



## IX. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PROTEÇÃO DA GESTANTE NO CONTEXTO BRASILEIRO

Thaynara Silva de Souza<sup>1</sup>  
Claudia Voroniuk<sup>2</sup>

159

Recebido em:	02/10/2022
Aprovado em:	22/11/2022

**RESUMO:** O presente artigo tem como objetivo a análise das consequências jurídicas da violência obstétrica, abordando os seus conceitos e definições com a finalidade de entender as causas dessa violência e o tratamento dado pela sociedade. Por meio de uma pesquisa bibliográfica sobre o assunto, somada à jurisprudência dos tribunais acerca do tema, foi possível observar uma ausência legislativa que define a conduta como um fato típico, cerceando a pessoa gestante da proteção estatal no que tange a sua gestação. Também foi identificada uma enorme defasagem no ordenamento jurídico brasileiro, justamente por não existirem legislações destinadas à identificação e coibição da prática de violência obstétrica, além da nítida necessidade de promoção de políticas públicas a fim de conscientizar a gestante e seus familiares sobre situações que podem ser enquadradas como violência obstétrica. O foco do artigo está fundamentado no direito, e as vontades das mulheres gestantes devem ser respeitadas com a devida dignidade. Para que isso ocorra, é necessária uma mudança na legislação brasileira, garantindo a efetividade na criação de leis específicas. Esta pesquisa parte do método hipotético dedutivo, tendo como escopo artigos científicos, legislações, doutrinas relacionadas com o tema.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência obstétrica; Direitos da gestante; Parto humanizado.

**ABSTRACT:** This article aims to analyze the legal consequences of obstetric violence, approaching its concepts and definitions in order to understand the causes of this violence and the treatment given by society in this regard. Through bibliographic research, added to the jurisprudence of the courts on the subject, it was possible to observe a legislative absence that defines the conduct as a typical fact, restricting the pregnant person from state protection and her pregnancy. Likewise, a huge gap was identified in the Brazilian legal system, precisely because there is no legislation aimed at identifying and preventing the practice of obstetric violence, in addition to the clear need to promote public policies to make pregnant woman and their families aware of situations that can be classified as obstetric violence. The focus of the article is based on law, and the wishes of pregnant women must be respected with due dignity. For this to be guaranteed, a change in Brazilian legislation is necessary, guaranteeing the effectiveness in the creation of specific laws. This research starts from the hypothetical deductive method, having as scope scientific articles, legislation, doctrines related to the theme.

<sup>1</sup> Acadêmica de Direito e Pós-Graduanda em Direito Penal e Direito Processual Penal da Faculdade Maringá. Email: thay.narasilva@outlook.com.br



**Revista  
de Estudos  
Jurídicos**



<sup>2</sup> Advogada, Professora Universitária, Mestre em Direito. Doutoranda em Direito Empresarial e Cidadania pela Faculdade de Direito do Centro Universitário de Curitiba (Unicuritiba). Email: [crvorniuk@vpadvocacia.com.br](mailto:crvorniuk@vpadvocacia.com.br)



**KEY-WORDS:** Obstetric Violence; Pregnant Women's Rights; Humanized Birth.

## 1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é definida pelos abusos sofridos pela mulher de forma física ou psicológica, podendo ocorrer via negligência no atendimento, procedimentos desnecessários, entre outras condutas que acontecem durante o pré-natal, o trabalho de parto, o parto propriamente dito e o pós-parto. No Brasil, apesar de tal violência ocorrer há muitos anos, ainda é um assunto com pouca visibilidade e pouco se fala a respeito, mas que segue sempre muito presente em hospitais públicos ou privados.

No que diz respeito à violência obstétrica, ao falar sobre os direitos específicos das mulheres durante suas gestações, percebe-se a falta de leis pontuais que sejam eficazes para proteger e garantir os direitos da gestante.

Alguns Estados tomaram a iniciativa de criar sua própria legislação. Essas normas regulamentadoras têm como alvo trazer proteção às gestantes, parturientes e puérperas, com a intenção de informar os direitos dessas mulheres e desarraigar a violência em seus territórios. O que não existe é uma legislação federal que tipifique e criminalize tal prática.

Esta pesquisa parte da seguinte problemática: Como resolver a falta de mecanismos legais para combater a violência obstétrica? Diante desse contexto, o objetivo deste artigo é averiguar como a violência obstétrica está sendo tratada pelo Direito. Assim, por meio do estudo de alguns julgados, busca-se observar a perspectiva do Poder Judiciário sobre o tema e, principalmente, verificar se existe a pretensão em reconhecer a mulher grávida como um sujeito com garantia de direitos, como a protagonista do seu parto e da sua história. Soma-se a isso, a necessidade da criação de Lei federal para regulamentar as penalidades cíveis e penais, e a criação de políticas públicas para garantir conscientização da população sobre a violência obstétrica, bem como garantir o conhecimento dos direitos da mulher grávida, diminuindo com isso os casos de violência.

## 2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A gravidez é um momento importante na vida de uma parcela considerável de mulheres que desejam ter filhos. O nascimento de um filho é único e aguardado, e deveria vir junto com alegria e felicidade para a mulher e seus familiares, mas infelizmente muitas mulheres não têm



esse momento porque sofrem com um fenômeno chamado violência obstétrica, algo que deveria ser marcado com amor, muitas vezes acaba sendo marcado com traumas na vida de muitas mães.

A violência obstétrica refere-se aos diversos tipos de agressões que mulheres podem ser vítimas no pré-parto, parto, pós-parto ou até mesmo em casos de aborto, gerando prejuízo não apenas para a mãe, mas também ao bebê. Tal fenômeno é perpetrado pelos profissionais de saúde, sendo um ato deliberado de agressão à saúde da gestante. Esta, por sua vez, já está em situação de vulnerabilidade, com medo da gravidez e do parto, e acaba cedendo a todas as pressões que lhe são impostas durante esse período (G1, 2019).

Em muitos casos a mulher grávida é vítima de agressões psicológicas e verbais, o que resulta muitas vezes na perda de autonomia de seu próprio corpo, pois há relatos em que profissionais não respeitam as escolhas da gestante e realizam procedimentos sem o consentimento da mesma. As atitudes que consideram violência são assédio moral, negligência, violência física e o desrespeito pelas escolhas e direito da gestante (SANTOS, 2022).

A negligência se caracteriza como a dificuldade no acesso ao atendimento ou omissão do cuidado ofertado à gestante. A violência física ocorre quando há intervenções desnecessárias e/ou violentas sem o consentimento da paciente. A violência verbal ou assédio moral advém na forma de comentários que constroem, ofendem e são agressivos. A violência psicológica caracteriza-se por ações que causam sentimento de medo, abandono, vulnerabilidade e instabilidade (LIMA, 2017).

A violência obstétrica foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como questão de saúde pública em 2014, na “Declaração de Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, como violação de direitos humanos das mulheres. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo refere-se a:

A apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde, na forma de um tratamento desumanizado, medicação abusiva ou patologização dos processos naturais, reduzindo a autonomia da paciente e a capacidade de tomar suas próprias decisões livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, o que tem consequências negativas em sua qualidade de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2014).

Segundo os dados apresentados pela Fundação Perseu Abramo, “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público E Privado” (2010), 1 a cada 4 mulheres sofre violência obstétrica. Conforme o levantamento da Fundação Oswaldo Cruz “Nascer no Brasil” (FIOCRUZ, 2012), 30%



das mulheres atendidas em hospitais privados sofrem violência obstétrica, enquanto no Sistema Único de Saúde (SUS) a taxa é de 45%, ou seja, quase metade das mães no SUS sofrem violência.

Em 2012 a “Rede Parto do Princípio” criou um dossiê sobre Violência Obstétrica que buscou retratar os procedimentos realizados pelos profissionais na percepção da vítima. A seguir, serão analisados alguns dos tipos de violência mais conhecidos e junto deles expostos alguns relatos.

## **2.1 Episiotomia**

A episiotomia é um procedimento cirúrgico que consiste em realizar um corte na região do períneo, conjunto de músculos entre a vagina e o ânus, com a finalidade de expandir o canal do parto para facilitar a passagem do bebê. Também conhecido como “pique”, é feito com objetivo de evitar uma possível laceração irregular. Alguns profissionais, ao realizar a sutura na incisão, fazem um ponto adicional chamado “Ponto do Marido”, com a intenção de apertar o canal vaginal e, com isso, preservar o prazer sexual masculino (LIMA, 2017).

Ricardo Porto Tedesco, tocoginecologista membro da comissão de assistência ao parto da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), afirmou que, antigamente, essa era uma técnica rotineira. Nas palavras do especialista: “A ideia era aliviar a tensão nas fibras musculares no períneo. Depois, a fissura era fechada. Acreditava-se que isso preservava a musculatura da mulher”. (SANTOS, 2022, p. 12).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde indicam que esse procedimento deve ser evitado. Segundo Santos (2022):

Na verdade, o próprio trabalho de parto já pode afetar a musculatura. Realizar a episiotomia não muda a condição anatômica da região após o nascimento, Além disso, provoca um grande desconforto no pós parto, o músculo é sensível, então a mulher passa a sentir dor para sentar- se (p. 13).

Tedesco relata como sendo também um procedimento indevido e invasivo, o qual pode trazer algumas complicações para mulher (SANTOS, 2022).

Atualmente, a episiotomia só deve ser utilizada quando o feto é muito grande e está demorando para nascer por causa do períneo. A orientação da OMS é que somente 10% dos partos envolvam a episiotomia. Sendo assim, é um recurso para ser empregado em último caso. E isso se



**Revista  
de Estudos  
Jurídicos**



decide somente quando o bebê está quase saindo, conhecido por “coroando” (SANTOS, 2022).



Abaixo, tem-se o relato de uma de diversas mulheres que sofreram violência obstétrica, sendo realizado um procedimento desnecessário sem o seu devido consentimento, desconsiderando a recusa informada, desrespeitando sua vontade e autonomia.

Quando eu o ouvi pedindo o bisturi, meu Deus, quase morri! Eu pedi para que não fizesse a episio, mas ele me respondeu: ‘O seguro morreu de velho. Quem manda aqui sou eu [...] A minha filha veio ao mundo por uma cesárea com hora marcada, com 38 semanas, o que lhe rendeu um desconforto respiratório, 7 dias de UTI e uma infinidade de frustrações. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

## **2.2 Manobra de Kristeller**

A manobra de Kristeller é um procedimento realizado na gestante que consiste em pressionar a parte superior do útero para acelerar a saída do bebê. É uma técnica realizada com o objetivo de diminuir o período do parto, se utilizando apenas das mãos sobre o abdômen, pressionando e direcionando o bebê para a abertura vaginal no decorrer das contrações (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM/SC, 2016).

O objetivo da manobra de Kristeller é acelerar a saída do bebê, que em teoria, só deveria ser indicada em situações em que a mulher se encontra em exaustão, onde não é possível continuar realizando a força necessária para a saída do bebê. Entretanto, na prática essa técnica é realizada como rotina, muitas vezes não sendo solicitada pela gestante e realizada mesmo se ela estiver em condições de continuar o parto de forma natural (REIS, 2022).

Embora exista a indicação de que tal manobra seja sempre realizada utilizando apenas as mãos, existem diversos relatos de profissionais que utilizam os braços, cotovelos e até os joelhos, o que pode trazer complicações e riscos tanto para a mulher quanto para o bebê, são eles: fratura das costela; risco de hemorragias; lacerações graves no períneo; deslocamento da placenta; dor abdominal após o parto; ruptura de alguns órgãos, como baço, fígado e útero. Em relação ao bebê, tratam-se de riscos de hematomas encefálicos, fraturas na clavícula e no crânio, e até mesmo irem a óbito. As consequências desse procedimento utilizado de maneira indevida podem ser percebidas no decorrer do desenvolvimento da criança, a exemplo de episódios de convulsões (REIS, 2022).



O médico fez manobra de Kristeller, empurrando minha barriga para baixo. Me fizeram episiotomia sem ao menos perguntar se eu permitia ou me explicar o motivo do procedimento. Eu me senti extremamente mal e vulnerável por não ter entendido nada do que aconteceu comigo. Minha filha nasceu mal e ficou internada por uma semana. Nunca soube o motivo. Ninguém nunca me explicou nada sobre o parto e sobre o porquê da minha filha ficar internada. Eu nunca mais quis ter filhos. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Frases como essa são repetidamente relatadas por mulheres que passaram por uma gestação. Muitos desses procedimentos são realizados sem esclarecimentos e sem o devido consentimento da parturiente, além de serem tratados como “corriqueiros”, como algo comum em uma ala de obstetrícia.

### **2.3 Restrição de posição para o parto**

Em um trabalho de parto normal, é benéfico que a mulher se movimente e fique em várias posições. Todavia, muitas vezes a equipe impede isso, fazendo a gestante ficar deitada na cama e, em alguns casos, até deixando-a amarrada. Existem algumas situações específicas em que a mulher pode ser orientada a ficar deitada na cama durante o trabalho de parto limitando seus movimentos, mas no momento do parto as posições verticais são as mais adequadas, além de ser geralmente a de preferência da gestante (G1, 2019).

A posição mais comum e que vem há alguns anos sendo usada como procedimento “padrão” é a posição litotomia. Nesta, o paciente é colocado em posição dorsal; a sessão dos pés da mesa cirúrgica é abaixada completamente, e os membros inferiores são elevados e abduzidos em perneiras metálicas, a fim de obter a exposição da região perineal. Tal posição, além de prejudicar a dinâmica do parto, é desconfortável para muitas gestantes e pode dificultar a oxigenação do feto (SAUAIA; SERRA, 2016).

As posições de cócoras, sentada ou de joelhos são melhores para facilitar a saída do bebê. O canal de parto fica mais curto e a abertura da vagina fica maior, o bebê não aperta a sua barriga e a circulação de oxigênio também melhora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Perguntei ao meu médico se eu podia escolher a posição para o parto, por exemplo de cócoras. Ele riu e falou que é pra eu tirar essas ideias de ‘parto hippie’ da cabeça. Eu insisti e ele disse que não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).



Mediante esclarecimentos realizados anteriormente, é possível identificar que existem diversos benefícios em permitir à gestante escolher uma posição que seja mais cômoda e confortável para ela, facilitando a saída do bebê, além de gerar um ambiente respeitoso e harmonioso para ela mesma. Realidade ainda muito distante no contexto atual brasileiro, que viola os direitos de escolha e realiza procedimentos prejudiciais à saúde.

#### **2.4 Aplicação de medicamento para acelerar o parto**

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 na amamentação, pois atua no processo de ejeção do leite (NUCCI, 2018). Por ser um hormônio natural, é importante na ligação materna e neonatal, e importantíssimo durante o trabalho de parto. Promover privacidade num ambiente adequado e sem interferências desnecessárias aumenta a ação da ocitocina naturalmente e a intensidade das contrações uterinas, melhorando o desenvolvimento no trabalho de parto sem a necessidade do uso indiscriminado de medicamentos desnecessários. Isso gera, portanto, resultados positivos no aleitamento materno e menores índices de depressão pós-parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A ocitocina sintética e industrial foi criada há alguns anos e passou a ser utilizada na obstetrícia para induzir e acelerar o trabalho de parto. Sabe-se que o uso abusivo de medicamentos causa grandes problemas à saúde materna e neonatal, medicamentos esses que podem causar dificuldade na amamentação e atraso no desenvolvimento da criança, assim como o aumento da mortalidade materna e neonatal. Ainda que não seja recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a ocitocina sintética é utilizada de forma rotineira em muitas maternidades brasileiras. O uso de forma exagerada ou não necessária acelera o parto fisiológico, aumentando os riscos de complicações e cirurgias intraparto. Ou seja, a ocitocina em dosagem alta aumenta a intensidade e potência das contrações uterinas, aumentando o risco de alterações na frequência cardíaca fetal e no aporte de oxigênio para o feto durante o trabalho de parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

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,



**Revista  
de Estudos  
Jurídicos**



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 (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Parir é um ato natural e fisiológico, um processo único da mulher que não deve ser interrompido com a utilização de procedimentos inadequados, sem comprovação médica e seus devidos esclarecimentos. Um parto respeitoso e sem violência são condições mínimas que precisam ser garantidas a todas as mulheres.

## **2.5 Violência psicológica**

A violência psicológica é toda ação verbal ou comportamental que causa na mulher sentimento de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo, instabilidade emocional e insegurança (LIMA, 2017).

Assim como a violência física, a psicológica também pode gerar impactos emocionais. As agressões podem se expressar de diversas formas, toda ação que resulta em humilhar, degradar, controlar ou violar a autonomia da gestante é considerada violência psicológica. Humilhação, ameaças e gritos são marcas que podem ser deixadas para sempre na vida da mulher. A pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, revela que 23% das mulheres ouviram alguma ofensa durante o parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

A psicologia identifica o evento de dar à luz como turbulento, justamente por transformações tão importantes e pelo impacto causado no ciclo das suas relações.

Para Muniz, o parto é um momento “decisivo em vários aspectos da vida e na saúde física e mental tanto do bebê como da mãe” (MUNIZ; BARBOSA, 2012). Sabe-se que o parto traz grandes alterações físicas, hormonais, psíquicas e, por outro lado, a mulher se vê diante de uma transformação dos seus papéis sociais e suas relações interpessoais.

Isso demonstra que além dos processos físicos de saúde, existem agentes essenciais envolvidos no ciclo de gravidez da mulher referente a sua saúde mental. Por consequência, existem possibilidades de aparecimento de um quadro de tristeza ou até de episódios psicóticos, podendo considerar o pós-parto uma fase que aumenta a probabilidade do surgimento de transtornos psiquiátricos. Nos casos em que isso ocorre, resulta na interferência de um vínculo afetivo saudável entre a mãe e bebê (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

Devido ao fato de a gestação ser uma fase marcada por fragilidades emocionais, levando-



se em conta a violência obstétrica sofrida, o estado psíquico da mulher torna-se vulnerável a ponto de não suportar tanta pressão, o que pode levar ao aparecimento de transtornos psicológicos. Isso porque, além de suas transformações biopsicossociais, é um período que exige readaptação a sua nova vida, dando vulnerabilidade mental para o surgimento intenso de angústia e medo, sendo o aspecto emocional instável e o desconforto físico dois fatores que seguem juntos desde a gestação (SILVA F.; SILVA M.; ARAÚJO, 2017).

Portanto, esses sentimentos aparecem como consequência da violência obstétrica, sendo o constrangimento o primeiro sentimento que as mulheres enfrentam, seguido de violência psicológica por agressões verbais. Além disso, a angústia é intensificada, desenvolvendo a sensação de inferioridade, medo e insegurança, por meio da humilhação presente nas práticas dos profissionais de saúde, que “criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e do seu corpo” (SILVA F. *et al.*, 2017). Em outro relato, uma mulher afirma: “Durante um exame de toque, eu pedi para parar pois estava sentindo muita dor. O médico disse: ‘na hora de fazer tava gostoso, né?’ Nessa hora me senti abusada” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Esses são apenas alguns dos vários tipos de violência obstétrica e relatos que acontecem diariamente nos hospitais. Podem ser citadas como violências as seguintes situações: proibir direito a acompanhante, negligência no atendimento, coação, humilhação, constrangimento, omissão de informações, descaso, abandono, discriminação, assédio, chantagem, entre outros.

### **3 CULTURA DA CESÁREA NO BRASIL**

A cesariana também pode ser considerada uma prática de violência obstétrica quando utilizada sem indicação médica e sem consentimento da mulher. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é o segundo país com maior percentual de partos realizados por cesárea no mundo. A realidade brasileira aponta que 55,6% dos partos são realizados dessa forma, tornando o país com a segunda maior taxa no mundo, atrás apenas da República Dominicana. O percentual é ainda mais alto no sistema privado, em que 85,5% dos partos são feitos a partir de cesariana, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Vale destacar que os dados da OMS indicam que a taxa ideal de cesariana deve estar entre 10% e 15% dos partos (OMS, 2015).



**Revista  
de Estudos  
Jurídicos**



No Brasil, a cultura de assistência ao parto é predominantemente intervencionista e



centrada na patologização dos processos fisiológicos de parto e nascimento. Essa cultura imposta sinaliza que o parto cirúrgico é mais seguro do que o parto vaginal, priorizando a praticidade em detrimento da saúde da mãe e do bebê, tendo em vista que, segundo a pesquisa “Nascer no Brasil”, 70% das mulheres desejavam parto vaginal no início da gravidez, mas ao longo do pré-natal foram sugestionadas a mudar de decisão (FIOCRUZ, 2012).

A decisão sobre a via de parto parte da premissa entre escolha, preferência ou desejo da mulher, e do outro lado o interesse, conveniência ou indicação do médico: o desejo inicial das mulheres de realizar o parto vaginal e a opção pela cesariana no final da gestação. Diante do exposto, é possível relacionar o alto percentual de parto cesárea no Brasil.

#### **4 DIREITO AO NASCIMENTO**

O tempo em uma gestação normalmente é de 37 a 42 semanas, a partir do momento que se completa o 9º mês de gestação. Mas, isso não significa que o bebê esteja pronto para o nascimento. Geralmente o parto com maior propensão de gerar problemas para o bebê é o parto cesáreo eletivo, pois nele já se tem uma data agendada para o dia do nascimento do bebê, que ocorre com frequência entre 37 e 38 semanas. Após uma resolução do Conselho Médico, foi proibido realizar cesáreas eletivas antes das 39 semanas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM, n. 2.284/2020) que dispõe:

Art. 1º: É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e o cesariano, seus respectivos benefícios e riscos. Parágrafo único: A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante.

Art. 2º: Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir de 39 semanas completas de gestação (273 dias), devendo haver o registro em prontuário. (CFM nº 2.284/2020).

Julio Elito Junior, médico e professor do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo, afirma que os pulmões, por exemplo, completam o desenvolvimento nos últimos dias de gestação, por isso, esperar esse tempo é vital para evitar desconforto respiratório do bebê. Julio lembra que “cada uma evolui em um ritmo”, e “o momento certo é decidido pelo bebê, quando seu corpo inteiro estiver maduro, ele dará o aviso de que está pronto para sair”,



resume o obstetra (MORO, 2015).

O feto começa a se sentir apertado dentro do útero por volta das 40 semanas de gestação, gerando estresse. O hormônio liberado pelo estresse ajuda o corpo da mãe a entender que o trabalho de parto precisa ser iniciado. A maturação do pulmão depende de uma enzima secretada pela placenta, que à medida que envelhece ajuda a amadurecer os pulmões do bebê e prepará-lo para a vida fora do útero. Com a maturidade dos pulmões, são iniciadas as contrações para o começo do trabalho de parto (LIMA, 2017).

Se o parto ocorrer sem sinal de que o pulmão está pronto para exercer sua função e trabalhar de forma adequada, o bebê poderá correr riscos de sentir alguns desconfortos. Segundo “Defining ‘Term’ Pregnancy Workgroup”, grupo organizado pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), bebês que nascem antes do tempo têm maior possibilidade de apresentar problemas respiratórios, como a síndrome do desconforto respiratório; assim como dificuldades para manter a temperatura corporal e para se alimentar. Além disso, têm tendência a registrar altos níveis de bilirrubina, o que pode causar icterícia e, em casos severos, gerar danos cerebrais e/ou problemas de visão e audição (CFM, 2016).

Entre 37 e 39 semanas o bebê atravessa uma fase crítica de desenvolvimento do cérebro, dos pulmões e do fígado, alerta o Instituto Nacional (norte-americano) de Saúde da Criança e Desenvolvimento Humano (NICHD), outra fonte de análise para elaboração da Resolução aprovada pelo CFM. O Instituto afirma que “poucas semanas fazem uma grande diferença”. Conforme aponta o pediatra e corregedor José Fernando Maia Vinagre, “quando não há indicação médica que justifique a antecipação do parto, é primordial respeitar o prazo de 39 semanas para realização de cesariana a pedido da gestante”. Um dos benefícios dessa norma será a redução de casos de recém-nascidos com dificuldades de adaptação à vida após o nascimento, e também a redução das taxas de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal. (CFM, 2016).

Para ilustrar esta situação, tem-se o relato de uma mulher, a qual afirma que: “minha filha veio ao mundo por uma cesárea com hora marcada, com 38 semanas, o que lhe rendeu um desconforto respiratório, 7 dias de UTI e uma infinidade de frustrações” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

É direito do nascituro decidir quando virá ao mundo. Mesmo que o trabalho de parto evolua para uma cesárea, deverá ocorrer todo o processo necessário e benéfico para que o bebê esteja pronto e maduro para o nascimento. As cesáreas permitem uma comodidade por parte da



gestante e da família em escolher uma data favorável ou um dia programado, mas ao optar por esse conforto, o bebê pode nascer sem o devido preparo.

#### **4.1 Direito ao parto humanizado**

No Brasil, o “parto humanizado” ainda é um assunto relativamente novo, que gera muita polêmica em torno do que significa de fato esse conceito. É um tema que leva a dúvidas e debates a seu respeito, pois vem na contramão de uma cultura de cesáreas, que corrobora cada vez para que a violência obstétrica seja algo normal. Infelizmente, ainda é muito frequente mulheres terem o seu direito de uma assistência de parto respeitosa e humanizada negado, deixando de lado o protagonismo da mulher em parir seu filho em prol de intervenções médicas desnecessárias (SILVA *et al.*, 2017).

Tem-se a visão de que o parto humanizado é um tipo de parto que se define por alguns detalhes. Sendo assim, se ocorrer em casa, com utilização de água, na posição escolhida, na presença de um acompanhante e sem intervenções médicas, isso é sinônimo de humanização. Todavia, essa definição gera conflitos porque a humanização de um parto precisa ser entendida como algo natural e não como um produto que pode ser comercializado (SILVA *et al.*, 2017).

O parto humanizado busca proporcionar conforto e segurança para o bebê e puérpera, evitando manipulações desnecessárias, promovendo um ambiente calmo e livre de estresse, iluminação adequada, aquecimento da sala em temperatura apropriada para ambos – tanto mãe quanto bebê – e alojamento conjunto para favorecer o vínculo afetivo familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Essa humanização traz conforto físico e emocional para a mulher e também para o bebê, reduzindo o risco de complicações e internações para o binômio mãe e filho. O acompanhante de escolha da parturiente também é uma figura importante nesse cenário, responsável por colaborar com o bem-estar da parturiente, dando assistência e promovendo melhor desenvolvimento na evolução do parto (GOMES, 2014).

Conforme exposto anteriormente, o parto deve ser realizado da forma mais natural possível, permitindo que a mulher assuma o seu papel de protagonista como gestante. Essa humanização precisa de uma postura respeitosa quanto às vontades e desejos da gestante e do bebê. O objetivo dessa assistência humanizada é permitir que o processo fisiológico da mulher deparar aconteça enquanto o médico e a equipe participam como espectadores, interferindo somente



se houver necessidade.

#### **4.2 Benefícios do parto normal /humanizado**

Os benefícios da realização de um parto humanizado são inúmeros; para os bebês, sabe-se que com menos estresse e uso de medicamentos envolvidos no processo o risco de complicações tende a diminuir. Nascer em um ambiente de harmonia e respeito também é essencial para promover um vínculo saudável com a mãe nesse começo de vida. Para a mulher, o maior conforto e apoio emocional neste momento podem gerar uma percepção totalmente positiva do parto. Sem o uso desnecessário de intervenções médicas, a parturiente tende a ter também uma recuperação muito mais rápida e sem complicações (HENRIQUES, 2022).

O trabalho de parto de forma natural, respeitando os aspectos fisiológicos, sociais, culturais e sem intervenções desnecessárias, tem valor significativo no desenvolvimento do sistema respiratório do bebê. As alterações hormonais liberadas durante as contrações auxiliam no desenvolvimento do pulmão, estimulando os movimentos de sucção e estimulando a amamentação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Com o nascimento, o bebê procura marcos de referência que o ajudam a se lembrar dos nove meses intra útero, quais sejam, o cheiro e o gosto do líquido amniótico no leite, a voz do pai e da mãe, a frequência e o ritmo cardíaco e respiratório maternos, o jeito de andar e valsar da mãe e os sons que lhe são familiares. Os profissionais de saúde não podem colocar os bebês distantes de tudo que lhes era familiar desde antes do nascimento, num lugar frio, sem vida, hostil e sem contenção (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Propiciar a experiência do parto humanizado à uma mulher é garantir o respeito aos seus diversos aspectos culturais, individuais, psíquicos e emocionais. É acreditar na fisiologia da gestação e do parto, devolvendo o protagonismo e poder a quem lhe é de direito.

#### **4.3 Problemas acarretados pela violência obstétrica**

A violência obstétrica é compreendida como um problema de saúde pública porque desencadeia outros tipos de doenças, não só doenças, mas também disfunções no corpo. A mulher que sofre a violência provavelmente precisará de um acompanhamento psicológico. (HENRIQUES, 2021).



Apesar de ocorrer com frequência, não é algo muito discutido, diversas mulheres são submetidas a essa violência sem ter o conhecimento de que determinados atos se configuram como violência. Em nossa sociedade e cultura, há a prevalência da opinião e fala do médico tidas como algo certo e sem a necessidade de questionamentos; logo, as mulheres, assim como suas famílias, ao perceberem terem sofrido uma violência obstétrica, acabam deixando de lado, acreditando que foi algo necessário. Isso pode se justificar em razão de toda cultura de hierarquia que engloba nossa sociedade (HENRIQUES, 2021).

A gestação é uma fase marcada por fragilidades emocionais. É preciso levar em conta a violência obstétrica sofrida por essa mulher, uma vez que o estado psíquico desta pode tornar-se vulnerável, podendo não suportar tanta pressão, levando ao aparecimento de transtornos psicológicos (DIAS; PACHECO, 2020).

Após ter experienciado a violência obstétrica, o constrangimento é o primeiro sentimento que as mulheres vêm a enfrentar, seguido pela violência psicológica e por agressões verbais. A partir disso, a angústia tende a se intensificar, passando a desenvolver a sensação de inferioridade, medo e insegurança intensificados por meio da humilhação praticada pelos profissionais da saúde. Em decorrência disso criam e reforçam os sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu físico (SILVA, 2017).

Ao se falar em danos causados à mulher, os sofrimentos advindos da violência sofrida na gestação e no trabalho de parto perpassam por prejuízos psíquicos que podem se tornar duradouros, ocasionando traumas que refletem o medo de uma nova gestação, e isso por terem experienciado de forma negativa a anterior. Outras consequências citadas nas pesquisas em virtude da violência obstétrica, foram em relação à sexualidade da mulher após o procedimento de episiotomia, o qual acaba afetando tanto a vida sexual quanto a autoestima, trazendo incômodos físicos como a dor (PROGIANTI, 2008).

Conforme analisado, é possível identificar inúmeros problemas acarretados pela violência obstétrica na saúde da mulher que perpetuam por um longo período ou mesmo de forma definitiva, e se expressam física ou mentalmente, com consequências e traumas para a vida toda. E para erradicar esse problema e consequentemente os danos causados por ele, faz-se necessário tipificar essa violência e investigar quais os danos acompanham essa gestante, a fim de procurar ajuda para superar o impacto causado, resguardando o seu devido direito.

## **5 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERSPECTIVA DO PODER JUDICIÁRIO**



## **BRASILEIRO**

Em 2019, o Ministério da Saúde (MS) divulgou uma orientação relacionada à violência obstétrica, alegando que o termo deveria ser evitado e abolido dos documentos de políticas públicas, pois, para o governo, a expressão é considerada imprópria, uma vez que o uso se refere a um significado intencional da força violenta no atendimento ao parto. Para o ministério, “tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano” (BRASIL, 2019). Segundo o documento, “a expressão ‘violência obstétrica’ não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada” (BRASIL, 2019, p. 14).

O Ministério da saúde justifica que essas mudanças foram motivadas pelo parecer publicado pelo Conselho Regional de Medicina, que afirmou: “A expressão ‘violência obstétrica’ é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética” (CFM, 2018, n.p).

Em compensação, o Ministério Público Federal (MPF) publicou uma recomendação para que o Ministério de saúde reconhecesse e adotasse as ações da Organização Mundial da Saúde. O termo, já amplamente usado por documentos científicos, reforça também que a violência obstétrica se caracteriza também como violência de gênero e um desrespeito às obrigações do Estado brasileiro (MPF, 2019).

Após a publicação do MPF, o MS reconheceu a legitimidade do termo através de um ofício, que reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configuram maus-tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas que versam sobre o tema.

Dessa forma, pode-se identificar as enormes lacunas sobre o tema apresentado sem a devida concretização do seu reconhecimento. Ao pesquisar na jurisprudência brasileira o termo violência obstétrica, foram encontradas informações sobre erro médico. Essa questão levanta um problema, pois quando se trata de erro médico, fala-se apenas de responsabilidade civil e reparos ao dano, mas ao falar de violência obstétrica, consiste em ilicitude e responsabilidade penal.

A violência obstétrica precisa ser preservada enquanto termo, mas ainda é confundida como erro médico pela jurisprudência, o que fica claro quando pesquisado sobre violência e a



maioria dos processos falam sobre erro médico. Existe uma série de situações de violência que estão camufladas sobre o termo erro médico, e isso implica que a mulher só pode efetivamente ajuizar ações cíveis, mas, se tem a violência deveria ser verificada a responsabilidade penal desses profissionais de saúde.

Recentemente foi proposto pela senadora Leila Barros (PDT-DF) o Projeto de Lei nº 2082, de 2022, que busca alterar o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção.

O texto altera o Código Penal (Decreto-Lei 2.848, de 1940) para definir e tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção com a inclusão do Art. 285-A:

A Constitui violência obstétrica qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou, ainda, em desacordo a procedimentos estabelecidos no âmbito do Ministério da Saúde, constituindo assim uma clara limitação do poder de escolha e de decisão da mulher. Pena - detenção, de três meses a um ano. Parágrafo único. Caso a mulher vítima de violência seja menor de 18 anos ou maior de 40 anos Pena - detenção, de seis meses a dois anos.

Como não existe uma legislação específica que trata a respeito da violência obstétrica trazendo uma tipificação para incriminar os atos lesivos, e projetos como esse mencionado ainda não entraram em vigor, é possível tipificar essa prática através da responsabilidade penal, seguindo o Código Penal Brasileiro.

Injúria- Art 140 – Ofensas que venham ferir a dignidade e honra através da prática, de xingamentos, humilhações e insultos à gestante, em atos vexatórios, ríspidos e ofensivos.

Maus-tratos- Art 136 – Expor a gestante a algum risco por negligência, deixar de realizar o atendimento adequado, sem cuidado ou a devida atenção, submeter a restrição alimentar ou jejum sem evidências médicas.

Constrangimento Ilegal – Art 146 – Praticar atos sem o consentimento da parturiente, procedimentos sem necessidade, exposição, privação e constrangimento da vítima.

Ameaça – Art 147– Sofrer ameaça por meio de frases, gestos que a reprimam por algum



ato, ferindo a integridade física ou mental da mulher.

Lesão corporal – Art 129– Lesões causadas por procedimentos como a manobra de kristeller e episiotomia que levem à lesão no feto e ou na mãe, e que em decorrência de graves lesões sofridas acarrete em homicídio.

Mediante a insuficiência de normas legislativas para garantir e assegurar o direito da gestante e do bebê, o método que pode ser utilizado para tentar preencher essa lacuna é valer-se de outras legislações já vigentes para resguardar tais direitos. Isso porque não há motivos para impedir que o judiciário puna essa prática, já que existem normas que podem se enquadrar e serem aplicadas nesses casos. Nesse viés, buscou-se observar a violência obstétrica na perspectiva do poder judiciário, através de alguns julgados:

RESPONSABILIDADE CIVIL - Cerceamento de defesa inocorrente- Ausência de prova quanto à ocorrência de violência obstétrica no trabalho de parto da autora- Procedimento adequado por parte dos réus - Perícia conclusiva – R. sentença de improcedência mantida- Recurso desprovido. (TJ-SP - APL: 10965614120158260100 SP 1096561- 41.2015.8.26.0100, Relator: Moreira Viegas, Data de Julgamento: 19/12/2018, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 19/12/2018).

No mérito, alega que a Lei do Acompanhante foi desrespeitada quando negada a presença do seu marido em algumas ocasiões e que sofreu, durante o trabalho de parto, diversos tipos de violência, sendo maltratada por diversas vezes, sua bolsa amniótica rompida e houve aplicação de ocitocina. Após 12 horas de trabalho de parto, a equipe optou pela realização de cesariana, aplicando-se a anestesia raquidiana, mas constatou-se em seguida que o bebê já estava no canal de parto. Como a autora não conseguia fazer mais força para a expulsão, o filho foi retirado com fórceps. A ação foi julgada improcedente, além de condenar a autora ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios, alegando que o conjunto probatório não demonstrou a existência de qualquer erro no tratamento da autora, não apontando a perícia qualquer conduta culposa por parte do médico, a ensejar sua responsabilização.

Conforme exposto, foi julgada ausência de qualquer erro na conduta da equipe médica, que visivelmente se caracterizam como violência obstétrica, gerando danos físicos a essa mãe, além de traumas psicológicos mediante tantos abusos, ignorando o judiciário o relato da gestante, levando em conta o laudo pericial como única versão de veracidade.



PENAL. LESÃO CORPORAL CULPOSA E HOMICÍDIO CULPOSO (ART. 121, §§ 3º E 4º, E ART. 129, §§ 6º E 7º, AMBOS DO CÓDIGO PENAL). RECURSO DO MP. NEGLIGÊNCIA MÉDICA. ASFIXIA PERINATAL GRAVE DO FETO. IMPERÍCIA. REALIZAÇÃO DA MANOBRA KRISTELLER. CONDENAÇÃO. INVIABILIDADE. NÃO COMPROVAÇÃO. Presentes elementos probatórios suficientes a apontar a ausência de responsabilidade das rés, restando comprovado nos autos por laudos médicos, documentos e testemunhos que todos os procedimentos realizados foram discutidos e supervisionados pelos staffs de plantão, comparecendo absolutamente corretos no que diz com as avaliações e as condutas adotadas, inviável a condenação requerida. Apelação não provida. (TJ-DF 20160111065154 DF 0030204-96.2016.8.07.0001, Relator: MARIO MACHADO, Data de Julgamento: 21/06/2018, 1ª TURMA CRIMINAL, Data de Publicação: Publicado no DJE: 04/07/2018. Pág.: 133/143).

No caso em questão, houve sucessivos atendimentos médicos omissos em relação à parturiente, os quais contribuíram de forma decisiva com o quadro de sofrimento fetal e asfixia perinatal grave, chegando ao resultado de lesão grave em relação ao nascituro. Enfermeira e médica testemunharam sobre ter sido realizada a manobra de kristeller e que foi um parto difícil. Em contrapartida, no prontuário não consta que a manobra foi de fato realizada, negando as rés ter realizado tal procedimento e, assim, agindo de forma imprudente, o que gerou um quadro grave de atonia uterina, evoluindo para a morte da vítima. A apelação teve o provimento negado, pelo não conhecimento e por intempestividade do recurso.

O erro médico somado à omissão e violência, resultaram no óbito da vítima, alegando o judiciário não possuir evidências que pudessem comprovar a ação procedente à condenação, violando os direitos da mulher e também os direitos da criança enquanto nascituro. Na área da saúde, muitos dos atos considerados violentos pela sociedade, principalmente na obstetrícia, são tratados como rotineiros e corriqueiros.

APELAÇÃO CÍVEL. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS CONTRA O ESTADO DE SANTA CATARINA. PARTO DE ALTO RISCO. AUTORA QUE TEVE LACERAÇÃO DO PERÍNEO EM GRAU 2. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. RECURSO DA AUTORA. ALEGAÇÃO DE CERCEAMENTO DE DEFESA ANTE NÃO REALIZAÇÃO DE NOVA PERÍCIA E OITIVA DE TESTEMUNHAS. MATÉRIA CONTROVERTIDA QUE NÃO CARECE DE DILAÇÃO PROBATÓRIA, POIS DEVERIA TER SIDO ESCLARECIDA POR OCASIÃO DA PROVA TÉCNICA. DESNECESSÁRIA A OITIVA DE TESTEMUNHAS PARA O DESLINDE DO FEITO. PRELIMINAR RECHAÇADA. ALEGAÇÃO DE QUE SOFREU VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE A REALIZAÇÃO DO PARTO NORMAL. IMPERTINÊNCIA. AUSÊNCIA DE INDICAÇÃO MÉDICA



**Revista  
de Estudos  
Jurídicos**



**PARA FOSSE REALIZADO CESARIANA. LAUDO PERICIAL**



FUNDAMENTADO, OBJETIVO E CONCLUSIVO, QUE AFIRMA A POSSIBILIDADE DE LACERAÇÃO DO PERÍNEO CASO O BEBÊ SEJA GRANDE OU A MÃE CONTRAIA O MÚSCULO PERINEAL NO MOMENTO DA EXPULSÃO. FRATURA NA CLAVÍCULA DO INFANTE QUE, CONFORME DESCRIÇÃO DA LITERATURA MÉDICA, PODE OCORRER. A RECUPERAÇÃO DA LESÃO OCORRE EM POUCO TEMPO, MESMO EM CASOS NÃO TRATADOS, SEM DEIXAR DEFORMIDADES. AUSÊNCIA DE APLICAÇÃO DE ANESTESIA PARA CONTER A DOR PROVENIENTE DA LACERAÇÃO PÉLVICA. ATO MÉDICO, CUJAS CONSEQUÊNCIAS DEVEM SER ANALISADAS CASO A CASO PELO OBSTETRA E ANESTESISTA QUE ESTÃO ACOMPANHANDO O PARTO. ADOÇÃO DE TODAS AS MEDIDAS NECESSÁRIAS E CABÍVEIS AO CASO. PROCEDIMENTOS ADEQUADAMENTE REALIZADOS PELA EQUIPE OBSTÉTRICA DA ENTIDADE HOSPITALAR. AUSÊNCIA DE FALHA NOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO NOSOCÔMIO E DE PROVAS DO DANO ALEGADO. RESPONSABILIDADE OBJETIVA NÃO VERIFICADA. ERRO MÉDICO NÃO CONFIGURADO. ATO ILÍCITO NÃO CARACTERIZADO. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. (TJ-SC - AC: 10223977020138240023 Capital 102239770.2013.8.24.0023, Relator: Pedro Manoel Abreu, Data de Julgamento: 25/09/2018, Primeira Câmara de Direito Público).

Em relatório, a autora com gestação de alto risco e histórico de pré-eclâmpsia deveria ter sido submetida a um parto cesárea. Todavia, a equipe médica optou por realizar parto normal, feito em local inadequado e que culminou em fratura na clavícula direita do nascituro, além da laceração pélvica a qual foi submetida, que alega lhe trazer extremo desconforto e a impede, até os dias atuais, de manter uma vida sexual ativa. A defesa asseverou que a fratura de clavícula direita sofrida pelo bebê é algo crível de se acontecer em razão das circunstâncias do parto, mas que a “cura se dá em pouco tempo, sem deixar deformidades, mesmo nos casos não tratados e que o feto nasceu com boa vitalidade. Informou também que o fato de a paciente ter uma gestação considerada de alto risco, não é indicativo de contraindicação ao parto vaginal. A apelação foi improcedente, com a alegação de que os requisitos não foram preenchidos.

De fato, a gestação de alto risco e a indicação de cesariana são coisas distintas. Todavia, a gestante precisa ter seu direito de escolha e vontade resguardados, podendo optar por qual via de parto deseja seguir. É possível observar mais um caso em que a violência é causa rotineira da equipe médica ao mencionar que a fratura é algo “comum”, e que a cura se dá a curto prazo, sem deixar sequelas, mencionando que o nascituro nasceu saudável, como se todo dano moral e psicológico fosse anulado pelo simples fato do bebê estar bem.



EMBARGOS DECLARATÓRIOS. NÃO HAVENDO CONTRADIÇÃO, OBSCURIDADE, OMISSÃO OU ERRO MATERIAL NO ACÓRDÃO, NÃO HÁ COMO PROSPERAR A NOVA PRETENSÃO RECURSAL. EMBARGOS DESPROVIDOS. (TJ-RJ - APL: 00803495520188190001, Relator: Des(a). MARIA INÊS DA PENHA GASPARGAR, Data de Julgamento: 29/01/2020, VIGÉSIMA CÂMARA CÍVEL).

Na espécie, sustenta a autora ter sofrido sequelas emocionais e físicas em razão de negligência médica no atendimento, afirmando que teria permanecido por mais de 43 horas em trabalho de parto, sendo que a equipe médica não optou pela cesariana, insistindo na realização de parto normal com uso de fórceps, tendo perda de líquido e sangue, corte de períneo e deformidade na cabeça do menor, restando evidenciada a responsabilidade civil do ente público.

Todavia, a apelação foi negada, concluindo não ter restado suficientemente demonstrado nos autos o nexo de causalidade entre o atuar dos agentes municipais e o suposto dano sofrido pelos autores durante o trabalho de parto, não sendo possível aferir a conexão entre as alegadas lesões sofridas e a conduta médica.

Mesmo reconhecendo a responsabilidade do hospital a decisão finalizou declarando insuficiência nos autos. A parturiente não teve autonomia nenhuma em seu próprio parto, já que os procedimentos, além de desnecessários, foram contra a vontade da mesma, o nascituro teve lesão causada pela conduta indevida, com seus direitos feridos desde o primeiro momento de seu nascimento.

Após a análise dos julgados citados, é possível observar que o Poder Judiciário tem naturalizado essa violência ao considerar improcedentes as ações compostas por episódios que claramente evidenciam que houve procedimentos considerados desnecessário e que se enquadram na violência obstétrica, julgando sem nexo, inconclusiva ou com falta de provas.

Ademais, como já mencionado em dados no presente artigo, o índice de violência ocorre com maior taxa na rede pública (SUS) do que na rede privada (FIOCRUZ, 2012). É evidente que a maioria da população brasileira depende do serviço de saúde público e uma parcela desses usuários possui educação primária incompleta, baixa renda e muitas vezes não têm ou possuem o mínimo de conhecimento sobre seus direitos, de modo que esses fatores acabam facilitando a incidência da violência obstétrica.

Por fim, com base nesse estudo e julgados, fica nítida a necessidade de criação de mecanismos legais a fim de sanar a dificuldade no judiciário em suas ações, permitindo a expressão violência obstétrica enquanto termo de agir, garantindo o direito da parturiente e



nascituro, dando a esse ato não só a sua devida criminalização, mas também possibilitando uma prevenção para reduzir o número de casos.

## **6 CONCLUSÃO**

A violência obstétrica está presente no cotidiano da população brasileira. Devido a isso, muitas condutas na obstetrícia são naturalizadas e consideradas aceitáveis, tornando e potencializando uma banalização desses atos. Muitas mulheres, além de passarem por essa violência, têm seus sentimentos invalidados e são inviabilizadas pelo judiciário.

Um momento que deveria ser de alegria e proteção se torna um pesadelo, em que muitas gestantes acabam caindo em negação dos fatos aos quais foram acometidas; enquanto outras, quando tentam buscar uma tutela jurídica, acabam se encontrando em situação de completo desamparo.

Com base no que foi analisado no presente artigo, percebeu-se que o Poder Judiciário brasileiro é extremamente falho quando se trata de violência obstétrica. A falta de conhecimento dos magistrados sobre o assunto, junto à falta de mecanismos legais na legislação causa um enorme descaso nas mulheres que passam por esse processo, além dos seus direitos que são feridos. Somado a esses fatores, muitas ações judiciais acabam sendo indeferidas, sem trazer o devido respaldo e reparação da violência para a mulher.

É necessário que seja dada a violência obstétrica a devida atenção e importância. Para que diminuam os casos, é necessário que exista capacitação na área da saúde, nos ministérios e defensorias públicas e no poder judiciário. Criação de políticas públicas para conscientização da sociedade a violência, a fim de garantir o conhecimento e os direitos da mulher gestante.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Olivia Castro. *et al.* Revisão de literatura humanização do parto a atuação dos enfermeiros. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 1, 2015.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Inquérito Civil – Recomendação nº 29/2019, de 07 de maio de 2019**. São Paulo, SP, 2019. Disponível em: [https://www.mpf.mp.br/sp/sala-deimprensa/docs/recomendacao\\_ms\\_violencia\\_obstetrica.pdf/view](https://www.mpf.mp.br/sp/sala-deimprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf/view). Acesso em: 06 de julho 2022.

BRITO, C. M. C. *et al.* Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 1. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.604>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Parecer CFM nº 32/2018, de 23 de outubro de 2018**. Brasília, DF.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM Nº 2.284/2020**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2020/2284>. Acesso em 10 de ago. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Parecer técnico COREN/SC Nº 001/CT/2016**. Manobra de Kristeller. 2016.

DIAS, S. L; PACHECO, A. O. Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 3, n. 1, pp. 04-13, 2020.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal. Acórdão nº **20160111065154 DF 003020496.2016.8.07001**. Disponível em: <https://tjdf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/597191714/20160111065154-df-00302049620168070001?ref=serp>. Acesso em 10 ago. 2022.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. Brasil: SESC, 2010. Disponível em: [https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra\\_0.pdf](https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf). Acesso em 17 abr. 2022.

G1. Ministério da Saúde reconhece legitimidade do uso do termo ‘violência obstétrica’. In **Globo** (online), 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/06/10/ministerio-da-saude-reconhece-legitimidade-do-uso-do-termo-violencia-obstetrica.ghtml>. Acesso em 07 jul. 2022.

GOMES, Ana Rita Martins. *et al.* Assistência de Enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Revista Científica de enfermagem**, v. 4, n. 11, 2014. Doi: 10.24276/rrecien2358-3088.2014.4.11.23-27

HENRIQUES, Tatiana. Violência obstétrica: um desafio para saúde pública no Brasil. In **Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – IMS** (online), 2022. Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/2021/02/22/violencia-obstetrica-um-desafio-para-saude-publica-no>



[brasil/](#). Acesso em 12 set. 2022.

LIMA, V. Crescer, Ponto do marido depois do parto: você já ouviu falar? In **Globo Revista** (online), 2017. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Polemica-dos-mes/noticia/2017/06/ponto-do-marido-depois-do-parto-voce-ja-ouviu-falar.html>. Acesso em: 20 jun. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da gestante**. 3 Ed. Distrito Federal, 2016. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca\\_feliz/Treinamento\\_Multiplicadores\\_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet\(1\).pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1).pdf). Acesso em 12 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto normal fortalece a saúde do bebê e tem melhor recuperação. In **Blog Saúde** (online), 2015. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35088parto-normal-fortalece-a-saude-do-bebe-e-tem-melhor-recuperacao>. Acesso em 5 de abril de 2022.

MUNIZ, B.; BARBOSA, R. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? In: **Memórias Convención Internacional de Salud Pública**, Havana, 2012. Disponível em: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/744/321>. Acesso em 12 out. 2022.

NASCER NO BRASIL. Escola Nacional de Saúde Pública. Ensp/Fiocruz. Inquérito nacional sobre parto e nascimento. In **NASCER NO BRASIL** (online), 2012. Disponível em: [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us\\_portfolio=nascer-no-brasil](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil). Acesso em: 10 maio 2022.

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, pp. 979-998, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Brasil, 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3). Acesso em 10 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS**. Brasil, 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf). Acesso em 10 mai. 2022.

PERNAMBUCO. Ministério público de Pernambuco. **De todos e para todos**. Humanização do parto. Nasce o Respeito; informações práticas sobre os seus direitos. Recife, 2015.

PROGIANTI, J. M. *et al.* Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. **Esc. Anna Nery**, v. 12, n. 1, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100007>

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. Parto do



Princípio, Brasil, 2012. Disponível em:

<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em 5 abr. 2022.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. 20ª Câmara Cível. Embargos de Declaração da Apelação Cível nº **008034955.8.19.0001** RJ. Disponível em: <https://tjrj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/805133182/apelacao-apl-803495520188190001/inteiroteor-805133186?ref=serp>. Acesso em 10 de agosto de 2022.

SANTA CATARINA. Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Apelação Cível nº **1022397-70.2013.8.24.0023**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-sc/631032152>. Acesso em 10 ago. 2022.

SANTOS, M. T. O que é a episiotomia e quando ela deve ser feita no parto. In **Saúde Abril** (online), 2022. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/o-que-e-a-episiotomia-e-quando-ela-deve-ser-feita-no-parto/>. Acesso em 08 abr. 2022.

SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma Dor Além Do Parto: Violência Obstétrica Em Foco. **Revista de Dir. Humanos e Efetividade**, v. 2, n. 1, 2016.

SENADO FEDERAL. **Projeto de lei n ° 2082, de 2022**. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154237>. Acesso em 6 jul. 2022.

SILVA, F.; SILVA, M.; ARAUJO, F. Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de Município do Nordeste brasileiro. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 3, n. 4, 2017.