

RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO, NO PARTO NATURAL HUMANIZADO DOMICILIAR

Izabel da Cruz Santos¹

Prof^a. Dr^a. Nágila Maria Sales Brito²

RESUMO: Este trabalho visa pesquisar o parto natural humanizado, assim como os riscos e benefícios dessa modalidade de parto, analisando a responsabilidade profissional na influência da escolha parto. O artigo vai além de discutir da responsabilidade civil do médico, pelo dano ocorrido por meio do parto, e compreender as circunstâncias da ocorrência da violência obstétrica, as quais acontecem com frequência nos ambientes hospitalares. Discorre sobre o protagonismo das mulheres no parto, e como o parto natural vem trazendo essa ideia, que é a questão em ascensão: do parto normal natural. Esse artigo explicita alguns benefícios decorrentes dessa modalidade de parto, confrontando com o crescente uso do parto cesariana, relacionado com instrumentalização da medicina, e a mecanização do parto.

Palavras-chave: Parto natural. Humanização. Responsabilidade Civil.

ABSTRACT: This work aims to research natural humanized childbirth, as well as the risks and benefits of this type of delivery, analyzing professional responsibility in the influence of childbirth choice. The article goes beyond discussing the doctor's civil liability for the damage that occurred during childbirth, and understanding the circumstances of the occurrence of obstetric violence, which often occur in hospital settings. It discusses the role of women in childbirth, and how natural childbirth has brought this idea, which is the rising issue: natural natural childbirth. This article explains some benefits resulting from this mode of delivery, confronting the growing use of cesarean delivery, related to the instrumentalization of medicine, and the mechanization of delivery.

Keywords: Natural childbirth. Humanization. Civil Liability.

SUMÁRIO: Introdução 1 Pressuposto da responsabilidade civil 1.1 Evolução histórica do parto 2 Definição de parto humanizado natural 2.1 As dificuldades das mulheres em efetivar o direito ao parto humanizado 2.2 A Responsabilidade Civil do médico e sua relação com má indicação do tipo de parto 2.3 Riscos e benéficos do parto humanizado domiciliar. Considerações Finais. Referências.

INTRODUÇÃO

Este trabalho vem dialogar com a relevante questão jurídica, a qual se encontra inserida na sociedade brasileira. São constantes as queixas e denúncias, de relatos de partos em que as mulheres sofrem violências obstétricas, sejam em hospitais públicos ou privados.

¹ Graduanda em Direito pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL). E-mail: bebel.direito@gmail.com

² Mestre em Direito Econômico pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Doutora em Direito das Relações Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Orientadora. E-mail: professoranagilabrito@gmail.com

De fato, com a modernização e os avanços tecnológicos para a medicina, observa-se que essa evolução trouxe melhorias significativas na vida da população de forma geral. Porém, essa evolução tecnológica, transformou o parto, mecanizou, introduziu as evoluções tecnológicas da medicina para dentro do processo de parto, e com essa mecanização, trouxe um olhar menos sensível para esse estado especial em que a mulher se encontra.

Em se falando dessa realidade, por meio de pesquisas internacionais, sabe-se que o Brasil é o segundo país que realiza mais cesarianas sem necessidade, o que pode trazer consequências para a saúde do bebê e da parturiente. Em contra partida, essa autora deseja comprovar a hipótese de que a mulher que decide ter seu filho por meio da cesárea, mas entende que essa decisão não pode ser tomada sob influência do obstetra, e essa indução da escolha por uma cesariana já configura uma espécie de violência obstétrica.

Trata-se de violação ao direito de escolha da própria gestante, e busca-se nesse trabalho perquirir, sobre a crescente dos números dos partos cesáreos, e eventualmente os danos que podem ser causados na criança e na mãe. Realiza-se uma análise dessas circunstâncias, por meio de aspectos históricos, tentando-se desenvolver uma definição do que seja um parto natural, bem como faz-se, ainda, uma leitura sobre a responsabilidade do médico, nas ocorrências do parto natural humanizado domiciliar. Observa-se uma realidade, de quase um milhão de mulheres, anualmente, que são induzidas a fazer cesariana, sem alguma indicação necessária a justificar a intervenção, o que faz as mulheres perderem os espaços de serem protagonistas do parto, e acabam sendo expostas a riscos, o que aumenta a mortalidade materna, além de terem mais propensão à depressão pós parto.

Pela pesquisa do ordenamento jurídico, não existe uma lei que defina um padrão definitivo, para realização desse tipo de parto em ambiente domiciliar, o que existe são recomendações e portarias do Ministério da Saúde, as quais afirmam que para a realização do parto natural domiciliar, somente faz-se necessário um lugar limpo, com água potável, arejado e que a gestante goze de boa saúde para a realização do parto.

Essa pesquisa perpassa pela responsabilização do médico pela má escolha do tipo de parto a ser realizado e, por fim os riscos e benefícios do parto humanizado natural. A metodologia utilizada nesse artigo foi baseada em análise da jurisprudência, bem como doutrinadores que discorre sobre responsabilidade civil, estabelecendo um diálogo sobre as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), as portarias das quais o Ministério da Saúde definiu a Rede Cegonha. Realizei uma análise de pesquisas relacionadas as modalidades de partos.

1 PRESSUPOSTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL

O conceito que forma a responsabilidade civil foi desenvolvido por doutrinadores, quais tentaram formular conceitos que dialogassem com essa necessidade jurídica da responsabilidade civil. Segundo o que está fixado no Código Civil no artigo 186:

Art. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito (BRASIL, 2002).

É evidente que, com a leitura desse artigo ficam estabelecidos e classificados quatro elementos essenciais que informam a responsabilidade civil: Ação ou omissão, culpa ou dolo do agente, relação de causalidade e o dano experimentado da vítima. O código estabelece a conduta que gera a responsabilidade, somada ao direito de indenizar. Vale ressaltar que a omissão também gera um dano à vítima, e mesmo sem provar a culpa, recairá sobre a pessoa o dever de reparar o dano causado.

O anseio de obrigar o agente, causador do dano, a repará-lo inspira-se no mais elementar sentimento de justiça. O dano causado pelo ato ilícito rompe o equilíbrio jurídico-econômico anteriormente existente entre o agente e a vítima. Há uma necessidade fundamental de se restabelece esse equilíbrio, o que se procura fazer recolocando o prejudicado no statu quo ante (CARVALIERI, 2012, p.14).

A responsabilidade civil, mencionada no sentido de reparação do dano causado, pode ser compreendida sob a ótica da responsabilidade civil do médico, sendo que a doutrina e a jurisprudência tratam de forma objetiva essa responsabilidade, que acontecerá quando o profissional médico mostrar-se imperito para tratar do paciente, como, desconhecer técnica que coloque a vida do paciente em menor risco. A responsabilidade nesse caso decorre a violação de um dever, de uma ação que não foi realizada, obrigando ao médico o dever de reparar o dano.

Existe uma relação contratual entre médico e paciente, e, de modo geral a responsabilidade do médico é de meio e não de resultado, para a circunstância de não se obter a cura do paciente, não significa que o médico foi imperito. O que se exige para responsabilização civil do médico, e que este tenha o comprometimento de tratar o paciente zelando sua vida, com técnica e recursos adequados para o seu tratamento que seja satisfatório, e só não o fazendo será responsabilizado.

Não podemos esquecer o que trata o Código de Defesa do Consumidor, no artigo 14º:

§ 4º. A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa (BRASIL, 1990).

Então, pra que exista a responsabilidade, é necessária a existência de um ato que infrinja algo estabelecido por lei. Necessita que haja ação antijurídica, que cause um tipo de dano ao outro.

A responsabilidade civil, segundo a doutrina, apresenta uma subdivisão, classificando-a como contratual e extracontratual. A contratual se divide em com obrigação de resultado e como obrigação de meio; a extracontratual se subdivide em subjetiva e objetiva. A subjetiva se divide em culpa provada e culpa presumida, e a objetiva, em abuso do direito, atividade de risco, fato do produto, fato de outrem, fato da coisa, do Estado e dos prestadores de serviços públicos, e as relações de consumos.

As ações sobre indenizações por responsabilidade em razão de culpa médica são permeadas, por questões complexas do direito material e processual. O maior desafio será em operacionalizar um juízo valorativo, que poderá servir de substrato da conduta profissional do médico.

Diniz (2011) conceitua a responsabilidade civil, como a aplicação de medidas, que obriguem uma pessoa a reparar dano moral e/ou patrimonial a uma pessoa causado a terceiros, em razão de ato por ela mesma praticado, por pessoa por quem ela responde, por alguma coisa a ela pertencente ou simples imposição legal. Entende-se também a responsabilidade civil, como um dos grandes problemas na área jurídica, pois apresenta uma dificuldade de delinear o alcance da jurisprudência e a doutrina. A responsabilidade civil pode ser definida como função de garantia do direito do lesado com segurança, tendo sua natureza compensatória a sanção civil.

Diniz (2011) define os pressupostos da responsabilidade civil como; ação (omissiva ou comissiva, lícita ou ilícita, sendo que a ilícita é fundamentada pela culpa, a lícita fundamentada pelo risco), dano (patrimonial ou moral), nexo de causalidade entre o dano e a ação (inexistência de causa, excludente de responsabilidade por: força maior, culpa da vítima ou caso fortuito). Ela também apresenta as espécies da responsabilidade civil, quanto ao fato gerador: responsabilidade contratual e extracontratual, quanto ao fundamento responsabilidade subjetiva e objetiva, quanto ao agente responsabilidade direta e indireta.

1.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PARTO

A história do parto é milenar, vem da nossa ancestralidade, e acompanha até a nossa contemporaneidade. Os partos durante muito tempo eram ações realizadas, por mulheres denominadas como parteiras, e como algumas mulheres apresentavam dificuldade era realizado o parto por fórceps. Aos poucos, com a mecanização da medicina, e as necessidades das mulheres gestantes foram adicionando a cesárea, como via de auxiliar, a fim de minimizar as mortes maternas.

O processo de parto é milenar, e transforma a mulher profundamente. Pensando em trazer mais conforto, e diminuir a mortalidade das gestantes, foi criado através da portaria nº 1.459 em 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde o projeto Rede Cegonha, compondo um projeto maior do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que visa monitorar as ações de implementação desse projeto. A rede cegonha visa implantar cuidados específicos que assegurem a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gestação.

A rede cegonha tem como princípios basilares o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos, o respeito a diversidade cultural, étnica e racial, promover a equidade, garantir os direitos sexuais, e reprodutivos das mulheres, homens, jovens e adolescentes e, ainda, compatibilizar as atividades em redes de atenção à saúde materna e infantil, em desenvolvimento nos Estados.

Verifica-se a rede cegonha visa implementar a cultura do parto natural, dentro de casas de partos, com o objetivo de monitorar a saúde da gestante, com o intuito de evitar as doenças gestacionais. Esta rede divide-se em três fases, a primeira é pré-natal, a segunda é parto e nascimento, a terceira é puerpério e atenção integral à saúde da criança, e por último, o sistema logístico, transporte sanitário e regulação.

A história do parto está relacionada às formas de partos, as quais foram sendo desenvolvidas ao longo do tempo, a cesárea e o parto normal, são os mais frequentes. Com as implementações voltadas para atenção à saúde básica, novas formas foram adotada para o trabalho de parto da gestante.

A Rede Cegonha vem modificar o cenário nacional acerca do parto no Brasil, em que a cesariana é o parto, tornando-se mais realizados nas maternidades públicas e privadas de todo o Brasil. Assim:

O Brasil ainda é o país que registra a maior proporção de partos cesárea. As taxas brasileiras de cesariana correspondem a 52% no ano de 2010, na rede privada chega

a 87% e na pública a 37%, valores muito superiores aos 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Contribuindo para este cenário no setor privado e planos de saúde a cesariana é três vezes maior do que no Sistema Único de Saúde (SUS) (FRANK; PELLOSO, 2013, p. 23).

Esse projeto visa transformar essa realidade do Brasil, na qual em pesquisa recente, colocando 5º país em fazer mais cesariana (OMS, 2015). A rede cegonha visa contemplar a saúde da gestante, fornecendo suporte necessário durante todo o processo gestacional. Com essas ações, o principal objetivo é reduzir o número crescente das cesarianas eletivas, e assim reduzir os riscos das gestantes, tendo um acompanhamento mais próximo delas.

Agência Nacional de Saúde Suplementar informa que no ano de 2015 a taxa de cesárea em plano de saúde foi 84,6%, indo contra a porcentagem exigida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) os 10 a 15%. Pode-se perceber que a intervenção deixou de ser um recurso para salvar vidas e passou, na prática, a ser uma cirurgia realizada com muita frequência.

A perspectiva fenomenológica dentro dessa política nacional é permitir a compreensão da gestante como pessoa capaz de exteriorizar suas necessidades e de compreender e ser compreendida, no contexto do cuidado do seu parto, tendo como objetivo fazer gestante a protagonista no trabalho do parto. A Rede cegonha traz para dentro da realidade das maternidades a importância da humanização do parto, que durante muito tempo foi negligenciada pela introdução tecnológica no processo de parto.

Existe um grande mito sobre o parto normal, que foi sendo construído pelos próprios obstetras, os quais foram formando uma rede de insegurança em suas pacientes gestantes. Todo esse discurso provoca nas gestantes o medo de parir normal, essa insegurança faz-se tamanha, que as próprias gestantes acabam por optar por parto cesáreo.

Todas essas circunstâncias emergiam dos mitos, fantasias e medos que aparecem ao se aproximar o momento do parto, influenciadas por múltiplos fatores que extrapolam a própria evolução fisiológica da gestação. As gestantes convivem com o receio da violência obstétrica, e com a ambiguidade da alegria de conhecer o filho e do medo de parir, gerada pelas experiências de vida pessoal, pelas histórias de parto ouvidas ou vivenciadas junto a um familiar ou amiga mais próxima, pelas informações dos profissionais de saúde e por tantas outras, acessadas em todas as fontes disponíveis.

A arte de partejar é uma atividade que acompanha a humanidade, milenar, é uma atribuição feminina, sendo uma tradição realizada por parteiras, que além de conduzir o trabalho de parto, também cuidava do corpo feminino e do recém-nascido. As parteiras eram

reconhecidas como pessoas com saber popular, geralmente eram mulheres idosas e com muito respeito pela comunidade. Interessante pensar que, por muitos anos, as mulheres durante todo o processo de parto eram assistidas por outras mulheres.

Ao final do século XVI a função de parteira passou a entrar em declínio, devido a utilização do fórceps, o qual foi inventado pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen. Essa técnica trouxe mudanças radicais no que diz respeito à assistência obstétrica, substituindo e desafiando a noção sobre o parto.

2 DEFINIÇÃO DE PARTO HUMANIZADO NATURAL

A obstetria surgiu na França em meados do século XVII e XVIII, tomando contornos como uma especialidade médica. Esse fato vem, minuciosamente, substituir as parteiras e o direito de exercício de seu ofício, invalidando o seu saber, consolidado na tradição milenar, para o qual eram designadas somente mulheres, mas com a criação dessa especialidade, foram introduzidos os homens, e o parto agora é também realizado por estes.

A medicina passou a se modernizar nos final do século XVIII, porém a consolidação de práticas modernas aconteceu no século XIX, oportunidade em que foram descobertas novas práticas médicas, e passou-se a entender a medicina como um saber científico. Com o advento da sociedade capitalista, aumentou a medicalização dos corpos, a partir desse momento, insere-se o corpo feminino. Entra em ascensão dentro da nossa cultura, adoção a medicina com poder de produzir transformações em coisas totalmente fisiológicas, como na gravidez, menopausa, e transformou o parto em evento cirúrgico.

Saliente-se que, no século XIX, os partos ainda ocorriam com ajuda das mulheres, e em sua grande maioria eram realizados na casa da gestante, pois as maternidades não se apresentavam como um local seguro para realização do parto. Somente a partir dos anos de 1878, na Inglaterra, estimou-se que as mulheres parturientes tinham seis vezes mais possibilidade de morrerem em maternidade em decorrência de uma infecção puerperal.

Após a Segunda Guerra Mundial, o parto foi rapidamente institucionalizado para serem realizados por médicos, passou a introduzir conhecimentos científicos somados a novas tecnologias e habilidade diversas, que mudariam a saúde da população. Todos esses recursos empregados no processo de parto, serviram para reduzir as taxas de riscos do parto hospitalar e também a mortalidade materno e infantil.

A medicalização e a institucionalização do parto, conseqüentemente fez a mulher perder a autonomia dentro do parto, agora a parturiente não é a protagonista do processo de

parto, foram adotado sobre o seu corpo outras medidas que não foram pensadas no seu bem estar. Esse modelo de parto é marcado pela introdução das medicalizações, com o uso de práticas abusivas e invasivas, e constantemente desnecessárias na realização de cesariana.

Dentre as práticas mais corriqueiras que ocorrem em maternidade, tem-se o isolamento da gestante, a falta de privacidade. De modo geral, dentro das maternidades, existe uma rotina adotada, que desrespeita a autonomia da mulher, e partindo de uma visão geral, não são realizadas avaliações de cada caso, para poder fazer-se a escolha quanto ao trabalho de parto.

O assim chamado “parto tecnocrático”, em que soluções meramente técnicas e/ou racionais desprezam os aspectos relacionais, emocionais, sociais e culturais, fundamenta-se na noção de que o corpo feminino é uma máquina incompleta e necessita de intervenções. Foi estabelecida a separação corpo/mente e a mulher foi colocada numa postura passiva e temerosa em relação ao seu parto (BRASIL, 2010, p. 27).

O parto começou a ser entendido como um ato exclusivo dos médicos, retirando a mulher do seu papel de protagonista, ela seria agora coadjuvante de um processo natural, o qual seu corpo foi preparado a fim de realizar o parto. A institucionalização do parto faz adotar, cada vez práticas desnecessárias nas parturientes, o que faz aumentar as taxas de partos cesáreos. Consequentemente acarreta gastos maiores ao sistema de saúde. Não que a cesariana não possa ser feita, porém precisa-se de profissionais atentos para a real necessidade de realizar essa prática.

Há cerca de 25 anos, como reação ao “parto tecnocrático” e ao uso irracional de tecnologia no parto, inicia-se um movimento internacional e nacional, com a participação de profissionais de saúde e da área das ciências sociais, ativistas feministas, entre outros segmentos, pela utilização de tecnologia apropriada ao parto, pela primazia das relações humanas sobre a tecnologia, e pela eliminação de intervenções potencialmente danosas na atenção ao parto e ao nascimento, movimento este chamado de humanização do parto (DINIZ, 2005, p.627).

A humanização do parto vem com o surgimento de profissionais com uma nova visão em relação ao parto. Com o pensamento de uma avaliação mais específica de cada gestante, com desenvolvimento do parto com as melhores medidas, que deixe a gestante segura e confortável para o nascimento do seu filho.

A crítica ao modelo tecnocrático se intensificou no Ano Internacional da Criança (1979), com a criação do Comitê Europeu para estudar intervenções a fim de reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente. Detectavam-se, naquela época, os mesmos problemas de hoje: aumento de custos, sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência; falta de consenso sobre os melhores procedimentos e a total variabilidade geográfica de opiniões (DINIZ, 2005, p.628).

Em 1996, foi publicado um documento “Assistência ao Parto Normal”: um guia prático, pela OMS, comentando relatórios de grupos científicos, com as recomendações baseadas em evidências científicas sobre as práticas relacionadas ao parto normal, com o fito de, garantir os direitos das mulheres, tentando a redução das intervenções desnecessárias e questionando os procedimentos realizados sem nenhum critério embasado cientificamente, apenas por hábito ou rotina.

Aqui no Brasil, essas recomendações da OMS foram publicadas pelo Ministério da Saúde e enviadas a cada um dos ginecologistas-obstetras e enfermeiras obstetras do país em 2000. Esse documento é um guia de recomendações para o desenvolvimento do parto humanizado natural, sendo classificada em quatro categorias.

O guia em questão define o parto normal da seguinte forma: “definimos parto normal como de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições” (OMS, 1996, p.4).

Esse guia vem tratando, também, sobre os profissionais capacitados para conduzir esse parto. E dentre esses profissionais estão: Médicos-obstetras, enfermeira obstetras, e em locais que não tiverem os profissionais disponíveis, as parteiras são autorizadas a realizar partos.

Sobre o que está relacionado à humanização do parto, vem através do conceito de atenção humanizada, o qual se torna amplo, pois compõe um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que têm como objetivo à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal.

Toda essa humanização tem início ainda no pré-natal, procurando garantir que a equipe de profissionais, realize procedimentos traga os benefícios para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia da gestante.

O processo de humanização do Parto no Brasil teve em seu desenvolvimento com base nos princípios diretrizes preconizados no Ministério da Saúde. Assim, passou-se a compreender a gestação, o parto e o puerpério com a experiência humana mais valorosa para uma mulher. Esta passou a ser entendida como o centro, o que marcou o resgate do protagonismo da gestante, consolidando o respeito e autonomia delas.

A estimulação ao aleitamento do recém-nascido, pós parto é uma das características marcantes da humanização do parto, formando o conjunto de práticas e rotinas, as quais os benefícios já foram comprovados. O objetivo principal é evitar as intervenções desnecessárias, ou que traga dano para mãe e/ou bebê.

Com todo esse desenvolvimento da humanização do parto, como medidas de incentivos para a realização desse, está o aumento da remuneração dos profissionais que realizem esse tipo de parto, denominado normal como o oferecimento de mais cursos de especialização em obstetrícia, cujo objetivo é aumentar o número de profissionais que realizem esse parto com toda segurança necessária para a gestante.

Importante salientar que surgiram as doulas, as quais geralmente são profissionais de saúde como técnicos de enfermagem, que se capacitam e com maestria figuras importante para gestante, já que acompanham a parturiente desde o pré-natal até o puerpério, auxiliando a mãe.

No Brasil, podemos elencar a criação do centro de partos, através da Portaria MS/GM nº 985, publicada em cinco de agosto de 1999, como marco importante na implementação da humanização dos partos. Trouxe critérios para a fundação de casa de partos, traçando estratégias que facilitassem a assistência humanizada ao parto normal. Ressaltando que essas casas de partos estão articuladas ao SUS, e compõem uma alternativa para as mulheres que desejam ter seus filhos em ambiente não hospitalar.

Em Salvador-Ba, contamos com o Centro de Parto Marieta de Souza Pereira, inaugurada em 2012, o centro tem como oferecer a toda população baiana uma estrutura para parto normal humanizado. É um complexo centro, composto por sala de parto, banheira para realização desse parto, e também uma ambulância equipada para ser feita a remoção para um hospital, se necessário. Esse centro faz parte da Mansão do Caminho, o qual foi construído pelo líder espírita Divaldo Franco. Todo esse serviço está de acordo com a portaria do Ministério da Saúde, objetivando acolher gestantes de baixo risco.

Assegurando os direitos das mulheres em estado puerperal, o Centro de Parto Normal da mansão do caminho foi o primeiro centro de parto normal do Norte e Nordeste do País, construído com uma estrutura arquitetônica moderna. Composto de seis leitos de pré-parto, parto e pós-parto. Tudo foi pensado para proporcionar o máximo de conforto para a parturiente durante todo o processo de parto. A implementação dos Centros de Parto Normal reúne atividades avançadas, voltadas pra a humanização do parto, seguindo rigorosas diretrizes estabelecidas do Ministério da Saúde. Tais centros inauguram um diferencial na atenção ao parto no Brasil.

É importante salientar que esses centros proporcionam à parturiente uma atenção voltada pra ela e sua família, dando um apoio emocional contínuo, garantindo a presença do acompanhante, prioriza a escolha da gestante, oferece menos intervenções, e por fim, vêm quebrando o tabu em relação ao parto normal, demonstrando claramente que este é um

processo fisiológico.

O conceito de parto humanizado pode ser compreendido, através da necessidade de priorizar o caráter fisiológico do nascimento, com a finalidade de promover o parto e o nascimento, evitando a morbimortalidade materno e infantil. Para isso, faz-se necessária a capacitação de profissionais preparados para prevenir situações adversas que podem surgir.

Com essa humanização do parto, outra modalidade de parto surgiu, o parto domiciliar planejado o qual vem se tornando uma escolha feita por muitas gestantes. E vem se ampliando em todo o país, através da discussão sobre o ambiente não hospitalar, que deixa a gestante mais à vontade, fator que favorece e beneficia o processo de parto. Atualmente tem uma procura, cada vez maior, por enfermeiras obstetras e médicos obstetras para conduzir essa nova modalidade de parto natural humanizado domiciliar.

A OMS reconhece esse parto como escolha da gestante, desde que a gestação seja de baixo risco, e que dentro do domicílio tenha a estrutura necessária para o desenvolvimento do parto, bem como os profissionais formulem o plano de parto. O parto domiciliar tem uma estrutura diferente de uma maternidade, além de ser um local que geralmente é a casa da parturiente, existe uma estrutura diferente, que facilita o trabalho do parto, a musicoterapia é utilizada nesse parto, para o relaxamento da gestante, minimizando as dores das contrações.

Esse tipo de parto enfatiza a importância do cônjuge em todo o processo, o que fortalece esse vínculo. “O parto em ambiente domiciliar atende às necessidades psicológicas, emocionais e sociais da mulher, e busca devolver o protagonismo e a autonomia, conduzindo todo o processo do parto da forma mais natural e fisiológica possível” (RAMOS; ROCHA; LIMA, 2017, p.50).

Tanto o Ministério da Saúde quanto a OMS classificam o parto domiciliar planejado como uma prática segura e adequada, desde que seja da escolha da mulher e que ela e sua família recebam toda atenção necessária, para o momento do parto. É pré-requisito a realização do pré-natal durante toda a gestação, assim como exames de ultrassonografias, para avaliação da saúde fetal. É compreendido que, o ambiente domiciliar o parto volta a ser natural, com pouca ou nenhuma intervenção do profissional.

Existem fatores, os quais são classificados como essenciais para a garantia da segurança do parto domiciliar, dentre as quais a transdisciplinaridade e a possibilidade de transferência no caso da equipe detectar possível intercorrência no trabalho de parto, contando com transporte para um Centro de Referência. Salienta que é necessária a avaliação dos possíveis riscos que podem ocorrer.

O parto humanizado domiciliar tem seus métodos embasados na não utilização

farmacológicos para o alívio da dor, podendo contribuir para uma melhor e mais rápida evolução do trabalho de parto. Outros métodos são realizados, sempre respeitando a escolha da gestante, como a postura e posições variadas, deambulação, como a própria respiração ritmada, ajuda também no trabalho de parto, banho de chuveiro ou na banheira, realização de massagem e uso da bola para exercícios. Essas técnicas facilitam na evolução do trabalho de parto, e dilatação do períneo e devem ser administradas durante a assistência ao parto, porque apresentam menos riscos e ajudam a reduzir a necessidade de intervenções, tornando o parto o mais natural possível.

Outra característica marcante nesse parto é a interação da mãe com o recém-nascido. Segundo a literatura esse contato pós parto entre mãe e filho servi para acalmar o bebê e a mãe e auxilia na estabilização sanguínea, melhora os batimentos cardíacos, e a respiração, minimiza o estresse do recém-nascido. Auxilia na manutenção da temperatura corporal do bebê sendo aquecido pela transmissão de calor de sua mãe, devendo ser esta a principal fonte de termorregulação neonatal. Essa técnica ajuda na adaptação à vida extrauterina do bebê, além de ajudar no aleitamento materno mulher.

Logo após o parto a mãe está ansiosa por tocar o recém-nascido e ambos estão impregnados de substâncias que os deixam biologicamente preparados para uma interdependência. Esse é o momento de fortalecimento máximo do vínculo afetivo e de estímulo à lactação. A amamentação se destaca como benefício do contato imediato ao tornar a sucção eficiente e eficaz, aumenta a prevalência e duração da lactação, além de influenciar de forma positiva a relação mãe filho (MATOS *et al.*, 2010, p.3).

A gestante que escolhe o parto domiciliar tem acompanhamento pós-parto, deve ser acompanhada pela equipe em consultas domiciliares nos dez primeiros dias após o parto, e normalmente no primeiro, faz-se avaliações do aleitamento e orientações sobre amamentação e cuidados no puerpério. A realização do parto domiciliar planejado é, sem dúvida, o exercício da autonomia e autodeterminação, do protagonismo feminino, respeitando os princípios essenciais do parto humanizado, como o resgate da humanização do nascimento, fazendo com que a mulher se sinta segura, rodeada por pessoas que a amam e se sentindo livre para fazer suas escolhas sem se inibir, tornando a mulher o sujeito ativo de seu parto, sendo garantida sua autonomia, individualidade.

Dentro de um contexto, é notório que o parto natural domiciliar, ainda representa uma parcela crescente, porém ínfima, pois representa o movimento onde algumas mulheres têm escolhido para experimentar essa vivência de parto em ambiente domiciliar. Mesmo sendo uma prática reconhecida e legitimada, essa prática de parto no Brasil, representa uma

modalidade de assistência ao parto muito prematuro. Estatísticas evidenciam que 98% dos partos realizados no Brasil, são feitos em instituição de saúde, somente 2% desses partos são realizados em ambiente não hospitalar (MAIA, 2010). O que evidencia que o parto domiciliar planejado, assistido por profissionais habilitados ainda é muito mínimo a ser realizado.

A medicalização do parto, como resultado da medicalização social, tem sido descrita como um processo sociocultural complexo que transforma em necessidades médicas, vivências, sofrimentos e dores antes administradas no próprio ambiente familiar ou comunitário. Dessa forma, a medicalização é uma transformação cultural que influencia a capacidade de enfrentamento autônomo da experiência de parir, visto que implica dependência excessiva, heteronomia e consumo abusivo de cesarianas (LEÃO *et al.*, 2013, p.2398).

Dessa forma, demonstra que a sociedade ainda compreende o parto domiciliar como algo perigoso e arriscado, qualificando as maternidades como um local seguro e apropriado ao parto. O grande questionamento, levando pela medicina contemporânea, é que o parto domiciliar representa um retrocesso frente aos avançados recursos de que atualmente se dispõe.

A prática do parto em casa parece estar diretamente relacionada à aquisição do conhecimento que envolve o modelo de assistência obstétrica brasileiro, incluindo o aspecto técnico, científico e legal de todas as normas, procedimentos e rotinas impostos pelo atendimento institucionalizado (SANFELICE; SHIMO, 2015, p. 881).

Pode afirmar que o parto domiciliar é de baixo risco, quando planejado e realizado por profissionais experientes e capacitados, dentro dessas condições poderá ser considerado seguro quanto ao parto hospitalar.

2.1 AS DIFICULDADES DAS MULHERES EM EFETIVAR O DIREITO AO PARTO HUMANIZADO

Com ascensão da medicina, e a busca pelo acesso aos bens e serviços e o concomitante desenvolvimento técnico-científico, a assistência ao parto e nascimento passou a ser estudado, tendo como princípio norteador a busca de mulheres e bebês saudáveis e seguros. Nos anos de 1980, passou a dialogar sobre os modelos de assistência ao parto, discutindo as diferenças entre o modelo baseado na parteira, ou holístico, o modelo médico, ou tecnocrático, e o modelo humanista, problematizando-se os conflitos filosóficos, corporativos e financeiros envolvidos.

Nas maternidades brasileiras, é fácil identificar a resistência na realização do parto

natural humanizado. As informações sobre o parto à parturiente, além de escassa ou inexistente, muitas vezes a equipe nem conversa com a gestante. Ademais, tenta a gestante não reclamar de dor, o que representa uma forma de violência obstétrica, observando-se em uma invasão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. E também, é fácil perceber que ao acompanhante nem sempre é permitido o acesso no processo e parto, o que representa um problema significado para o desenvolvimento da evolução do parto.

Adoção de práticas humanizada no parto dependem muito da formação dos profissionais da Instituição, assim como a visão do próprio gestor, para viabilizar a implementação dessas práticas. Necessário que investimentos sejam feitos, para modificar essa estrutura tecnológica criada em torno do parto.

Necessário, ainda, perder o olhar em classificar o parto normal como algo primitivo, e passar a compreender como algo fisiológico.

As práticas relativas ao contato da mãe com seu bebê ao nascer e do aleitamento materno na sala de parto, aliadas à ausência do acompanhante da parturiente, traduzem a ideia de que a sala de parto constitui *lócus* onde o modelo tecnocrático se impõe com maior força (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008, p.1865).

Verifica-se uma dificuldade em se implementar práticas simples, humanizadas, que seriam muito fáceis de serem aplicadas. O que se pode notar é que o modelo tecnocrático sempre tem prioridade, e a mecanização do parto, sempre imposta. As gestantes na maioria das vezes, não escolhem o tipo de parto, simplesmente seu obstetra marca a cesariana, por ser para o profissional é mais cômodo e lucrativo. O parto natural humanizado, vem na contramão dessa ideia da sociedade capitalista, dentro do pensamento humanizado, como algo fisiológico, no qual o corpo da mulher se prepara para fazê-lo.

A assistência ao parto humanizada representa uma mudança no entendimento do parto como uma experiência humana. Toda essa discussão de humanização do parto tem uma influência significativa do feminismo e também da antropologia, pois o corpo feminino passou a ser estudado. Ressalta-se que o corpo feminino, antes descrito como uma carência de resgate, agora passa a ser compreendido como apto a dar luz, sem necessidade de intervenções. O nascimento antes era descrito como algo que pudesse ser perigoso, agora é entendido como algo natural, necessário para a manutenção do processo fisiológico do corpo.

No Brasil a humanização do parto ocorreu na década de 1970, quando passou a surgir profissionais impulsionados pelas práticas das parteiras índias, aliada às práticas de terapias alternativas de Yoga. No decorrer da década de 1980, grupos foram surgindo com essa

ideologia de oferecer assistência humanizada para as gestantes, propondo novas alternativas, menos invasivas para facilitar o parto normal.

A Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA) foi fundada no Brasil em 1993. Essa rede surgiu fazendo denúncias sobre a existência de circunstâncias de violência, que ocorriam dentro da assistência ao parto nas maternidades brasileiras, abrindo uma discussão sobre qual a posição ideal para o parto, e questionando o porquê do parto cesáreo ser o mais realizado nas maternidades.

Passa-se a entender que em relação ao parto natural, muitas equipes de profissionais demonstram visivelmente, o despreparo técnico e pessoal para assistência ao parto natural as mulheres que desejam essa modalidade de parto. O que, conseqüentemente, acaba ocorrendo é o manejo para o parto normal, com intervenções de medicação até a indução do parto cirúrgico.

Uma das dificuldades, encontradas na efetivação do parto natural humanizada é ao acesso de informação sobre as modalidades de parto a gestante, a escolaridade dela, as condições socioeconômicas, a sua própria experiência de partos anteriores, ou histórias que ouviu sobre o parto, todos esses fatores possibilita a escolha da mulher. E um fator principal, para que a mulher escolha o parto natural é o acesso a informação, grupos de gestantes, com profissionais como assistentes sociais e psicólogos, os quais preparem essas mulheres sobre os partos, explicando sobre seu corpo, e como funciona a fisiologia dele.

Atualmente, no Brasil nas maternidades privadas e públicas, existe um sistema de priorizar o parto cesáreo. As mulheres que buscam o parto natural, legitimadas pela garantia constitucional de liberdade de escolha, esbarram na resistência para efetivar essa escolha. E por vezes são influenciadas pelos médicos, elencam vantagens pessoais com a realização do parto cesáreo e utilizam casos de parto normal para amedrontá-las, e acabam influenciando para realização desse parto.

Através de toda essa explanação podemos delinear um conceito sobre violência obstétrica, como a violência cometida a mulher grávida, ou até mesmo a sua família, em instituição de saúde. Essa violência pode acontecer durante o pré-natal, o trabalho de parto, podendo ser física, quando submete a gestante a manobras, ou verbal com xingamento, hostilizar ou até mesmo deixar de prestar assistência ao parto. Assim, negar atendimento à parturiente configura um tipo violência obstétrica. Distanciar o bebê da mãe, pós parto também representa a violência obstétrica. A própria organização administrativa pode representar uma violência obstétrica.

Tal violência obstétrica apresenta variadas formas de lesão aos direitos da mulher,

podendo acarretar danos físicos, sexuais e psicológicos as gestantes. Aplicação de ocitocina sintética, a episiotomia, que pode gerar infecção. Dessa forma, a violência obstétrica faz a parturiente, perder de autonomia, sendo obrigada em muitas situações a práticas das quais não concorda, como nos casos de episiotomia, escolha do tipo de parto e da posição mais adequada para dar à luz, e até mesmo a utilização de fórceps, sem a sua prévia autorização.

3 A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO E SUA RELAÇÃO COM MÁ INDICAÇÃO DO TIPO DE PARTO

A teoria sobre a responsabilidade civil objetiva é justificada através do risco da atividade exercida, pelo agente. Essa teoria do risco delinea a responsabilidade objetiva, assim, o profissional que exerce uma atividade que apresente risco, deverá reparar dano, se ocorrer, mesmo a culpa sendo isenta. Em qualquer circunstância deverá reparar o dano, mesmo se não houver comprovação de dolo ou culpa. Dentro desse conceito, a violência obstétrica poderá gerar responsabilizada por agentes, instituições de saúde, e até mesmo o poder público. Ressaltando que a obrigação do médico é de meio.

Em regra, atividade profissional médica, constitui uma obrigação de meio, sendo assim, o profissional é obrigado a desenvolver sua atividade, sem necessidade de garantia do resultado esperado. No entanto, deverá utilizar a prudência e realizar as diligências dentro das normas da prestação de serviços, fazendo a utilização das melhores técnicas, desejadas para um determinado resultado.

Existe um liame entre os profissionais que não fazem parte do quadro do hospital ou da clínica, porém sobre os profissionais que utilizam da estrutura física para realizar seus procedimentos existe uma responsabilização entre o médico, e o hospital. Entre esses, existe a responsabilização objetiva da instituição.

Então, podemos compreender o erro médico através da falha profissional, o qual resulta em um dano. A responsabilidade pode ocorrer na esfera civil e penal, e poderá sofrer sanções do Conselho Federal de Medicina, dependendo da gravidade, poderá ter seu registro encerrado.

A culpa na área médica trata de um erro e da responsabilidade do profissional, sendo difícil para responsabilização do médico, devido à dificuldade de fazer-se a prova o dano, que teria ocorrido por imprudência, negligência e imperícia.

No exercício profissional da medicina, uma falha pode ter consequências irremediáveis, porque a vida que se perde é irrecuperável. Por respeito à dignidade

do ser humano, a relação contratual que se estabelece entre o médico e o paciente deverá estar sempre impregnada de humana consideração pelo semelhante e pelos valores espirituais que ele representa. Assim, a função médica encerra, muito mais que um ato de justiça social, um dever imposto pela fraternidade social, tornando mais suportáveis a dor e a morte (KFOURI, 2019, p.40).

A lesão existirá, porém a impossibilidade de realizar a prova da culpa poderá afastar o dever de reparação do dano. Ressalte-se que a responsabilidade civil objetiva, existente na relação consumerista, não se aplica ao erro médico.

Essa responsabilidade em inclui os profissionais liberais, fixada no código de defesa do consumidor. Porém, os estabelecimentos os quais ocorrem os procedimentos médicos são responsabilizados objetivamente, conforme o estabelecido no art. 923, III, do Código Civil:

Art. 932. São também responsáveis pela reparação civil:

III- o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele (BRASIL, 2002).

Estende-se para os hospitais filantrópicos, por desenvolver atividade assistencial.

O poder público também é responsabilizado objetivamente, por ação ou omissão do agente público, que cause o evento danoso, o Estado deverá ser responsabilizado em indenizar pela consequência do dano moral, ou material.

Segundo a pesquisa Nascer, no Brasil a Escola de Saúde pública da Fiocruz identificou que menos 20% das gestantes se beneficiam da presença do acompanhante durante todo o período de pré-parto e parto, o que acabando representando ainda um privilégio de poucas mulheres, sendo que as mulheres com maior renda e escolaridade, usuárias do setor privado que tiveram cesarianas, tiveram seu direito assegurado (FIOCRUZ, 2014).

Verifica-se que a ausência de uma legislação específica, não impossibilita que os profissionais do direito consigam a aplicar de punição aos responsáveis pelo dano. Uma vez caracterizada a culpa, que viole algum direito, atrelada aos princípios basilares do direito.

Dentro de Estado Democrático de Direito, cabe também à responsabilidade civil tanto da equipe médica e também o hospital. Desta forma, fica evidente a importância que as tendências jurisprudenciais caminhem no sentido de que o Direito seja utilizado como instrumento das lutas feministas para o reconhecimento da violência obstétrica como espécie de violência contra a mulher.

Segundo Diniz (2011), a responsabilidade do médico pode ser contratual, e corresponde a obrigação de meio, no entanto existem deveres do médico para seu paciente sobre: dar informações e conselhos ao seu cliente, cuidar do enfermo com zelo, diligência,

utilizando todos os recursos da medicina, abster-se ou desvio de poder.

Em relação ao parto o obstetra responde subjetivamente, sendo provada a culpa será responsabilizado pelos danos causado. Assim, também compreende que realizar parto prematuro, ocorrendo sequelas no recém-nascido, causando perdas de chance de sobreviver a criança, será responsabilizado civil e penalmente o médico.

Dentro do assunto responsabilidade civil, sabe-se que existem três elementos constitutivos para que haja interesse em pleitear indenização. São eles a conduta de ação/omissão,nexo causal, dano e, nos casos de responsabilidade subjetiva, um quarto elemento que é dolo ou culpa (imperícia, imprudência e negligência). No caso dos médicos, a teoria adotada pelo Código Civil Brasileiro é a subjetiva, ou seja, é necessária a comprovação dos quatro elementos citados. Portanto, a culpa médica se classifica pela conduta omissiva ou comissiva do profissional imprudente, negligente ou imperita que causa dano ao paciente (FUNES; PETROUCIC, 2008, [s/p]).

São esses elementos que irão constituir a responsabilidade civil, os quais formarão o nexo de causalidade, que por fim irá demonstrar as causas que provocaram o dano. É com a comprovação do nexo causal que conseguimos identificar o dano, a lesão ao bem jurídico. Somente com essa comprovação que se pode identificar e responsabilizar o profissional que causou o dano.

Analisando sobre o que está fixado no Código de Ética Médica, sobre o que expõe o Capítulo III, que versa sobre a responsabilidade profissional, é vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2019, p.21).

O médico é responsabilizado por erro, mesmo que outro profissional tenha realizado o procedimento, com o consentimento do paciente.

É claro que o médico tem influência na escolha da modalidade do parto na gestante, e por isso também recai sobre ele a responsabilidade do procedimento, dessa forma, o profissional assume os riscos em realizar o procedimento cirúrgico. O médico deverá ser responsabilizado, de forma proporcional à extensão do dano ou lesão.

Sobre a indenização, o Tribunal de Justiça de SP condenou o Hospital Samaritano, que

foi condenado a pagar 12% dos honorários advocatícios, e mais 50.000,00 em indenização a parturiente:

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

A responsabilidade do médico está relacionada com sua conduta, o dano e o nexo de causal. Podemos afirmar que existem fatores de atribuições para a responsabilidade. Fatores esses que poderá ser por dano ao agente, elementos subjetivos (dolo, culpa), objetivos, o risco e equidade. Esses fatores são atribuições previstas na lei, os quais delineiam a responsabilidade civil do médico como subjetiva, pois nela está a culpa *stricto sensu*, ocorrida por uma ação que pode ser produzida pela imperícia, negligência ou imprudência.

Segundo o art. 951 do Código Civil, o dispositivo nos arts. 948, 949 e 951 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

Pode-se definir a negligência quando o profissional não realiza um ato, mesmo sabendo que é necessário e fundamental para a saúde do paciente, a imperícia, é a falta específica de uma habilidade, para o desenvolvimento de um procedimento científico. Imprudência é expressa pela precipitação de uma ação, mesmo sabendo que não está hábil para realizar tal procedimento.

Pode ser determinado o dano, através do erro médico decorrente de um falso diagnóstico, essa responsabilidade se torna um pouco complexa de ser aplicada, porque requer um conhecimento técnico da área da medicina. O que pode ocorrer também é que a condição do paciente poderá favorecer para a ocorrência do erro médico.

Ao que está fixado no art. 949 do Código Civil:

Art. 949. No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido (BRASIL, 2002).

Sobre o que está relacionado, no Art. 944, nas indenizações a lei dispõe que:

Art. 944. A indenização mede-se pela extensão do dano.
Parágrafo único. Se houver excessiva desproporção entre a gravidade da culpa e o dano, poderá o juiz reduzir, eqüitativamente, a indenização (BRASIL, 2002).

A indenização será estabelecida, de acordo com o dano, é a extensão do dano ao qual o juiz irá se basear para aplicar a indenização.

Podemos definir o dano médico sob o entendimento de Kfourri (2019), o dano médico, pode ser compreendido como físicos materiais ou morais. Sobre os danos físicos, têm uma relevância significativa, somando prejuízos corporais que se integram com elementos variáveis, podendo ser indenizado de forma separada e também conforme a invalidez, que poderá ser parcial ou total. O dano é o elemento nuclear da responsabilidade civil, sem esse, por mais grave que seja a conduta não existe um prejuízo ressarcível. É necessária uma identificação do dano sofrido pelo paciente, para pleitear a reparação equivalente.

2.3 RISCOS E BENEFÍCOS DO PARTO HUMANIZADO DOMICILIAR

No modelo de assistência atual, o parto no domicílio está relacionado às práticas culturais de comunidades isoladas com as parteiras, à dificuldade de acesso da usuária aos hospitais, seja pela ausência ou distância, e à falta de recursos econômicos da população. Mas é notório que o parto domiciliar planejado em grandes centros urbanos relaciona-se com uma questão de escolha pessoal da mulher (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008, p.766).

Como já foi exposto, o parto humanizado domiciliar, adotando as recomendações pela OMS, oferece os mesmos riscos que um parto em ambiente hospitalar. Para a realização desse parto, se faz necessária a realização por profissionais habilitados, com planos de partos seguros, e com uma prévia estrutura em caso de emergência, a gestante não deve ter doenças pré-existentes como, diabetes, hipertensão ou outra doença que pode comprometer o desenvolvimento do parto. O que torna o parto mais eficiente é o acesso a gestante sobre os partos que ela pode escolher, o parto domiciliar, permite a parturiente estar no seio familiar, o que poderá deixá-la mais à vontade, estar perto do seu companheiro, fortalecer o vínculo

familiar.

A escolha do parto deverá ser exclusiva da mulher, sem nenhuma interferência de nenhum profissional. O parto deverá ser, sempre, com o protagonismo da mulher. É interessante pensar que o significado da humanização, está relacionado a respeitar a vontade da mulher, a sua escolha.

O parto humanizado é a utilização do mínimo de intervenções no nascimento.

A OMS revela que o parto natural humanizado poderá: reduzir em 65% as chances de realizar uma cesárea desnecessária, diminuir 63% de utilização de instrumento que auxilia no parto como o vácuo ou fórceps, também têm 15% mais de chances de manter o períneo íntegro, 43% menos chances de laceração do períneo, e 23% menos de chance de hemorragia pós-parto (LOPES, 2019, p.5).

A maior necessidade de difundir o parto natural humanizado é a redução da indicação cesárea, tentando minimizar as intervenções no parto.

A OMS desenvolveu e classificou as práticas de condução do parto normal, estabelecendo orientações na condução do trabalho de parto. Essas recomendações são baseadas em argumentos científicos.

A OMS dividiu em planos úteis para serem desenvolvidos; o plano de parto deverá conter o lugar determinado do parto, e o profissional que realizará o parto, tudo isso será realizado e definido durante a gestação, sendo comunicado em conjunto com seu companheiro e sua família. Avaliação do risco gestacional, sempre analisando a cada consulta no pré-natal. Requisito para o plano de monitoramento do bem estar físico e emocional da mulher, durante o trabalho de parto, até o término do processo. Oferecer líquidos e alimentos por via oral, no decorrer do parto. Respeitando a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações sobre toda a assistência obstétrica, sobre o parto viável e seguro onde a mulher se sinta segura e confiante. É importante ressaltar sobre respeitar o direito da mulher à privacidade no local do parto, é imprescindível o apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto. Não negar às mulheres, nenhuma informação e explicações que desejarem utilizar métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto (BITTENCOURT, 2014, [s/p]).

Realizar o monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente. Fazer uso de materiais descartáveis, fazer utilização de luvas no exame vaginal durante o parto e também no manuseio da placenta, respeitar a liberdade de posições e movimento durante o trabalho de parto. Fazer estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto. Estar cuidadosamente, monitorando o progresso do parto, assim como a dilatação do canal vaginal, fazendo utilização do uso do partograma da OMS, saber realizar administração de profilaxia de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou com ocorrência de perda de sangue. Analisar sobre as condições estéreis ao cortar o

cordão, fazer a prevenção da hipotermia do bebê, e por fim promover o contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho, e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre aleitamento materno, fazer também o exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho foi pensado em discutir um tema recorrente e muito presente na vida da mulher, que é o parto. Falar sobre algo importante, que as mulheres passam, e tratar os riscos a que são expostas, ou quando sua vontade e escolha não são levadas em consideração. Esse artigo vem desmitificar sobre o parto, e questionar toda essa instrumentalização e a responsabilidade do médico. A temática trouxe a discussão sobre o protagonismo da mulher em todo o processo de parto, e vem analisando como a cesariana sob influência do capitalismo tem sido o parto mais realizado no Brasil. O objetivo foi discutir sobre a humanização do parto, atrelando sobre o olhar jurídico, tratar questões que fazem parte da vida da mulher.

Entendendo como a mulher foi perdendo o seu protagonismo no parto para o homem, porque o parto era conduzido por parteiras. Identificar também como o parto humanizado resgata esse papel da mulher.

Propõe-se um diálogo sobre as recomendações da OMS, para o desenvolvimento do parto, com o mínimo de intervenções, a lógica da humanização é respeitar as escolhas da mulher, esse trabalho tratou sobre as consequências e riscos que a mulher e o bebê podem ser expostos diante uma cesárea. Observando os riscos e sequelas oriundas da cesariana, poderá ser responsabilizado o profissional que realize esse procedimento.

Assim, compreendo que esse trabalho vem discutir e discorrer sobre a mulher, e o modo como estão sendo respeitadas as suas escolhas, dentro de uma medicina tão instrumentalizada e medicamentosa.

Esse trabalho vem discutir também sobre a violência obstétrica, que ocorre dentro do sistema de saúde privado e público, e muitas mulheres nem sabem identificar como violência, porque é algo corriqueiro e às vezes classificado como normal. Esse artigo buscou discutir os aspectos relacionados ao parto, o qual deverá ser uma escolha da mulher, e dialogando dentro da doutrina e ordenamento jurídico a responsabilidade subjetiva do profissional médico.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, Claudia. Você conhece as recomendações da OMS para o parto normal? **UNA-SUS**. 2014. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-conhece-recomendacoes-da-oms-para-o-parto-normal>. Acesso em: 11 mar. 2020.

BRASIL. **Código de Ética Médica**. 2010. Disponível em: <http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual>. Acesso em: 11 mar. 2020.

BRASIL. **Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/110406.htm. Acesso em: 20 jan.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares**. Brasília-DF, 2010.

BRASIL. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais** [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo TJ-SP: 0001314-07.2015.8.26.0082 SP 0001314-07.2015.8.26.0082, Relator: Fábio Podestá, Data de Julgamento: 11/10/2017, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 11/10/2017. **Jusbrasil**. Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/509315821/13140720158260082-sp.0001314-0720158260082/inteiro-teor-509315834>. Acesso em: 11 mar. 2020.

CAVALIERI, Sérgio Filho. **Programa de responsabilidade civil**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

CAVALIERI, Sérgio Filho. **Programa de responsabilidade civil**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Conselho Federal de Medicina Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, p.627-37, 2005.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. 25. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

FIGUEIREDO, Jéssica Souto de. O direito da mulher ao parto natural no Brasil: responsabilidade civil do médico. **Âmbito Jurídico**. 2017. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-157/o-direito-da-mulher-ao-parto-natural-no-brasil-responsabilidade-civil-do-medico/>. Acesso em: 02 mar. 2020.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. **Agência Fiocruz de Notícias**. 30 maio 2014. Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>. Acesso em: 02 mar. 2020.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. **Agência Fiocruz de Notícias**. 30 maio 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>. Acesso em: 11 mar. 2020.

FRANÇA, Genival Veloso. **Direito Médico**. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

FUNES, Gilmar Pesquero Fernandes Mohr; PETROUCIC, Mariana Zocca. Da responsabilidade civil do médico. 2007. *In: ETIC - Encontro de Iniciação Científica* - ISSN 21-76-8498, América do Norte, 4 dez. 2009. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1796/1710>. Acesso em: 02 mar. 2020.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: responsabilidade civil**. v. 4, 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

KFOURI, Miguel Neto. **Responsabilidade Civil do Médico**, 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.

LEAO, Míriam Rêgo de Castro *et al.* Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 18, n. 8, p.2395-400, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800024&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 mar. 2020.

LOPES, Gisele Almeida; LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Desfechos e cuidados perineais em centro de parto normal. **Texto & Contexto Enfermagem**. [online]. 2019, v.28. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20190168.pdf. Acesso em: 11 mar. 2020.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/23562/2/maia-9788575413289.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.

MATOS, Thaís Alves. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n. 6, Brasília nov./dez. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600020&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 02 maio 2020.

MEDEIROS, Renata; SANTOS, Inês; SILVA, Leila. A escolha pelo Parto Domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. dez./2008, p.765-72. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a22.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública** [online].

2008, v. 24, n. 8, pp.1859-1868. ISSN 0102-311X. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000800014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 mar. 2020.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 24, n. 8. Rio de Janeiro, ago./2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/14.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2020.

OLIVEIRA, Gabriella Dias de. Nascer no Brasil: o retrato do nascimento na voz das mulheres. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Maternidade segura**. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=5BFFE04338C4DD6789987B19B04C997?sequence=3. Acesso em: 02 jun. 2020.

RAMOS, Blenda Dias Estércio; ROCHA, Ivanilde Marques da Silva; LIMA, Anderson Luiz da Silva. Parto domiciliar planejado: um relato de experiência. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**. p.42-52. São Paulo 2018. Disponível em:
<file:///C:/Users/Cla%C3%BAdia/Downloads/247-967-1-PB.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

RECOMENDAÇÕES da OMS (Organização Mundial de Saúde) no atendimento ao parto normal. **Despertar do Parto**. [20--]. Disponível em:
<https://www.despertardoparto.com.br/recomendacedilotildees-da-oms-para-o-parto-normal.html>. Acesso em: 11 mar. 2020.

RODRIGUES, Thaísa Mara; NUNES, Altacílio Aparecido. Indenizações em obstetrícia: estudo das decisões do Superior Tribunal de Justiça do Brasil de 2004 a 2014. **Revista de Direito Tributário**. 2018. Disponível em:
<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148131>. Acesso em: 02 mar. 2020.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha. **Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis**, jul./set. 2015; 24(3): 875-82. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00875.pdf. Acesso em: 14 mar. 2020.

SANFELICE, Clara Frós; SHIMO, Antonieta Keiko. Parto domiciliar: compreendendo os motivos dessa escolha **Texto contexto - Enfermagem**. v. 24, n. 3. Florianópolis, jul./set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002850014>. Acesso em: 14 mar. 2020.

VENOSA, Silvio de Salvo. **Responsabilidade Civil**. v. 4, 11. ed. São Paulo: Atlas, 2011.