

ALESSANDRA VARRONE
DE ALMEIDA PRADO SOUZA

DIREITO MÉDICO

3ª edição
revista, atualizada
e reformulada

2026

 EDITORA
*Jus*PODIVM
www.editorajuspodivm.com.br

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

10.1 CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Nos últimos anos, telejornais e mídias digitais vêm publicando diversas notícias, de acontecimentos, em todo o mundo, de pacientes que sofreram violência durante a assistência obstétrica. Relatos como morte durante o parto, agressões físicas e verbais e sequelas permanentes advindas durante o atendimento médico vêm, cada vez mais, ganhando atenção do público em geral.

Mas, diante de tantas notícias sobre violência durante o principal momento da vida de uma mulher, como se compreende a violência obstétrica? Esse tipo de violência se caracteriza pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, por meio do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de as mulheres decidirem livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida delas.

Em outras palavras, considera-se violência obstétrica 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 (art. 34, da Lei Estadual de Santa Catarina nº 18.322/2022).

O objetivo principal do enfrentamento dessa violência é impedir a ação ou omissão direcionada à mulher durante o período gestacional e puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticado sem o consentimento ou desrespeite a autonomia da mulher. Este tipo de violência pode ocorrer em face da mulher desde a concepção até 42 dias depois do nascimento do nascituro.

É direito da gestante e da parturiente um tratamento respeitoso para, conseqüentemente, permitir que o processo natural do parto ocorra de maneira progressiva e sem a necessidade de grandes (e, algumas vezes, desnecessárias) intervenções. A inobservância desse direito, desemboca em um dos tipos de violência obstétrica, que, quando ocorrida, principalmente durante o trabalho de parto, retrai a mulher e impede que o processo de trabalho de parto evolua de maneira natural. Um bom exemplo da consequência da violência é a falsa compreensão de que nem todas as mulheres dos tempos atuais conseguem suportar as dores e horas de trabalho de parto. A propagação dessa errônea informação induz o entendimento de que a cesariana deve ser compreendida como a primeira opção para muitas mulheres com a falsa impressão de ser mais seguro e livre de complicações.

A prática dessa violência está diretamente ligada à inobservância do direito à autonomia da mulher, ou seja, a liberdade de exprimir o desejo e concordância com o procedimento médico que será realizado. Como qualquer procedimento médico, a paciente/parturiente tem o direito à informação sobre as opções de métodos médicos disponíveis e a decisão deve ser compartilhada entre a paciente e o profissional.

Recente pesquisa do Nascer no Brasil II, sobre a violência obstétrica no estado do Rio de Janeiro, conclui que:

A prevalência total de violência obstétrica total foi de 65,3%. Os tipos de violência obstétrica mais prevalentes foram toques vaginais inadequados (46,2%), negligência (31,5%) e abuso psicológico (21,7%). Destaca-se que características socioeconômicas como baixa escolaridade, ausência de emprego, recebimento de algum benefício governamental e ter tido o parto com financiamento público se mostraram mais presentes entre as mulheres vítimas de diferentes tipos de violência obstétrica. Outras características como idade \geq 35 anos, entrar em trabalho de parto e ser primípara apresentaram maiores prevalências de violência obstétrica. A coocorrência dos quatro tipos de violência obstétrica mais prevalentes (abuso psicológico,

negligência, estigma e discriminação e toques vaginais inadequados) foi de 3%.

Embora pouco compreendida na sociedade atual, essa violência ocorre quando a mulher é tratada, durante o trabalho de parto, de maneira desrespeitosa, com “ameaças veladas” e constrangimentos desnecessários por parte da equipe de profissionais da saúde. Em muitos casos, a parturiente pode ter prejudicada a dilatação uterina e consequente parada de progressão do parto, o que resultará na opção da cirurgia cesariana como necessária via de parto.

Diante de histórias e depoimentos de partos traumáticos e desastrosos, passou-se a aceitar que é mais seguro os nascimentos advindos de cesariana do que o vaginal. Vale ressaltar que, neste estudo, a discussão proposta não será sobre casos em que a cesariana é realmente necessária e é capaz de salvar vida da parturiente e de seu nascituro. Esse tipo de cirurgia é decorrente da evolução da Medicina e deve ser utilizada em casos indicados com base em evidências médicas.

Contudo, o excesso indiscriminado da cirurgia cesariana pode colocar a saúde da genitora e do recém-nascido em grande perigo sem a real necessidade. Junto ao excesso de cirurgias desnecessárias, há em nosso país a assistência obstétrica insuficiente, o que acarreta altos índices de mortalidade materna e neonatal durante o trabalho de parto. Vejamos.

O aumento de nascimentos por partos cesáreos eletivos ocasiona nascimentos prematuros com desenvolvimento imunológico incompleto, aumentos de mortes maternas decorrentes de hemorragias, infecções e sepses causadas pela cirurgia eletiva. A Organização Mundial de Saúde emitiu um relatório em 2014 (*Partnership for Maternal, Newborn and Child Health*) em que reconhece a relação entre mortalidade materna e neonatal ao abuso de cesarianas no país (Relatório OMS – PMNCH 2014).

Por ser procedimento cirúrgico, a cesariana por si só envolve o risco natural de qualquer cirurgia e a sua indicação indiscriminada acarreta, como consequência, maior risco de morte materna e neonatal.

Segundo pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada pelo Instituto Fiocruz, estudos relacionados com crianças nascidas de cesariana eletiva ocorrida entre a 37^a e 38^a semanas, não sendo consideradas

prematuros, demonstram que, embora aparentemente saudáveis, são mais frequentemente internadas em UTI neonatal, apresentam problemas respiratórios, maior risco de mortalidade e déficit de crescimento. Essa pesquisa vai ao encontro do levantamento da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que é 120 vezes maior a chance de bebês nascidos por meio de cesariana apresentarem problemas respiratórios agudos (Informações sobre problemas respiratórios advindos de partos cesáreos).

Nos partos ocorridos no Brasil e na rede pública, o parto vaginal ocorre em 65% dos casos, enquanto há 35% de cesarianas. Já nas redes particulares, a cesariana é esperada em 83% dos partos e 17% de partos vaginais, contudo, para a OMS, a cesariana deve ocorrer em apenas 15% dos partos! Mesmo diante do elevado risco, esse tipo de parto continua sendo a principal escolha entre a gestantes e equipes médicas com a falsa justificativa de apresentar maior segurança ao feto e parturiente.

O aumento de cesarianas acarreta a maior incidência de prematuridade de neonatos, o que resulta em maior incidência e permanência em UTI neonatal e, não menos importante, impossibilita o vínculo materno-fetal logo após o nascimento.

A primeira hora de vida do nascituro (conhecida também como “hora de ouro”) é fundamental para estabelecer o vínculo entre mãe e filho, estimular a amamentação e prevenir a incidência de anemia na primeira infância.

Diante dessas informações, questiona-se o motivo de a cesariana ainda ser a principal opção de parto para as gestantes no Brasil e a resposta parece estar umbilicalmente relacionada a incidência de violência na assistência obstétrica das parturientes.

Antes de adentrar na classificação das formas de violência obstétrica, é indispensável compreender que há uma multiplicidade de condutas praticadas no contexto do pré-parto, parto e pós-parto que podem configurar tratamento violento, degradante ou desumanizado à gestante e à parturiente.

Nesse sentido, antes da análise segmentada de cada modalidade, revela-se pertinente destacar exemplos concretos de práticas reconhecidas pelo legislador catarinense como caracterizadoras de violência

obstétrica, o que contribui para a adequada compreensão do instituto e de seus contornos jurídicos.

Considera-se **ofensa verbal ou física**, dentre outras condutas, as seguintes práticas:

- tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira ou por qualquer meio que a faça sentir-se humilhada ou inferiorizada pelo atendimento recebido;
- ridicularizar, censurar ou recriminar a mulher por manifestações naturais do parto, como gritar, chorar, demonstrar medo, vergonha ou expressar dúvidas;
- fazer comentários jocosos ou recriminações acerca de características físicas ou atos fisiológicos, como obesidade, presença de pelos, estrias, evacuação ou situações semelhantes;
- desconsiderar ou ignorar as queixas, dúvidas e manifestações da mulher durante a internação e o trabalho de parto;
- tratar a parturiente de forma infantilizada ou autoritária, utilizando diminutivos, apelidos ou comandos que a coloquem em posição de incapacidade ou submissão;
- induzir a gestante a acreditar na necessidade de cesariana sem indicação clínica real, valendo-se de riscos hipotéticos, imaginários ou não comprovados, sem explicação clara e adequada dos riscos envolvidos para ela e para o bebê;
- recusar atendimento ao parto, considerando tratar-se de situação de emergência médica;
- promover a transferência da gestante ou parturiente sem prévia confirmação de vaga, garantia de atendimento ou avaliação do tempo seguro de deslocamento;
- impedir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- restringir injustificadamente a comunicação da parturiente com o meio externo, vedando o uso de telefone celular, contato com familiares, circulação ou diálogo com seu acompanhante;

- submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, tais como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, exposição em posição ginecológica com portas abertas ou realização de exame de toque por múltiplos profissionais;
- deixar de oferecer ou aplicar anestesia quando solicitada pela parturiente e clinicamente indicada;
- realizar episiotomia sem que haja efetiva e comprovada necessidade;
- manter mulheres privadas de liberdade algemadas durante o trabalho de parto;
- executar qualquer procedimento sem consentimento prévio ou sem explicação clara, acessível e adequada quanto à sua necessidade e finalidade;
- retardar, sem justificativa, a acomodação da mulher no quarto após o parto;
- submeter a mulher e/ou o recém-nascido a procedimentos exclusivamente para fins de treinamento de estudantes, sem consentimento;
- realizar, de forma rotineira e sem indicação clínica, aspiração, injeções ou outros procedimentos em recém-nascido saudável na primeira hora de vida, antes do contato pele a pele e da amamentação;
- impedir o alojamento conjunto e a amamentação em livre demanda, salvo quando houver necessidade clínica devidamente justificada;
- deixar de informar mulheres com mais de 25 anos ou com mais de dois filhos sobre o direito à realização gratuita de laqueadura tubária em hospitais públicos ou conveniados ao SUS;
- tratar o pai do bebê como simples visitante, restringindo injustificadamente seu acesso para acompanhar a parturiente e o recém-nascido em qualquer horário.

Esses exemplos evidenciam que a violência obstétrica não se limita a agressões físicas, abrangendo também práticas simbólicas, psicológicas, institucionais e informacionais que violam a dignidade,

a autonomia e os direitos fundamentais da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

10.2 FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Em todo mundo, é aceito que existem três formas de violência obstétrica: física, verbal e moral ou psicológica.

10.2.1 Física

É considerada violência física à gestante e parturiente aquela ação de membro da equipe médica que cause danos a sua integridade física. O exemplo muito comum no parto vaginal é a episiotomia, que, na maioria dos casos, é realizada sem o consentimento da paciente ou até mesmo sem a transmissão de informação para que seja fornecido anuência na realização do ato.

Episiotomia é o procedimento cirúrgico que consiste no corte da musculatura perineal da vagina em direção ao ânus ou da vagina, a caminho da perna direita da paciente, em um ângulo em torno de 45°.

O Ministério da Saúde editou novas Prerrogativas Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2018) e determinou que não deve ser utilizada episiotomia de rotina em partos vaginais espontâneos. Portanto, a utilização do corte no períneo deve ser realizada somente em casos excepcionais e quando for considerado fundamental para a saúde da parturiente e do nascituro. Antes dessa recomendação, era aceitável a prática desse procedimento médico em até 10% dos partos vaginais, contudo, hoje, considera-se aceitável somente em casos em que forem necessários para saúde materna e do nascituro.

No início de 2025, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 353/2017 em que aprova as novas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, dentre as novas prerrogativas está a não realização de episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo e assegurar, a parturiente, a analgesia efetiva antes da realização de episiotomia, quando indicada.

O objetivo principal dessa regulamentação é impedir a episiotomia de rotina, ou seja, que a manobra médica seja realizada vulgarmente nos partos vaginais. A preocupação é a prevenção de infecção no local,

dificuldade de cicatrização e prejuízo à saúde sexual feminina. Sem contar com a possibilidade de contágio de bactérias, principalmente nos casos em que o corte é realizado entre a vagina e o ânus, além da também possibilidade de fibrose no local que acarretará dor durante o ato sexual e mudança na aparência da vagina.

A episiotomia é praticada sob a justificativa de evitar a laceração ocasionada com a passagem do nascituro pelo canal vaginal e, conseqüente, garantir a sua preservação, contudo, a cicatrização da laceração é considerada mais rápida e menos prejudicial do que o procedimento médico realizado pela equipe médica.

Para complementação do estudo, tem-se a jurisprudência:

Ementa: DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA. ERRO MÉDICO. PARTO NORMAL. USO INADEQUADO DE FÓRCEPS E EPISIOTOMIA SEM CONSENTIMENTO. DANO MORAL CONFIGURADO. MAJORAÇÃO DA INDENIZAÇÃO. RECURSO PROVIDO. I. CASO EM EXAME. 1. Recurso inominado interposto pela autora pleiteando a majoração da indenização por danos morais, em razão de erro médico decorrente da realização de episiotomia e do uso de fórceps para acelerar o parto, sem justificativa e sem o consentimento da paciente. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO. 2. A questão em discussão consiste em definir se a indenização por danos morais fixada em razão de erro médico durante o parto deve ser majorada, considerando a conduta do médico e os danos suportados pela autora. III. RAZÕES DE DECIDIR. 3. O erro médico restou comprovado pela perícia, que constatou a desnecessidade da episiotomia e da utilização do fórceps, bem como a execução inadequada do procedimento, colocando em risco a integridade física da mãe e do recém-nascido. 4. As provas produzidas nos autos demonstram que o médico obstetra realizou os procedimentos sem o consentimento da paciente e de seu acompanhante, violando princípios bioéticos e o direito à autonomia da gestante. 5. A negligência e a imprudência do profissional foram evidenciadas pela falta de revisão adequada após o parto, resultando em hemorragia grave e necessidade de transfusão sanguínea. 6. A parte autora se desincumbiu de seu ônus de provar os danos morais causados pela conduta negligente e imprudente do médico na realização do parto, a teor do art. 373, II, do CPC. 7. Assim, considerando que a indenização por danos morais deve atender à dupla função compensatória e pedagógica, evitando valores ínfimos ou desproporcionais, a majoração do quantum indenizatório para R\$ 20.000,00 mostra-se necessária diante das peculiaridades do caso. IV. DISPOSITIVO E TESE8. Recurso conhecido e provido. Tese de julgamento: 1.

A comprovação da negligência e imperícia médica na realização do parto pelo uso desnecessário de fórceps e a realização de episiotomia sem consentimento da paciente configuram erro médico, ensejando a indenização dos danos causados. 2. A indenização por danos morais deve considerar a gravidade do erro, o sofrimento causado à vítima e a função pedagógica da reparação. Dispositivos relevantes: CPC, arts. 99, §§ 2º e 7º; Lei nº 9.099/1995, art. 55. Jurisprudência relevante: TJPR, Apelação Cível nº 0002498-21.2017.8.16.0077, Rel. Des. Eduardo Casagrande Sarrão, 3ª Câmara Cível, j. 04.07.2022. (TJ-PR 00569798420218160014 Londrina, Relator.: Leo Henrique Furtado Araujo, Data de Julgamento: 05/06/2025, 4ª Turma Recursal, Data de Publicação: 06/06/2025).

E:

DIREITO CIVIL E ADMINISTRATIVO. APELAÇÃO CÍVEL. JUSTIÇA GRATUITA INDEFERIDA. PAGAMENTO DO PREPARO RECURSAL AO FINAL DO PROCESSO. RESPONSABILIDADE CIVIL. HOSPITAL. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. ÓBITO DE RECÉM-NASCIDO. DANO MORAL CONFIGURADO. MANUTENÇÃO DO VALOR INDENIZATÓRIO. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. DECISÃO UNÂNIME. I. Caso em exame 1. Apelação contra sentença que condenou hospital ao pagamento de R\$200.000,00 por danos morais decorrentes de violência obstétrica que resultou em óbito do recém-nascido. II. Questão em discussão 2. A questão em discussão consiste em: (i) verificar a necessidade de prova pericial; (ii) analisar a responsabilidade do hospital pelos danos causados à parturiente; (iii) examinar a adequação do montante indenizatório fixado. III. Razões de decidir. 3. Determinação de pagamento do preparo recursal ao final do processo. Desnecessidade de prova pericial quando os elementos probatórios já constantes dos autos são suficientes para formar o convencimento do julgador. 4. A responsabilidade civil de hospital privado prestador de serviço público é objetiva, nos termos do art. 37, § 6º da CF/88. 5. A indenização pelo dano moral não tem o objetivo de reparar a dor, mas de compensá-la de alguma forma, minimizando o sofrimento da apelada que sofre em razão do falecimento precoce de seu filho e pela violência obstétrica sofrida quando da prática de manobra proibida. 6. O quantum indenizatório de R\$ 200.000,00 mostra-se adequado e proporcional à gravidade do dano, considerando o óbito do recém-nascido e as sequelas físicas e psicológicas causadas à genitora. IV. Dispositivo e tese. 7. Tese de julgamento: “A prática de manobra de Kristeller e episiotomia sem consentimento, resultando em danos à parturiente e óbito do recém-nascido, configura violência obstétrica e gera dever de indenizar do hospital.” 8. Recurso conhecido e não provido. Decisão unânime. (TJ-AL - Apelação Cível: 07002131420228020017

Limoeiro de Anadia, Relator.: Des. Carlos Cavalcanti de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 20/02/2025, 2ª Câmara Cível, Data de Publicação: 21/02/2025)

Outro ato médico que pode causar grande prejuízo para a saúde materna e do nascituro é a **manobra de Kristeller**, até pouco tempo ensinada nas faculdades de medicina como uma conduta necessária para ajudar o nascimento do feto em partos vaginais. Consiste em um profissional se colocar sobre a barriga da parturiente durante o trabalho expulsivo do parto e pressionar a barriga com movimentos que acarretem a expulsão do feto pelo canal vaginal. Esse procedimento não é mais permitido porque pode ocasionar lesões no nascituro, como fraturas no crânio e clavícula, e na parturiente pode causar fraturas nas costelas e consequente perfuração no pulmão.

Nesse sentido, tem-se a jurisprudência:

APELAÇÃO. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. ERRO MÉDICO. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. I. Caso em Exame 1. Ação indenizatória por danos morais decorrentes de imperícia médica e violência obstétrica durante parto realizado em 17/01/2018. A autora alega que manifestou opção por parto cesariano, mas foi submetida a parto normal com aceleração por medicamentos, imobilização por amarração de pernas, manobra de Kristeller e episiotomia, resultando em rutura perineal, retocele e incontinência fecal, com necessidade de cirurgia reparadora posterior. Primeira sentença de improcedência anulada para reabertura da instrução. Nova sentença julgou procedente o pedido, condenando as rés ao pagamento de R\$ 15.000,00 por danos morais. Apelações da Fazenda Pública do Estado de São Paulo, da autora e da Santa Casa de Misericórdia de Barretos. II. Questão em Discussão 2. (i) Ilegitimidade passiva da Fazenda Pública do Estado de São Paulo. (ii) Responsabilidade civil da Santa Casa de Misericórdia de Barretos por imperícia médica e violência obstétrica. (iii) Termo inicial dos juros de mora e adequação do valor indenizatório. III. Razões de Decidir 3. A Fazenda Pública do Estado de São Paulo não possui legitimidade passiva, pois o atendimento médico foi prestado por um hospital privado conveniado ao SUS sob gestão municipal, conforme art. 18, X, da Lei nº 8.080/90. 4. A responsabilidade civil do hospital por erro médico é subjetiva. No caso em tela, a prova oral colhida demonstrou que a autora foi submetida a práticas médicas que violaram sua autonomia e direitos da personalidade, configurando dano moral indenizável. IV. Dispositivo 5. Recurso da Fazenda Pública provido para reconhecer sua ilegitimidade passiva e extinguir o processo sem resolução de mérito. Recurso da

Santa Casa desprovido. Recurso da autora parcialmente provido para fixar o termo inicial dos juros moratórios na data do evento danoso. Legislação Citada: CF/1988, art. 37, § 6º; art. . 196. CPC, arts. 341, 479 e 485, VI. Lei Federal nº 8 .080/90, art. 18, X. Lei Estadual nº 17.137/19. Jurisprudência Citada: STJ, EREsp n. 1.388.822/RN, Rel. Min. Og Fernandes, Primeira Seção, j. 13/05/2015, DJe 03/06/2015. TJSP, Apelação Cível 1001061-06 .2020.8.26.0024, Rel. Des. Maria Laura Tavares, 5ª Câmara de Direito Público, j. 25/08/2025. TJSP, Apelação Cível 1003636-03 .2021.8.26.0266, Rel. Des. J.L. Mônaco da Silva, 5ª Câmara de Direito Privado, j. 19/03/2025. TJSP, Apelação Cível 1006169-30.2018.8 .26.0624, Rel. Des. Heloísa Mimessi, 5ª Câmara de Direito Público, j. 11/07/2022. (TJ-SP - Apelação Cível: 10010097820208260066 Barretos, Relator.: Eduardo Prativiera, Data de Julgamento: 20/10/2025, 5ª Câmara de Direito Público, Data de Publicação: 20/10/2025)

E:

DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DIREITO DO CONSUMIDOR. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO INDENIZATÓRIA POR DANOS MORAIS, MATERIAIS E ESTÉTICOS. JUSTIÇA GRATUITA. ENTIDADE FILANTRÓPICA. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA. DENÚNCIAÇÃO À LIDE DA SEGURADORA. RELAÇÃO DE CONSUMO. VEDAÇÃO LEGAL. MANUTENÇÃO DA DECISÃO. RECURSO DESPROVIDO. I. Caso em exame. 1. Agravo de Instrumento interposto por hospital filantrópico contra decisão que indeferiu o pedido de gratuidade da justiça e rejeitou a denúncia à lide da seguradora, nos autos de ação de indenização por violência obstétrica decorrente de manobra de Kristeller. II. Questões em discussão. 2. As questões submetidas à análise consistem em: (i) verificar se o hospital agravante faz jus aos benefícios da justiça gratuita; (ii) aferir a possibilidade de denúncia à lide da seguradora contratada, à luz do regramento das relações de consumo. III. Razões de decidir. 3. A concessão de gratuidade à pessoa jurídica exige comprovação robusta de hipossuficiência, conforme Súmula 481 do STJ, o que não foi demonstrado nos autos. A elevada capacidade operacional do hospital evidencia fluxo financeiro incompatível com a alegação de impossibilidade de arcar com os encargos processuais. 4. A denúncia da lide é vedada nas ações fundadas em responsabilidade por fato do serviço nas relações de consumo, nos termos do art. 88 do CDC, sendo a jurisprudência pacífica quanto à inaplicabilidade do instituto nesse contexto. 5. O pedido subsidiário de chamamento ao processo não foi apreciado pelo juízo de origem, sendo vedado seu exame em grau recursal sob pena de supressão de instância. IV. Dispositivo e tese. 6. Recurso de Agravo de Instrumento desprovido. Tese de julgamento: “1. A pessoa jurídica sem fins

lucrativos não faz jus à gratuidade da justiça sem comprovação efetiva de sua incapacidade financeira. 2. É vedada a denúncia à lid nas ações de responsabilidade por fato do serviço fundadas em relação de consumo, nos termos do art. 88 do CDC.” Dispositivos relevantes citados: CPC/2015, art. 99, §2º; CDC, arts. 3º e 88. Jurisprudência relevante citada: STJ, AgRg no REsp 1.288.943/SP, Rel. Min. João Otávio de Noronha, j. 15/09/2015; STJ, AgRg no REsp 1.523.269/RJ, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, j. 25/08/2015; TJ-MT, AI 1024172-69 .2024.8.11.0000, Rel. Des. Serly Marcondes Alves, j. 16/10/2024. (TJ-MT - AGRAVO DE INSTRUMENTO: 10130693120258110000, Relator.: LUIZ OCTAVIO OLIVEIRA SABOIA RIBEIRO, Data de Julgamento: 30/07/2025, Vice-Presidência, Data de Publicação: 30/07/2025).

Outro exemplo frequente da violência física sofrida pela parturiente é submetê-la a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica (**litotomia**) realizada em local aberto com exposição desnecessária da intimidade da mulher e **exame de toques** praticado por mais de um profissional, sem autorização. Em relação ao exame de toque, diversas leis estaduais, que visam erradicar a violência obstétrica, estabelecem que o procedimento médico deve ser realizado por um único profissional e não empregado para treinamento de médicos residentes e estudantes de medicina. Nesse caso, o legislador visa evitar que, durante o trabalho de parto, a parturiente tenha sua privacidade exposta a vários estudantes para que estes pratiquem, na paciente, o que estudaram em livro, a exemplo, como é realizado exame de toque.

Durante o trabalho de parto, deve ser respeitada a vontade da paciente em se movimentar e caminhar pela sala de parto sem qualquer intervenção ou imposição de posição ginecológica, além da possibilidade de comunicar-se com o mundo exterior e com familiares que estejam em sua companhia. A título de informação, o trabalho de parto para primíparas (primeiro parto da parturiente) demora em média 18 horas e para multíparas (parturientes que já passaram pela experiência do parto) em torno de 15 horas, portanto, é um período considerado longo para que a paciente seja impedida de comunicação com o mundo exterior e sem movimentação física.

Outra conduta que ainda é considerada comum é a *indução* desnecessária ao *trabalho de parto* por meio de medicamentos que provoca grande sofrimento na parturiente. Para acelerar a progressão da dilatação do canal vaginal, é comum que o profissional da saúde opte pelo

uso de medicamentos, como “ocitocina”, com o objetivo de garantir rapidamente o nascimento do bebê. Contudo, nem todos os casos há indicação do uso do medicamento, uma vez que, devido à aceleração do trabalho de parto, a parturiente é exposta a um aumento substancial da dor.

Conforme mencionado anteriormente, a cesariana nem de longe é um procedimento simples e que não envolve riscos. A realidade é que a morte materna decorrente da cesariana é 3,5 vezes maior que no parto normal, ou seja, desmitifica a alegação de que é opção mais segura para parturiente e o feto, uma vez que possui maior risco de complicações.

Para o procedimento, é necessário que a paciente seja anestesiada (raque ou peridural) e o médico precisará efetuar cortes em sete camadas da pele para alcançar o útero e, após o corte, retirar o nascituro e a placenta. Com o nascimento, a parturiente precisará permanecer internada com acompanhamento médico até que se convalesça e possa ter alta hospitalar. Mesmo com os riscos inerentes que envolvem uma cirurgia e os riscos específicos que a cesariana pode causar, ainda é a via de parto mais praticada para as gestantes e médicos no Brasil.

10.2.2 Verbal

É caracterizada como ofensa verbal aquela proferida pelo profissional da instituição de saúde durante o atendimento à parturiente ou puérpera. Portanto, é considerada ofensa a / à mulher o tratamento verbal proferido de maneira grosseira, agressiva e zombeteira ou de qualquer forma que faça com que a mulher se sinta mal pelo tratamento recebido, fazer piadas sarcásticas ou recriminar a mulher grávida ou parida por gritos, choro, medo e vergonha, por sua condição física, como obesidade, estrias, evacuação, ignorar queixas e solicitações da mulher grávida e parturiente. Em outras palavras, toda tratativa da equipe médica voltada a ofensas, diminuição ou coisificação da mulher é considerada violência obstétrica.

Como exemplo, os apelidos em diminutivos dado a mulher assim que ingressa no hospital, como “mãezinha”, ou ainda frases em tom de ameaças como “se você não parar de gritar, não poderei te ajudar” ou “na hora de fazer, não gritou” demonstram a falta de respeito com a mulher enquanto paciente dentro da unidade nosocomial.

Outra reclamação frequente é que, durante o trabalho de parto e pós-parto, seja negada a paciente o direito de estar acompanhada do genitor do nascituro ou de qualquer pessoa de sua confiança, conforme estabelece a Lei nº 11.108/05 e que obriga os hospitais conveniados ao SUS a permitirem a entrada do acompanhante durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto.

Algumas leis estaduais que dispõem sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, assegurando o direito das mulheres de serem informadas sobre os procedimentos que são realizados durante o pré-natal e o parto, incluindo seus riscos e benefícios, como também o direito de escolha a forma como é assistida durante o parto, incluindo a presença de acompanhante de sua escolha e de receber atendimento digno e respeitoso durante o pré-natal e o parto, sem qualquer forma de discriminação (art. 3º da Lei Distrital nº 7.161/2024).

A intenção do legislador foi garantir que a paciente e seus familiares tenham acesso a informações condizentes com a capacidade intelectual dos mesmos e que a decisão do procedimento seja compartilhada entre a paciente e o médico. Essa previsão normativa é fundamentada na frequente insatisfação da parturiente em não receber do profissional informações compreensíveis de sua real situação e necessidade da conduta perpetrada pelo profissional.

Violências como essas, abalam o emocional da parturiente e, conseqüentemente, prejudicam a produção natural do hormônio chamado ocitocina, que é o hormônio produzido pelo organismo para produzir contrações uterinas e intensificar o trabalho de parto. Com isso, acarreta a parada de progressão da dilatação no canal vaginal e retardamento do trabalho de parto. E após horas de dores físicas e emocionais, as parturientes, muitas vezes, acabam por sucumbir à cesariana. Sendo assim, a violência não se caracteriza por apenas um ou dois atos, ela se insere na cultura de coisificação e diminuição da mulher em um momento de fragilidade, que reclama e necessita de amparo.

10.2.3 Moral ou psicológica

A violência moral ou psicológica, como o próprio nome se refere, atinge o emocional da paciente e se concretiza por ameaças veladas ou expressas, mentiras, indução de vontade, privação de roupas, celular ou comunicação com o mundo exterior, como exemplos.

É frequente a reclamação das parturientes de que o profissional da saúde as induziu para sucumbir à vontade daquele que deveria proteger a sua saúde. Declarações como “o feriado está chegando, é melhor agendar sua cesariana para garantir que eu faça seu parto” ou “se você não fizer a cirurgia agora, seu filho nascerá com sequela e a culpa vai ser sua” fazem parte das reclamações de mulheres que já sofreram esse tipo de violência.

10.3 ORIGEM DO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NO BRASIL

Em 1979, o Brasil participou da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres promovida pela Assembleia Geral das Nações Unidas, que se constitui em uma declaração internacional de direitos das mulheres.

Em 1994, o Brasil promoveu a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, mais conhecida como Convenção de Belém do Pará. Por serem tratados internacionais, foram ratificados no Brasil em 1994 e 1995, respectivamente.

Desde então, o Brasil se comprometeu diante dos órgãos internacionais a promover soluções eficazes para erradicar ou, ao menos, diminuir a violência perpetrada em face da mulher. E, como tal, a agressão que ocorre durante a assistência obstétrica e que causa grande prejuízo à mulher e ao nascituro deve ser combatida pelo Estado, por meio de medidas capazes de garantir a promoção e cuidado da saúde.

No ano 2000, a Organização das Nações Unidas publicou as metas de desenvolvimento do milênio, que apresentou oito principais objetivos que os países deveriam se comprometer para garantir o desenvolvimento. Dentre as metas, há a redução da mortalidade neonatal (item 4) e melhorar a saúde materna (item 5).

O alto número de mortalidade materna e neonatal nos países em desenvolvimento justifica a inclusão dos temas nas metas do milênio.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, a média de mortes maternas é de 55 a cada 100 mil nascimentos. É um número muito alto, principalmente quando comparado ao máximo tolerado pela Organização Mundial da Saúde, que é de 35 mortes a cada 100 mil nascimentos.

Ainda segundo a OMS, as principais causas das mortes são hipertensão, hemorragia, infecção no pós-parto, doenças cardiovasculares e aborto clandestino. Quando se analisa a razão das mortes, percebe-se que 92% delas são evitáveis em razão da evolução da Medicina atual.

O elevado número de mortes estaria ligado à assistência obstétrica inferior e inadequada para a necessidade das parturientes, desde o alto índice de partos cesáreos, excesso de procedimentos médicos desnecessários e invasivos e despreparo da equipe médica.

Assim, conclui-se que o enfrentamento da violência obstétrica nem de longe é o embate em face da classe médica, mas, sim, que se volte a atenção ao cuidado e a assistência obstétrica eficiente para as gestantes de nosso país.

10.4 QUEM PODE PRATICÁ-LA

No Brasil, não há lei federal que trate sobre o tema, apenas leis estaduais e algumas municipais. Contudo, na maioria das leis existentes é imputado aos membros da equipe médica, que prestarem atendimento à mulher durante a gravidez, parto e pós-parto, a prática da violência obstétrica. Assim, para o legislador, somente profissionais da equipe médica que prestarem assistência à mulher durante a gestação, parto e pós-parto podem praticar a violência debatida.

Contudo, qualquer funcionário do nosocômio, como secretária, equipe de limpeza e segurança, pode praticar a agressão estudada, como por exemplo, ofensas verbais proferidas por membros da equipe de limpeza ou seguranças do hospital. Portanto, a violência obstétrica pode ocorrer durante todo o período em que a paciente estiver no hospital/clínica médica e pode ser praticada por qualquer funcionário que estiver laborando naquela unidade nosocomial, ou seja, não somente membros da equipe médica podem praticá-la. Como exemplo, há humilhações verbais proferidas pela equipe de limpeza do hospital durante a higienização do leito hospitalar após a parturiente vomitar em decorrência das dores.