

CAPÍTULO II

DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE FRENTE À SAÚDE DAS MULHERES PARTURIENTES E À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

DOI: <http://dx.doi.org/10.18616/estadodir08>

Luciane Baum Augustin

Camila Leonardo Nandi de Albuquerque

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil, de forma inédita no Direito brasileiro, atribuiu à saúde a condição de direito fundamental. Segundo Uadi Lammêgo Bulos (2018, p. 1.592) “[...] saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e espiritual do homem, e não apenas a ausência de afecções e doenças”. Nesse sentido, dispõe o artigo 196 da Magna Carta de 1988: “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Tem-se, assim, que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela realização de políticas públicas que assegurem o bem-estar e a saúde dos cidadãos, sem distinção de classe, gênero, cor ou qualquer outra forma de tratamento desigual. Tendo em vista tratar-se de direito social, impõe-se ao Estado prestações positivas e negativas (BULOS, 2018).

O direito à saúde, configurado como um direito humano fundamental à preservação da vida e dignidade humana, está positivado em legislações de âmbito internacional e nacional, bem como na moralidade comum. Para Norberto Bobbio (2004, p. 32) “[...] uma coisa é falar dos direitos do homem, direitos sempre novos e cada vez mais extensos, e justificá-los com argumentos convincentes; outra coisa é garantir-lhes uma proteção efetiva”. Isso porque, para o autor, à medida que as pretensões aumentam, a satisfação delas torna-se cada vez mais difícil.

Para Bobbio (2004), a aceitação desses direitos pelo senso moral comum implica na crença de que seu exercício seja igualmente simples. Porém, conforme o autor, se o consenso geral quanto a eles induz a crer que tenham um valor absoluto, por outro lado a expressão genérica e única “direitos do homem” faz pensar numa categoria homogênea. Porém, ao contrário, os direitos do homem, em sua maioria, não são absolutos, nem constituem de modo algum uma categoria homogênea.

Nesse sentido, o jurista Norberto Bobbio (2004 p. 16) aponta que o problema fundamental em relação aos direitos do homem “[...] não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los”. Ou seja, conforme o jurista, trata-se de um problema não filosófico, mas político. É por isso que, para ele, é de suma importância delimitar o modo mais seguro para garanti-los, “[...] para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados” (BOBBIO, 2004, p. 17). Nesse sentido, o jurista argumenta que é inegável a existência de uma crise dos fundamentos, mas que a tarefa hodierna centra-se na “[...] busca, em cada caso concreto, os vários fundamentos possíveis”, e não na busca por “[...] outro fundamento absoluto para servir como substituto para o que se perdeu.” (BOBBIO, 2004, p. 16).

Cabe pontuar que, a despeito da lúcida consideração de Norberto Bobbio, deve-se levar em consideração que os Direitos Humanos “[...] são produções sócio- históricas geradas por atores sociais a quem e sobre quem se teoriza.” (RUBIO, 2014, p. 124). Esse argumento, assinalado pelo jusfilósofo Davi Sánchez Rubio, é de suma importância na medida em que expõe que a importância excessiva dada à dimensão jurídico-positiva dos Direitos Humanos acarreta numa “eficácia minimalista”, isto é, uma eficácia “[...] insuficiente frente ao número de violações que todos os dias acontecem no mundo e o tipo de garantias procedimentais que se estabelecem como resposta.” (RUBIO, 2014, p. 124).

Ainda conforme Davi Sánchez Rubio (2014, p. 124), “[...] junto com o reconhecimento normativo, a eficácia e a efetividade jurídica dos direitos humanos costuma ser o principal recurso utilizado para garanti-los” e, por esse motivo, a existência de tribunais de justiça para que se possa fazer denúncias bem como a existência de estados de Direito para a proteção dos direitos fundamentais não é algo a ser desprezado, é justamente o contrário disso. Mas a crítica tecida pelo autor é a de que superdimensionar esses elementos acarretará em efeitos nocivos para a humanidade. Para demonstrar esse raciocínio, o autor exemplifica:

Quantas violações de direitos humanos ocorrem todos os dias no mundo ou nos estados que se intitulam de direito? Com certeza são muitíssimas, incalculáveis. Quantas dessas violações são atendidas judicialmente, com sentença favorável e, além disso, efetiva? Sem dúvida, sendo generosos, a proporção é de 99,9999% de violações para 0,0001%. Portanto, algo ocorre quando nosso imaginário caminha por passagens tão limitadas. (RUBIO, 2014, p. 125).

Nesse sentido, cabe pontuar que os Direitos Humanos, nos quais se inclui o direito à saúde, não devem ser circunscritos a uma mera reivindicação postulatória decorrente de uma violação. Isso porque essa concepção pós-violatória dos Direitos Humanos imprime a ideia de que eles só existem quando já foram violados, “[...] não importando aquela dimensão da realidade que os constrói ou destrói antes da atuação do Estado.” (RUBIO, 2014, p. 126).

É por esse motivo que, a despeito da presente pesquisa apresentar dados que demonstrem o tratamento dispensado pelo poder judiciário frente à questão da violência obstétrica, parte-se do pressuposto de que o direito humano à saúde e a integridade física é algo imanente ao ser humano, resultante do protagonismo daqueles que, na condição de humanos, fazem gozo do referido direito. Reconhece-se, por óbvio, a importância da concepção jurídico-positivista, estatal e formalista na defesa dos Direitos Humanos, contudo, essa dimensão não deve ser tomada como última ou única, na medida em que, se assim o fosse, toda a complexidade desses direitos seria deixada em segundo plano. Essa noção mais complexa decorre de práticas sociais e ações humanas que empoderam os sujeitos e não se reduz a normas, instituições e teorias (RUBIO, 2014).

É por esse motivo que, apesar do dever estatal em fornecer meios para a concretização da saúde, é de suma importância que os cidadãos possuam liberdade e poder de escolha, seja em relação ao meio ambiente, à vida que pretendem levar, às condições de trabalho, aos recursos médico-sanitário que procurarão, os tratamentos aos quais se submeterão, entre outros.

Cabe pontuar que antes da promulgação da Constituição Brasileira de 1988 já haviam normas constitucionais abarcando a questão da saúde. Porém, foi a Constituição de 1988 que elevou a saúde à categoria de direito social-fundamental. Entretanto, é notório que a qualidade da prestação estatal depende do grau de desenvolvimento do Estado, de modo que a efetividade do direito à saúde é equânime ao grau de desenvolvimento da esfera pública.

Sendo assim, um país depende de diversos fatores para que possa garantir efetivamente a saúde aos seus cidadãos. No presente trabalho, foi analisada de forma breve a questão da violência obstétrica, precipuamente no que diz respeito ao grande número de cesarianas praticado no Brasil, e, posteriormente, foi realizada uma análise acerca do tratamento jurídico dispensado ao tema. Ademais, algumas decisões judiciais foram investigadas com o intuito de verificar o tratamento jurídico dispensado ao tema nas cortes superiores. Tanto os acórdãos quanto as decisões judiciais singulares aqui observadas foram coletadas por meio da pesquisa jurisprudencial nos sítios eletrônicos dos respectivos tribunais, utilizando como filtro de busca a palavra-chave “violência obstétrica” e termos correlatos referentes às práticas médicas consideradas violência obstétrica pela literatura.

DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Conforme aponta o jurista Luís Roberto Barroso (2009), a trajetória da saúde pública no Brasil inicia-se ainda no século XIX, quando a Corte portuguesa se mudou para o país. Já nesse período, algumas ações foram realizadas, precipuamente no tocante ao combate da lepra e da peste, bem como sobre o controle sanitário, especialmente sobre os portos e ruas. Porém, somente entre 1870 e 1930 que o Estado passou realizar algumas ações mais efetivas no campo da saúde, com a adoção do modelo “campanhista”, caracterizado pelo uso corrente da autoridade e da força policial. Esse modelo, a despeito dos abusos cometidos, obteve importantes sucessos no controle de doenças epidêmicas (BARROSO, 2009).

Enquanto se adotava o modelo “campanhista”, não havia ações públicas curativas, essas que ficavam restritas apenas aos serviços privados e à caridade. Foi a partir da década de 1930 que se iniciou a estruturação básica do sistema público de saúde, e ela também passou a realizar ações curativas. Nesse contexto, foram criados o Ministério da Educação e Saúde Pública e os Institutos de Previdência (IAPs), que proporcionavam serviços de saúde de caráter curativo, de modo que alguns desses IAPs possuíam, inclusive, hospitais próprios. Porém esses serviços restringiam-se à categoria profissional ligada ao respectivo instituto. Desse modo, a saúde pública não era universalizada em sua dimensão curativa. Ao longo do regime militar, houve a unificação dos IAPs, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Ligados ao INPS, foram criados o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social, de modo que todo trabalhador urbano com carteira assinada era contribuinte e beneficiário do novo sistema e, portanto, tinha direito a atendimento na rede pública de saúde. Porém grande parte da população brasileira não integrava o mercado de trabalho formal, e por isso continuava excluída do direito à saúde, ainda dependendo, como ocorria no século XIX, da caridade pública (BARROSO, 2009).

A partir do processo de redemocratização, intensificou-se o debate nacional sobre a universalização dos serviços públicos de saúde, de modo que o momento culminante do “movimento sanitarista” foi a Assembleia Constituinte, em que se deu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Restou estabelecido na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”, além de instituir o “[...] acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Assim, a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser direito de todos, independentemente de possuir vínculo empregatício ou não (BARROSO, 2009).

SAÚDE DAS MULHERES GESTANTES NO MUNDO E A PROTEÇÃO DA MULHER PARTURIENTE NO BRASIL

Segundo uma análise estatística feita pela ex-Diretora-Geral da Organização Mundial da Saúde, Margaret Chan, os anos reprodutivos ou férteis têm grande impacto na saúde geral e no bem-estar das mulheres, tendo em vista que somente a mulher enfrenta os desafios decorrentes da gravidez e do parto. Entre as dez principais causas de óbito em mulheres entre os 15 e 44 anos de idade, a gravidez e o parto correspondem a 14% das mulheres no mundo; 19,5% das mulheres em países de baixa renda; 6,8% em países de renda média e, nos países de alta renda, não se encontram entre as dez principais causas de óbito em mulheres, segundo estatísticas de 2004 (CHAN, 2011, p. 27).

Segundo a nova edição da Organização Mundial da Saúde, *World Health Statistics 2018*, muitas mulheres ainda sofrem e morrem devido a sérios problemas de saúde durante a gravidez e o parto. Em 2015, foram estimadas 303.000 mortes e, dessas, aproximadamente 99% em países de renda média e baixa. Para reduzir a mortalidade materna, faz-se necessário garantir que as mulheres tenham acesso a acompanhamento médico desde o início da gravidez até o pós-parto (WORLD HEALTH STATISTICS, 2018).

No entanto, conforme o relatório, estima-se que, em 2013, mais de 40% das mulheres grávidas do mundo não receberam os cuidados pré-natais, bem como, enquanto nos países de renda alta e renda-média alta mais de 90% dos nascimentos tiveram a presença de médico ou especialista, menos da metade de todos os nascimentos em países de renda baixa ou média foram atendidos por profissionais qualificados (WORLD HEALTH STATISTICS, 2018).

Portanto, fica evidente a relação entre o desenvolvimento de determinado país e a qualidade de saúde disponível. No Brasil, o Ministério da Saúde tem implementado medidas para melhorar o atendimento das mulheres na rede pública. Inclusive, em 2018, o tema da Semana de Mobilização pela Saúde das Mulheres no SUS, ação promovida pelo Ministério da Saúde, foi a redução da mortalidade materna.

Em 2015, o Ministério da Saúde divulgou dados que demonstraram uma taxa de cesáreas de 56% na população geral, sendo que, destes, aproximadamente 40% foram realizadas na rede pública (ZANARDO *et al.*, 2017). Em 2017, foram apresentados novos dados, os quais não demonstraram uma melhora efetiva em relação ao ano de 2015, contando com 41,9% de cesarianas realizadas pelo SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a).

Frente a essa perspectiva, na Semana de Mobilização pela Saúde das Mulheres no SUS, o Ministério da Saúde lançou um projeto para incentivar a realização de parto normal e diminuir o número de cesáreas na rede pública.

O projeto “Parto cuidadoso: monitoramento e adoção das boas práticas de atenção ao parto e nascimento” tem como objetivos: adoção de critério para melhor acompanhamento e estímulo ao parto normal (Classificação de Robson); utilização do painel *on-line* de acompanhamento das cesáreas; elaboração de plano de ação tripartite para redução das cesáreas desnecessárias nas maternidades do SUS a partir de abril de 2018; fortalecimento da implementação do Plano de Diretrizes do Parto Normal; e habilitar mais 20 Centros de Parto Normal no SUS. O referido projeto também visa atender 634 maternidades do Brasil, adotando as recomendações da OMS no monitoramento e redução das taxas de cesáreas desnecessárias, capacitando 300 enfermeiras obstétricas e obstetrias na atenção ao parto normal e intensificando as ações que promovam ações educativas na Atenção Básica. Também foi anunciado que, pela primeira vez, o Ministério da Saúde monitoraria *on-line* o número de cesarianas realizadas pelas maternidades, bem como foi informado que o painel estaria disponível a partir do dia 19 de março 2018 e gestores e usuáries do SUS poderiam acompanhar o monitoramento pelo site da Secretaria de Vigilância em Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b).

Da consulta ao *site* do Ministério da Saúde¹, pôde ser observado, pelo local de registro “nascidos vivos por ocorrência”, pela estatística “número de nascidos”, categoria “notificação de nascidos”, tipos de parto “todos” no Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos, que, em 2018, foram regis-

1 Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/infograficos/natalidade/>. Acesso em 28 jun. 2019.

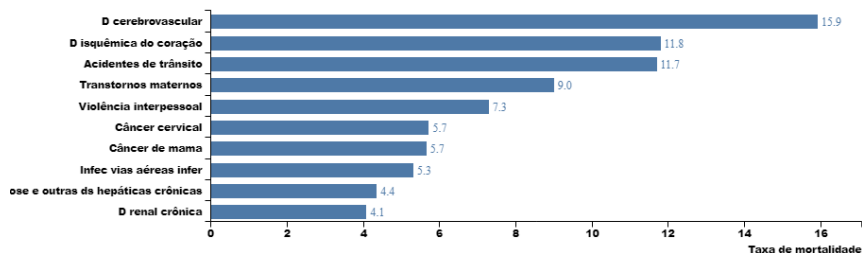
trados 2.542.400 nascimentos. Destes, o tipo de parto “cesáreo” teve um índice de 1.423.537, ou seja, em 55,99% dos nascidos vivos o nascimento se deu pelo parto cesáreo. Destes, a taxa de realização de cesáreas em estabelecimento de saúde público foi de 42,74% e em estabelecimento de saúde não público 67,62%. Dessa forma, ao se comparar os dados com o dos anos anteriores, percebe-se que, de um modo geral, houve em 2018 um aumento na realização de cesáreas feitas pelo sistema de saúde público.

Segundo a Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas (2015), ela é uma medida efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos. Além disso, segundo a declaração, ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10%-15% não estão relacionadas com a redução da mortalidade.

No Brasil, houve redução considerável da taxa de mortalidade das mulheres entre 15 e 49 anos por transtornos maternos. Conforme se extrai do painel de monitoramento da mortalidade no Brasil² do Departamento de Informação e Análise Epidemiológica vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde, na década de 90, entre as 10 principais causas de óbito de mulheres, os transtornos maternos encontravam-se em quarto lugar. Em comparação com o ano de 2017, a taxa de mortalidade por transtornos maternos caiu para o nono lugar.

Gráfico 1 – 10 principais causas de mortalidade de mulheres entre 15-49 no Brasil em 1990

10 principais causas de mortalidade em Brasil, feminino 15-49 anos, 1990

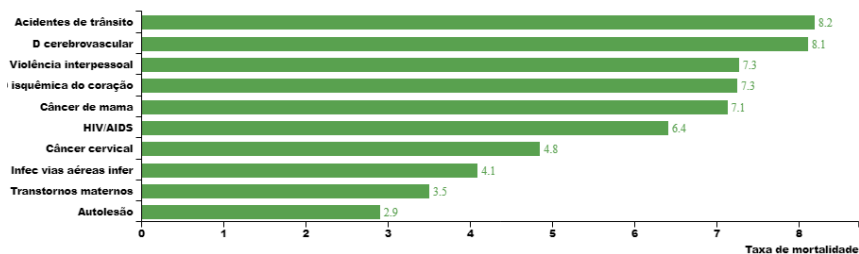


Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (1990)

2 Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>. Acesso em: 4 jul. 2019.

Gráfico 2 – 10 principais causas de mortalidade de mulheres entre 15-49 no Brasil em 2017

10 principais causas de mortalidade em Brasil, feminino 15-49 anos, 2017



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde (2017)

No entanto, de acordo com os dados fornecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde, o nono lugar só foi conquistado em 2010 e, até 2017, constata-se que houve pouca redução na taxa da mortalidade por transtornos maternos, permanecendo causa em nono lugar de óbito durante esses sete anos.

No entanto, é temerário falar em redução da mortalidade devido ao aumento de cesarianas. Conforme Tesser *et al.* (2015), os aumentos na taxa de cesarianas isoladamente não têm relação com a redução da mortalidade perinatal, mas sim, comparando-se às mulheres que optaram pela realização do parto normal, há um número maior da mortalidade, além de diversas complicações que apresentam risco para a mulher, como a internação na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), uso de antibióticos, necessidade de transfusão, histerectomia e tempo de permanência no hospital. Na verdade, a redução da mortalidade deve-se aos avanços nos cuidados relacionados à obstetrícia, como por exemplo, os cuidados no pré-natal.

Tendo sido feito esse primeiro panorama acerca da saúde das mulheres no mundo e no Brasil, constatou-se a dificuldade do país em atender as disposições da OMS em prol da garantia do direito à saúde das mulheres em idade reprodutiva.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES NOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA

A alta quantidade de cesáreas no Brasil guarda relação com a violência obstétrica, expressão ainda recente no país. Segundo artigo publicado por Tesser *et al.* (2015) na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC), foram propostas diversas definições para o termo “violência obstétrica”. Conforme explica Tesser *et al.* (2015, p. 3), a primeira tipificação acerca do tema ocorreu na Venezuela, e a legislação a definiu da seguinte maneira:

Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres.

Nesse sentido, o conceito de violência obstétrica se relaciona ao fenômeno do abuso de cesarianas. No Brasil, os níveis de cesarianas estão acima daqueles considerados equilibrados pela OMS. Esse fenômeno se deve à multiplicidade e complexidade dos fatores envolvidos, como os culturais, que se referem à medicalização do ideário das pessoas e das mulheres, fazendo com que a cesariana seja considerada um bem de consumo e uma intervenção segura (TESSER *et al.*, 2015).

A imposição de intervenções não consentidas, ou mesmo de intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas, viola o direito à informação, ao consentimento informado e às escolhas e preferências da parturiente (TESSER *et al.*, 2015). A indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão,

“pós-datismo” na 40ª semana etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais” etc.), ou a não informação dos danos potenciais de longo prazo dos modos de nascer (aumento de doenças crônicas nos nascidos, por exemplo), são aspectos que se relacionam aos altos índices desse tipo de intervenção no Brasil (TESSER *et al.*, 2015).

A cirurgia cesariana, quando necessária, salva vidas e diminui morbidades para a mulher e o conceito, porém esse efeito positivo não se mantém a partir de certa proporção de cesarianas (TESSER *et al.*, 2015).

No Brasil, a Lei n. 17.097/2017 do Estado de Santa Catarina, definiu em seu artigo 2º a violência obstétrica como: “[...] todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério”.

Muitas são as definições dadas pela literatura acerca da violência durante o parto. Conforme estudo realizado por D’Oliveira *et al.* (2002), existem quatro formas de violência que se manifestam no cenário do parto, quais sejam: a violência por negligência, a violência verbal e/ou psicológica, a violência física e a violência sexual. Essas formas de violência contribuem para fomentar a ideia de que o parto é uma experiência traumática.

Além disso, enquadra-se também no conceito de violência obstétrica qualquer procedimento realizado, no corpo da mulher ou no bebê, sem o devido consentimento da parturiente, abrangendo todos os períodos de atendimento, o pré-parto, o parto e pós-parto (NASCIMENTO NETO *et al.*, 2016).

Conforme Tesser *et al.* (2015), o abuso físico da parturiente envolve também o toque vaginal excessivo, as cesáreas e episiotomias desnecessárias, inclusive o uso desta última sem a anestesia e a manutenção da parturiente em posição que ela não deseje estar. Também são enquadradas como violência obstétrica outras categorias de violência, como imposição de intervenções não consentidas ou aceitas em decorrência de informações mal esclarecidas; o descuidado e o desrespeito em relação ao direito de privacidade (isso porque as maternidades muitas vezes possuem enfermarias de trabalho de parto

coletivo, as quais muitas vezes não possuem biombo ou cortinas para separar os leitos e, ainda, utilizam-se disso como justificativa para negar a presença de acompanhante); a discriminação baseada em certos atributos, como a escolaridade, cor da pele, classe social, estado civil, se a gravidez foi planejada; o abandono, a negligência ou a recusa a assistência, descaso com as mulheres mais queixosas; e no caso de discriminação na assistência ao aborto incompleto. Além disso, a pesquisa leva em consideração o excesso de intervenções consideradas ineficazes ou prejudiciais durante o parto.

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal de 2017, entende-se como parto normal aquele realizado sem o auxílio de fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo ocorrer intervenções baseadas em evidências, desde que haja necessidade para facilitar o progresso do parto e um parto vaginal normal, como a aplicação de ocitocina, ruptura artificial de membranas, alívio farmacológico da dor ou manobra ativa no terceiro período.

Conforme as diretrizes estabelecidas, os cuidados gerais durante o trabalho de parto devem proporcionar às mulheres um tratamento de respeito, que as informe de todas as decisões a serem tomadas quando baseadas em evidências e proporcione o direito a uma participação positiva durante o parto. Em relação à comunicação com a mulher, ficou estabelecido que o profissional deve cumprimentá-la com um sorriso, apresentando-se e explicando qual o seu papel no trabalho de parto, indagar sobre as necessidades da mulher, inclusive como ela gostaria de ser chamada, manter uma posição calma e confiante, demonstrando para a parturiente que tudo vai ocorrer bem, e questionar a mulher acerca do bem-estar dela e se algo em particular a preocupa.

Ainda, as diretrizes impõem que, nos casos da paciente já ter um plano de parto escrito, o profissional deve discutir com ela as possibilidades de aplicação dos procedimentos por ela planejados, levando em conta a unidade hospitalar e a assistência disponível, bem como os métodos e as técnicas possíveis; verificar se a paciente tem capacidade para se comunicar, devendo observar se ela apresenta alguma deficiência auditiva, visual

ou intelectual; fazer uma avaliação do conhecimento da mulher acerca dos procedimentos para o alívio da dor e oferecer uma explicação para que ela possa escolher qual o melhor método para ela, devendo solicitar permissão à mulher antes de realizar qualquer procedimento no corpo dela, focando na parturiente e não na tecnologia disponível.

Ainda, os profissionais devem encorajar as mulheres a se adaptarem ao ambiente de acordo com suas necessidades, bem como em relação aos acompanhantes, devem mostrar-lhes como podem ajudar a parturiente. Em relação à privacidade na sala de parto, o profissional deve bater na porta do quarto ou enfermaria antes de entrar, solicitando às outras pessoas que façam o mesmo, e, quando sair do quarto, avisar quando vai voltar, além de deixar a mulher bem informada acerca da transferência/troca de profissionais e também quando solicitar a opinião adicional.

Ademais, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal de 2017 aduzem quanto ao apoio físico e emocional, contínuo e individualizado, que todas as parturientes devem ter durante o trabalho de parto e parto. As mulheres não devem ser deixadas sozinhas, exceto por curtos períodos de tempo e também têm direito a um acompanhante de sua escolha, que não necessariamente deve ser do seu ciclo social.

Acerca da legislação brasileira, pode-se citar a Lei Federal n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS; a Lei Federal n. 11.108, de 7 de abril de 2005, conhecida como Lei do Acompanhante, que visa garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS; e a Lei n. 17.097/17, editada pelo Estado de Santa Catarina, que traz a definição de violência obstétrica, como já citado, e descreve as condutas consideradas como ofensa verbal ou física.

Apesar dessas recomendações e das disposições legais vigentes, a violência obstétrica é uma realidade no Brasil. As decisões judiciais também não são promissoras na proteção do direito das mulheres a um parto digno. Em pesquisa realizada por da Silva *et al.* (2017) que buscou analisar acordões

do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e Supremo Tribunal Federal (STF) acerca do tema no período entre 2010 a 2016, as pesquisadoras não obtiveram êxito em encontrar acórdãos com a expressão “violência obstétrica”, deixando claro que no Brasil, apesar da criação muitos programas para a redução do mau trato às parturientes, ainda há muita dificuldade para a efetiva proteção das mulheres.

Diante da inexistência de julgados utilizando a expressão “violência obstétrica”, as pesquisadoras utilizaram palavras-chave que caracterizam esse tipo de violência, como “episiotomia”, “manobra de Kristeller”, “cesárea lesão”, “lesão no parto”, “demora no parto” e “ocitocina”.

Pela palavra “episiotomia” foi encontrado apenas um acórdão no STF; pela expressão “manobra de Kristeller” foram encontrados dois acórdãos no STJ, e pela palavra “ocitocina” foi encontrado apenas um acórdão no STJ. Expressões como “lesão no parto”, “erro médico parto” e “demora no parto” apresentaram maiores resultados: dois acórdãos no STF e 15 no STJ corresponderam para “lesão no parto”; apontaram para “erro médico parto” 32 acórdãos no STJ, pela pesquisa por “demora no parto” resultaram três acórdãos no STF, seis no STJ e 29 no Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA). Do total destes julgados, a autora selecionou 36 deles para a análise de conteúdo.

A partir da análise desses acórdãos, a autora pôde criar diversas categorias, entre elas, a categoria dos “direitos e princípios violados”. Pela autora ficou constatado que houve violação do direito à vida, à saúde, aos direitos sexuais e reprodutivos, à informação, ao princípio da dignidade da pessoa humana e ao princípio da autonomia das mulheres gestantes.

Diante disso, realizou-se pesquisa em busca de jurisprudência acerca do tema no site do Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Utilizando a expressão “violência obstétrica” no campo de busca, foi possível encontrar apenas três acórdãos do Tribunal de Justiça e todos os recursos foram conhecidos e desprovidos pelo motivo de não verificação da responsabilidade civil objetiva. Cite-se dois deles:

APELAÇÃO CÍVEL INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. AUTORA QUE TEVE LACERAÇÃO DO PERÍNEO EM GRAU QUATRO E DESGASTE DO OSSO DA BACIA QUANDO DA REALIZAÇÃO DO PARTO NORMAL. ALEGADA INCAPACIDADE PARA O TRABALHO E PARA AS ATIVIDADES DO COTIDIANO. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. RECURSO DA AUTORA. EXAME PERICIAL REALIZADO MUITO TEMPO DEPOIS DO AJUIZAMENTO DA AÇÃO O QUE PODE TER MODIFICADO O QUADRO FÍSICO DA AUTORA. DEMORA QUE NÃO PODE SER ATRIBUÍDA AO PODER JUDICIÁRIO, POIS A AÇÃO FOI JUIZADA QUASE TRÊS ANOS PÓS A REALIZAÇÃO DO PARTO. ADEMAIS, LAUDO PERICIAL FUNDAMENTADO, OBJETIVO E CONCLUSIVO. ALEGAÇÃO DE QUE SOFREU VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE A REALIZAÇÃO DO PARTO. IMPERTINÊNCIA. LAUDO PERICIAL QUE AFIRMA A POSSIBILIDADE DE LACERAÇÃO DO PERÍNEO CASO O BEBÊ SEJA GRANDE OU A MÃE CONTRAIA O MÚSCULO PERINEAL NO MOMENTO DA EXPULSÃO. PERITO QUE CONSTATOU QUE A AUTORA NÃO APRESENTA NENHUMA PATOLOGIA EM DECORRÊNCIA DO PARTO. TESTEMUNHAS OUVIDAS QUE INFORMARAM A POSSIBILIDADE DE LACERAÇÃO DO PERÍNEO DURANTE O PARTO NORMAL E A CONDUTA ADEQUADA NO TRATAMENTO DO CASO DA AUTORA. DESGASTE ÓSSEO DA BACIA QUE PODE SER CAUSADO PELA GRAVIDEZ (NÃO PELO PARTO) E PELA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE REPETITIVA. AUSÊNCIA DE FALHA NOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO NOSOCÔMIO E DE PROVAS DO DANO ALEGADO. RESPONSABILIDADE OBJETIVA NÃO VERIFICADA. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. (SANTA CATARINA, 2019).

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 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. (SANTA CATARINA, 2018).

Do inteiro teor dos acórdãos, infere-se que se tratam de casos em que houve parto normal, sem indicação de cesárea, porém os requerentes alegam que ocorreu violência física e psicológica. A Lei n. 17.097/2017 foi invocada somente em sede recursal, motivo pelo qual o caso não foi apreciado nos termos dessa legislação.

No entanto, os recursos foram desprovidos pela falta de provas e as sentenças de improcedência foram mantidas, haja vista que ficou constatado a não ocorrência de violência ou esta não foi devida e suficientemente demonstrada.

Dessa forma, conclui-se que o termo “violência obstétrica” tem sido utilizado em demandas no Estado de Santa Catarina, porém a improcedência dos pedidos pode decorrer de diversos fatores processuais, como nesses casos em que a prova dos requerentes foi insuficiente.

A despeito da adoção por parte da legislação estadual do termo “violência obstétrica”, contata-se que a visão do judiciário catarinense não incorporou ainda o conceito de violência obstétrica, visto os poucos resultados obtidos nas buscas jurisprudenciais, haja vista também que a legislação sobre o tema é recente.

No entanto, ficou explícito nos acórdãos a dificuldade de comprovação da ocorrência da violência e as mulheres não podem ficar à mercê de uma resposta positiva do judiciário, até porque, se houve necessidade de buscar indenização posterior, significa que o direito possivelmente já foi violado. Cabe, portanto, ao Estado impor medidas efetivas para o melhor tratamento e proteção das parturientes.

CONCLUSÃO

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela realização de políticas públicas que assegurem o bem-estar e a saúde dos cidadãos, sem distinção de classe, gênero, cor ou qualquer outra forma de tratamento desigual. E diversos são os fatores implicados na efetividade e na garantia da saúde aos seus cidadãos. Sobre essa temática, verificou-se a questão da violência obstétrica, especificamente nas suas implicações quando do grande número de cesarianas praticado no Brasil.

As definições dadas pela literatura acerca da violência obstétrica abarcam aquelas que se manifestam em cenários de altas taxas de cesaria-

nas. Conforme as diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal de 2017, os cuidados gerais durante o trabalho de parto devem proporcionar às mulheres um tratamento de respeito, devendo elas serem informadas de todas as decisões a serem tomadas quando baseadas em evidências, tendo o direito a uma participação positiva durante o parto.

Apesar de já existir legislação tratando do assunto, ela é escassa. A análise acerca do tratamento jurídico dispensado ao tema demonstrou que, a despeito do elevado número de cesárias eletivas praticadas no Brasil, que por si só pode configurar violência obstétrica, quando as decisões relacionadas ao tema não analisam a questão à luz das definições contemporâneas do que vem a ser violência obstétrica, o que corrobora o entendimento de que a mera positivação de um direito não é pressuposto para efetivação desse direito, e que, portanto o direito à saúde não deve ser circunscrito a uma mera reivindicação postulatória decorrente de uma violação. É por esse motivo que as políticas públicas destinadas a assegurar o direito humano à saúde que dizem respeito à prevenção à violência obstétrica devem ser voltadas ao protagonismo da luta social, berço por excelência dos Direitos Humanos, e não tão somente na positivação normativa.

REFERÊNCIAS

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Jurisp. Mineira**, Belo Horizonte, a. 60, n. 188, p. 29-60, jan./mar. 2009. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/516/1/D3v1882009.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2021.

BOBBIO, Norberto. **Era dos Direitos**. 7. reimp. [s.l.]: Elsevier, 2014.

BULOS, U. L. **Curso de Direito Constitucional**. 11. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

BRASIL. **Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de

acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/2RuQfyt>. Acesso em: 30 mar. 2021.

BRASIL. [Constituição, 1988]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Emendas Constitucionais de Revisão. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. **Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 2 jun. 2019.

SANTA CATARINA. **Lei n. 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Governo do Estado de Santa Catarina, 2017. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 7 mar. 2019.

CHAN, M. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2011. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf?ua=1. Acesso em: 2 jun. 2019

D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women perpetrated within health care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, [s./l.], n. 359, p. 1.681-1.685, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Ministério da Saúde fará monitoramento online de partos cesáreos no país**. Brasília, DF, 2018a. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42714-ministerio-da-saude-fara-monitoramento-online-de-partos-cesareos-no-pais>. Acesso em: 25 mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Dia Internacional da Mulher**: fortalecer a participação com garantia dos direitos da mulher. Brasília, DF, 2018b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/07/coletiva-saude.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, DF: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, 2017.

NASCIMENTO NETO, J. O. do *et al.* Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. **Cad. da Escola de Direito**, Curitiba, v. 2, n. 25, p. 48-60, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre taxas de cesárea**. Human Reproduction Programme. Genebra: OMS, 2015. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=C976EA8C4E711A2E1BAB1C9DC198B0CB?sequence=3. Acesso em: 4 jul. 2019.

RUBIO, D. S. **Encantos e desencantos dos Direitos Humanos**: de emancipações, libertações e dominações. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2014.

SANTA CATARINA. **Apelação Cível n. 0011832-34.2013.8.24.0033**. Relator: Des. Pedro Manoel de Abreu. Itajaí: Supremo Tribunal de Justiça de Santa Catarina (TJSC), 23 de julho de 2019. Disponível em: <https://tj-sc.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/736230147/apelacao-civel-ac-218862620128240023-capital-0021886-2620128240023/inteiro-teor-736230319>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SANTACATARINA. **Apelação Cível n. 1022397-70.2013.8.24.0023**. Relator: Des. Pedro Manoel de Abreu. Itajaí: Supremo Tribunal de Justiça de Santa Catarina (TJSC), 26 de setembro de 2018. Disponível em: <https://tj-sc.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/631032152/apelacao-civel-ac-10223977020138240023-capital-1022397-7020138240023/inteiro-teor-631032236>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Principais causas de morte:** 10 principais causas de mortalidade em Brasil, feminino, 15-49 anos, 2017. Brasília, DF: Departamento de Informação e Análise Epidemiológica [2017]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>. Acesso em: 12 jul. 2019.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Principais causas de morte:** 10 principais causas de mortalidade em Brasil, feminino, 15-49 anos, 1990. Brasília, DF: Departamento de Informação e Análise Epidemiológica [1990]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>. Acesso em: 12 jul. 2019.

SILVA, A. da *et al.* Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. **Rev. Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 2.430-2.457, 2017.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev. bras. Med. de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/879075/1013-7112-1-pb.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2018:** monitoring health for the SDGs sustainable development goals. World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 13 jul. 2019.

ZANARDO, G. L. de P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, e155043, jul. 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acesso em: 25 mar. 2021.