecer provas da conduta culposa do profissional para justificar a indenização. A violência obstétrica é uma forma de imperícia que a mulher pode vivenciar, que inclui comportamento desrespeitoso com suas escolhas, tratamento grosseiro e vexatório, bem como a realização de procedimentos desnecessários por parte dos profissionais de saúde.

A violência obstétrica pode resultar em danos físicos e emocionais. Dano físico envolve a perda ou dano de propriedade pessoal ou real da vítima. Por outro lado, o dano emocional envolve uma violação da dignidade, reputação e sentimentos

da vítima. Isso pode causar danos estéticos, desconforto, dor ou constrangimento e nem sempre envolve danos materiais. A fim de corrigir danos físicos, o objetivo é restaurar a propriedade ao seu estado original.

Para abordar a questão da violência obstétrica, uma lei específica deve ser criada. A lei deve especificar regulamentos que garantam que os médicos sejam responsabilizados sem exigir prova de danos nesses casos.

Para combater a violência obstétrica e garantir um tratamento respeitoso, é fundamental que o Legislativo e o Judiciário analisem os casos sob a ótica de gênero. Sua análise deve levar em conta a complexidade de cada caso e respeitar os tratados internacionais sobre os direitos humanos das mulheres.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Briena Padilha. AGGIO, Cristiane de Melo. Violência Obstétrica: a dor que cala. Universidade Estadual de Londrina, 2014.

CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros de; SOUZA, Alex Sandro Rolland; MORAES FILHO, Olímpio Barbosa. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 56, n. 3. 2010.

CAVALIERI FILHO, Sergio. Programa de responsabilidade civil. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2020.

COSTAS, Helen Maria Filgueiras; et al. Riscos no uso da Ocitocina Sintética no trabalho de parto: revisão integrativa. 2014.

DA SILVA, Artenira; SAUAIA, Silva; SERRA, Maiane Cibele. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. Revista de Direitos Humanos e Efetividade, v. 2, n. 1, 2016.

FERREIRA, Laís da Cunha Godoy Cavalheiro. A violência obstétrica como um atentado à autonomia corporal da mulher. 2018. FORMENTI, Lígia; CAMBRICOLI, Fabiana. Ministério da Saúde lança diretrizes contra manobras agressivas em partos. O Estado de São Paulo. 2017.

GAGLIANO, Pablo Stolze. FILHO, Rodolfo Pamplona. Novo curso de direito civil, v.

3: responsabilidade civil. 17. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Direito civil brasileiro, volume 4: responsabilidade civil. 14. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

KONDO, Cristiane Yukiko; et al. Episiotomia “é só um cortezinho”: violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014.

MARTINS, F. L. et. al. Violência obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. Revista Saúde em Foco, [s.l.], n. 11, p. 413-423, 2019.

MAZZA, Alexandre. Manual de Direito Administrativo. 9. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

MELO, Rayanny Campos. Violência obstétrica: violação à dignidade humana e à saúde. 2017.

NUCCI, M.; NAKANO, A. R.; TEIXEIRA, L. A. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]. 2018, vol.25, n.4, pp.979-998. ISSN 0104-5970.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mulheres e saúde evidências de hoje, agenda de amanhã. Genebra: OMS, 2009.

PARTO DO PRINCÍPIO. Parirás com dor. 2012. Acesso em: 27 de março de 2022.

SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; DA SILVA SANTOS, Rosangela. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 10, n. 3. 2006.

SESC. Mulheres Brasileiras E Gênero Nos Espaços Público E Privado. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em: 05 mai. 2023.

SILVA, Artenira da Silva e; SERRA, Maiane Cibeleda Mesquita. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. Quaestio Iuris, vol. 10, nº. 04, Rio de Janeiro, 2017. p. 2430-2457. Disponível em: <<https://www.e->

publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/28458/21893>. Acesso em: 11 abr. 2023.

TOCANTINS. Lei nº 3.385, de 27 de julho de 2018. Dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=365587>>. Acesso em: 12 abr. 2023.

VENTURI, Gustavo.; BOKANY, Vilma.; DIAS, Rita. Mulheres brasileiras e gêneros espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. Disponível em: <<http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2023.

ZUGAIB, Marcelo. Zugaib obstetrícia. Barueri: Manole, 2012.