

**XXV CONGRESSO DO CONPEDI -  
CURITIBA**

**DIREITO ADMINISTRATIVO E GESTÃO PÚBLICA II**

**EDUARDO MARTINS DE LIMA**

**MARIA DE FATIMA RIBEIRO**

Todos os direitos reservados e protegidos.

Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

#### **Diretoria – CONPEDI**

**Presidente** - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP

**Vice-presidente Sul** - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS

**Vice-presidente Sudeste** - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM

**Vice-presidente Nordeste** - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN

**Vice-presidente Norte/Centro** - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP

**Secretário Executivo** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC

**Secretário Adjunto** - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

**Representante Discente** – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

#### **Conselho Fiscal:**

Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH

Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini Sanches – UNINOVE

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)

Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

#### **Secretarias:**

**Relações Institucionais** – Ministro José Barroso Filho – IDP

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF

**Educação Jurídica** – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDI

**Eventos** – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC

Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG

Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA

**Comunicação** – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

---

D598

Direito administrativo e gestão pública II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UNICURITIBA;

Coordenadores: Eduardo Martins de Lima, Maria De Fatima Ribeiro – Florianópolis: CONPEDI, 2016.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-295-8

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: o papel dos atores sociais no Estado Democrático de Direito.

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Congressos. 2. Direito Administrativo. 3. Gestão Pública. I. Congresso Nacional do CONPEDI (25. : 2016 : Curitiba, PR).

CDU: 34



## **XXV CONGRESSO DO CONPEDI - CURITIBA**

### **DIREITO ADMINISTRATIVO E GESTÃO PÚBLICA II**

---

#### **Apresentação**

Os artigos aqui publicados foram apresentados no Grupo de Trabalho nº 56 - Direito Administrativo e Gestão Pública II, durante o XXV CONGRESSO DO CONPEDI – Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito realizado em Curitiba - PR, entre os dias 07 e 10 de dezembro de 2016, em parceria com o Programa de Pós-graduação em Direito do Centro Universitário Curitiba – UNICURITIBA.

Os trabalhos apresentados propiciaram importante debate, em que profissionais e acadêmicos puderam interagir em torno de questões teóricas e práticas considerando o momento econômico e político da sociedade brasileira, em torno da temática central – Cidadania e desenvolvimento sustentável: o papel dos atores sociais no Estado Democrático de Direito. Referida temática foi pensada para se refletir sobre o desenvolvimento gerador de desigualdades sociais e regionais de toda ordem.

Na presente coletânea encontram-se os resultados de pesquisas desenvolvidas em diversos Programas de Mestrado e Doutorado do Brasil, com artigos rigorosamente selecionados por meio de avaliações por pares, objetivando a melhor qualidade e a imparcialidade na divulgação do conhecimento da área jurídica e áreas afins. Os temas apresentados no Grupo de Trabalho – Direito Administrativo e Gestão Pública II, tiveram como destaques as abordagens sobre a discricionariedade administrativa, princípio da supremacia do interesse público sobre o particular, responsabilidade civil do Estado por sanções políticas tributárias, o município e o federalismo fiscal, licenciamento ambiental, comissões de licitação, Advocacia Geral da União, licitação sustentável, prorrogação de contratos públicos, dentre outros.

Os 19 artigos, ora publicados, guardam sintonia, direta ou indiretamente, com o Direito Administrativo, Direito Constitucional, Direito Civil, Direito Tributário na medida em que abordam itens relacionados à administração pública, responsabilidade dos gestores e questões peculiares da gestão pública. De igual modo, de forma contextualizada há a observância do compromisso estabelecido com a interdisciplinaridade.

O CONPEDI, com as publicações dos Anais dos Encontros e dos Congressos, mantendo sua proposta editorial redimensionada, apresenta semestralmente os volumes temáticos, com o objetivo de disseminar, de forma sistematizada, os artigos científicos que resultam dos

eventos que organiza, mantendo a qualidade das publicações e reforçando o intercâmbio de ideias.

Nesse sentido, cumprimentamos o CONPEDI pela feliz iniciativa para a publicação da presente obra e, ao mesmo tempo, agradecemos aos autores dos trabalhos selecionados e aqui publicados, que consideraram a atualidade e importância dos temas para seus estudos.

Profa. Dra. Maria de Fátima Ribeiro - UNIMAR

Prof. Dr. Eduardo Martins de Lima - FUMEC

**O ALCANCE DA SUSTENTABILIDADE DO PARTO NORMAL NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE E A MITIGAÇÃO DA AUTONOMIA DA VONTADE DA GESTANTE NA ESCOLHA PELA CESARIANA**

**THE REACH OF THE SUSTAINABILITY OF NORMAL DELIVERY IN PUBLIC HEALTH SERVICE AND THE MITIGATION OF THE AUTONOMY OF THE PREGNANT WILL IN CHOOSING BY CESAREAN**

**Ana Carolina Couto Lima de Carvalho <sup>1</sup>**  
**Gilson Lima de Carvalho <sup>2</sup>**

**Resumo**

A pesquisa trata do alcance da sustentabilidade do parto normal no serviço público de saúde e mitigação da autonomia da vontade da gestante pela cesariana. Utiliza método indutivo, fonte de pesquisa bibliográfica, legal e jurisprudencial. Observa que o parto é um dos principais eventos relacionados à judicialização médica. Evidencia que, em decorrência da má gestão da saúde pública e da falta de diálogo na relação médico-paciente, o parto normal é a via preferencial no SUS para alcançar a sustentabilidade em suas dimensões econômica e social; garantindo diminuição de custos e maior acessibilidade para o atendimento das gestantes.

**Palavras-chave:** Cesariana por conveniência, Autonomia da vontade da gestante, Dimensão econômica e social da sustentabilidade

**Abstract/Resumen/Résumé**

The research deals with the scope of the sustainability of normal delivery in public health services and mitigation of the autonomy of the pregnant will by cesarean. Uses inductive method, source of bibliographical research, legal and jurisprudential. Notes that the delivery is one of the main events related to medical litigation. Demonstrates that, as a result of poor management of public health and the lack of dialog in the doctor-patient relationship, the normal delivery is preferable in SUS for achieving sustainability in their economic and social dimension; ensuring reduced costs and increased accessibility to the care of pregnant.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Cesarean for convenience, Autonomy of the will of the pregnant, Economic and social dimension of sustainability

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Ciência Jurídica - UNIVALI. Mestre em Direito - UNIPAR. Especialista em Direito Tributário - UnP. Pós-graduada em Constitucional. Graduada Direito - TOLEDO. Professora Adjunta Direito UFAC. Advogada. carolcoutomatheus@hotmail.com.

<sup>2</sup> Especialista Ginecologia/Obstetrícia - AMB. Especialista Obstetrícia - CNRM. Pós-Graduado Administração Hospitalar/Gestão da Saúde Pública - FARO. Graduado Medicina - USS/RJ. Bacharel Direito - UFAC. Ultrassonografista. Colposcopista. Médico - SESACRE. gilson\_lc@yahoo.com.br.

## INTRODUÇÃO

A especialidade médica de obstetrícia é considerada uma das profissões do serviço público de maior vulnerabilidade. Isso se dá em decorrência dos possíveis danos sofridos pelas gestantes ou pelos conceptos durante a prestação da assistência médico-obstétrica, principalmente, durante o processo de trabalho de parto; o que culmina em uma variedade de demandas judiciais imputadas aos obstetras, tendo como objeto uma suposta culpabilidade relacionada a uma assistência prestada com má qualidade.

Inúmeros erros são cominados aos obstetras na prestação de seus serviços para com a gestante, tanto no acompanhamento do pré-natal, quanto na assistência do processo de trabalho de parto. Esses eventos, por serem de longa duração, inúmeras variáveis podem influenciar no resultado insatisfatório para o binômio materno-fetal, com possíveis danos relacionados a iatrogenias ou a erros na assistência médica.

O processo de trabalho de parto é momento de maior vulnerabilidade da gestante, em decorrência, muitas vezes, decorrentes de inseguranças das gestantes que não são sanadas ao longo do atendimento do pré-natal. Durante a assistência do parto, há imposição de vontades, tanto do obstetra por meio de suas indicações em procedimentos, quanto relacionadas à discricionariedade da Administração Pública, em detrimento da escolha da gestante em relação a via do parto, se normal ou cirúrgico.

O Código de Defesa do Consumidor estabelece que a assistência do médico no atendimento ao paciente é uma relação de consumo, razão pela qual nem sempre a prestação do serviço médico-obstétrico destinados à gestante ocorre de forma amigável. Nesse cenário, poderão surgir conflitos nos atendimentos ao longo do pré-natal e, principalmente, durante o processo de trabalho de parto; podendo culminam na responsabilização civil do obstetra ou do estabelecimento de saúde.

Em relação a esses conflitos de interesses, será analisado o posicionamento majoritário dos doutrinadores sobre o tema e os possíveis danos resultantes do atendimento do obstetra que podem acarretar responsabilidade civil do médico ou do estabelecimento público de saúde onde foram prestados os serviços.

A pesquisa centrará suas atenções na assistência prestada à gestante e ao conceito em estabelecimento público de saúde e que, por meio da autonomia de sua vontade, a gestante escolhe ser submetida à cesariana eletiva; independentemente da indicação do obstetra ou de imposições da Administração Pública. Será destacado, se há preservação da autonomia

gestante em fazer sua própria escolha ou se prevalece a autonomia privada em decorrência da discricionariedade da Administração pública na relação médico-paciente.

O objetivo principal do presente estudo será verificar o alcance da sustentabilidade do parto normal no serviço público de saúde em sua dimensão econômica e social, em prol da garantia do interesse coletivo na assistência das parturientes, por meio da diminuição de custos e melhoria na qualidade da saúde do binômio materno-fetal; em detrimento da autonomia da vontade da gestante na escolha pelo parto cesáreo.

Para tanto, será demonstrado que, em decorrência da má qualidade na gestão pública e da falta de diálogo na relação médico-paciente, o parto normal é sustentável; preservando o bem-estar para gerações atuais e futuras.

Justifica-se a escolha do tema pela frequente veiculação nos meios de comunicação de intercorrências relacionadas a resultado danoso para a gestante e para o concepto, em decorrência de uma possível conduta inadequada nos estabelecimentos públicos de saúde durante o processo de trabalho de parto; bem como, em decorrência das inúmeras queixas de possíveis erros médicos por não ter sido respeitado o pedido da gestante por um parto cesáreo. Assim sendo, é tema de interesse relevante para a saúde pública contemporânea e que vem promovendo intenso debate nos meios acadêmicos da área médica, jurídica e em toda a sociedade.

Destarte, em decorrência da sobreposição da indicação do obstetra e da imposição da Administração Pública por meio da discricionariedade para que ocorra um parto normal, o tema é bastante controverso, havendo poucos estudos sobre o assunto; inexistindo, portanto, consenso no sentido de contemplar a autonomia da vontade da gestante para decidir pela cesariana. Dessa forma, sua escolha acaba sendo mitigada em decorrência da assistência precária que a mesma recebe ao longo do pré-natal e/ou durante o processo de trabalho de parto.

A partir da análise jurisprudencial, o presente trabalho verificará o entendimento predominante dos tribunais sobre o tema, após ser verificado danos ocasionados tanto às gestantes quanto aos conceptos decorrentes de possíveis erros médicos, após ter sido realizado parto normal, em detrimento do pedido da gestante pela cesariana.

A pesquisa em testilha evidenciará que o parto normal deve ser incentivado como forma de alcançar a utilização sustentável dos recursos públicos em prol do interesse coletivo em suas diversas dimensões, no que se refere economia dos custos e a melhor assistência à saúde pública para realização dos partos nas maternidades públicas.

Nesse esteio, será observado que o parto normal é sustentável, em comparação com o parto cesariano, quando realizado em gestante e concepto hígidos, em decorrência: do menor tempo de ocupação do leito hospitalar (aumentando a disponibilidade de leitos para um maior número de parturientes); da diminuição da utilização de materiais de insumos, medicamentos, equipamentos e serviços diversos de apoio (lavanderia, limpeza, cozinha e outros); do menor número de recurso humano (necessidade de número deduzido de profissionais assistentes); do melhor restabelecimento para a saúde da puérpera e do neonato (em decorrência da baixa complexidade do procedimento e menor tempo de internação hospitalar).

Durante as diversas fases da pesquisa serão utilizadas as técnicas do Referente, da Categoria, do Conceito Operacional, do Fichamento e por meio do método de abordagem indutivo, fonte de pesquisa bibliográfica, legal e jurisprudencial serão pesquisadas e confrontadas as partes de um todo para que se possa ter uma visão generalizada; a fim de que possa ser verificado a sustentabilidade do parto normal em prol do interesse coletivo e a possível culpabilidade do obstetra e dos estabelecimentos de saúde pública nos atendimentos prestados às gestantes e aos conceptos em decorrência de possíveis erros por negligência, imprudência ou imperícia, quando não preservado o direito da autonomia da vontade da gestante na escolha pelo parto cesáreo.

## **1 O PARTO E A CESARIANA POR CONVENIÊNCIA**

O parto é processo pelo qual ocorre a exteriorização do produto da concepção (concepto) da cavidade uterina que pode ocorrer por via baixa ou transvaginal, no caso do parto normal, também conhecido como natural ou vaginal; bem como, o parto pode ocorrer por via alta ou transabdominal, no caso do parto cesáreo, também conhecido como cesariana, ou cirúrgico.

O Processo do trabalho de parto pode ser desencadeado a partir da vigésima semana de gestação de forma fisiológica (espontânea ou natural), ou provocada pela intervenção humana (indução medicamentosa ou mecânica); bem como por outro meio que antecipe este processo sem a intervenção humana (determinadas patologias).

Quanto ao início do desencadeamento do processo de trabalho de parto, o parto pode ser: prematuro ou pré-termo (aquele que ocorre após a vigésima semana e antes da trigésima sétima semana de gestação), com riscos elevados de complicações para o recém-nascido, principalmente relacionados a problemas respiratórios; à termo (quando ocorre a partir da trigésima sétima semana, até a quadragésima segunda semana de gestação), sendo evento com

baixa potencialidade para complicações; ou pós-termo (quando ocorre após a quadragésima segunda semana de gestação), com possibilidade de sofrimento para o conceito, com risco elevado de morte intrauterina.

O parto cesáreo é “ato cirúrgico que consiste em incisar o abdome e a parede do útero para liberar o conceito desenvolvido nesse local” (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014, p. 662). Determinadas intercorrências ao longo da gestação, de causa materna e/ou fetal, podem impedir a evolução natural do processo de trabalho de parto e que, nessas situações, a Medicina permite antecipar o parto, por indução com medicamentos ou de forma mecânica, ou por meio da realização do procedimento da cesariana; a fim de que seja evitado dano maior para o binômio materno-fetal.

## 1.1 ESCORÇO HISTÓRICO DA CESARIANA

A controvérsia do procedimento cirúrgico relacionado à operação cesariana está presente na origem de seu nome e na própria realização dos primeiros partos cirúrgicos.

A origem do procedimento cirúrgico passa por narrativas recolhidas da Mitologia que fazem referências a nascimentos ocorridos por cesarianas, entre eles, o nascimento de Esculápio. Conta *Píndaro* ter *Apolo* assassinado *Corone* que, embora grávida do mesmo, traia-o com *Isquione*. Desejando salvar o filho, mandou que *Mercúrio* o retirasse do ventre materno, e assim nasceu *Esculápio*, deus da Medicina. Também há numerosas referências na literatura de cesarianas na cultura hindu, egípcia, grega, romana, chinesa e europeia (REZENDE, 1991, p. 894-895).

Assim, pode ser observado na história da Medicina que a origem do parto cesáreo ocorreu com a cesariana pós-morte materna, sendo este um dos primeiros procedimentos cirúrgicos realizados pelo homem. A maioria dos casos relatados nas narrativas históricas se refere a situações extremas, com a finalidade de salvar a vida do conceito, com elevada probabilidade de morte do neonato.

O marco histórico da cesariana ocorreu em 21 de maio de 1876; quando, Eduardo Porro, médico italiano, obteve sucesso ao operar uma paciente. Utilizou técnica cirúrgica inovadora para época; pela qual, consistia na retirada do conceito e, seguidamente, durante o procedimento, realizava histerectomia (retirada do útero) e anexectomia bilateral (retirada dos ovários) para prevenção de possível infecção uterina; a principal causa de mortalidade materna pós-cesárea (REZENDE, 1991, p. 905-906).

Portanto, os relatos históricos observam que, inicialmente, os partos cesáreos ocorriam em partos obstruídos e nas hemorragias graves da gestação. Com o tempo, a

cesariana foi aprimorada pelas novas técnicas de cirurgia, anestesia, assepsia e antibioticoterapia; passando a ser procedimento de baixa morbidez e mortalidade insignificante.

As principais indicações de cesariana estão relacionadas às intercorrências por “cesárea de repetição, desproporção cefalopélvica, sofrimento fetal, distócia funcional, inserção baixa de placenta, prolapso de cordão, descolamento prematuro de placenta, apresentação fetal anômala, rotura prematura das membranas e pacientes portadoras de HIV” (CAMANO, 2003, p. 347-348).

Para Freitas (2006, p. 283), não resta dúvida do grande valor da cesariana para salvar vidas e prevenir sequelas neonatais comuns no início da Medicina, principalmente em decorrência dos partos distócicos. No entanto, alerta para o aumento das cesarianas sem a adequada indicação obstétrica, algo que poderia aumentar a morbimortalidade da parturiente e do neonato; bem como, elevar os custos quando comparadas aos partos normais.

Assim sendo, o procedimento do parto cesáreo, ao ser utilizado como meio de solução rápida para interrupção da gestação, poderia se tornar um grande problema, em decorrência dos possíveis danos, quando comparado com o parto normal. Destarte, importante destacar que os benefícios da cesariana superam os possíveis riscos quando realizada em gestante e concepto hígidos, com idade gestacional em torno de 40 semanas; ao ser utilizado os cuidados apropriados que a técnica cirúrgica requer e as condições hospitalares adequadas.

Dessa forma, os riscos de complicações no parto cesáreo são cada vez menores tanto para a gestante quanto para o concepto, sendo quase nulos, quando respeitado os preceitos médicos cientificamente comprovados em sua realização; tornando assim, cada vez mais frequente a cesariana por conveniência, principalmente em redes particulares de saúde.

Ao ser analisada a operação cesariana, quanto aos critérios de riscos de comprometimento da saúde da gestante e/ou do concepto em relação a manutenção da gestação, independente da ocorrência do processo de trabalho de parto, pode ser emergencial ou eletivo.

O parto cesáreo emergencial é aquele realizado de forma imediata, para abreviar a gestação, com a finalidade de solucionar ou amenizar situação de risco iminente de comprometimento da saúde da gestante e/ou do concepto, que poderá ser agravada se mantida adiante a gestação.

Já o parto cesáreo eletivo, com data ou período definido para sua realização, sem necessidade de interrupção imediata da gestação, pode ser por indicação do obstetra abrevia a gestação em decorrência de possíveis riscos, não iminentes, para a saúde da gestante ou do

concepto, se for aguardado a evolução espontânea do processo de trabalho de parto por via vaginal; ou pode ser realizado por conveniência da gestante ou do obstetra, quando não há qualquer indicação de risco que impeça a evolução para o processo de trabalho de parto espontâneo.

## 1.2 A CESARIANA POR CONVENIÊNCIA

A cesariana por conveniência é realizada com a finalidade de satisfação da vontade do médico obstetra ou em resposta a um pedido da gestante, tendo como interesse comum a interrupção da gestação. Portanto, é procedimento cirúrgico de antecipação do parto, de forma programada e planejada, na ausência de indicação obstétrica decorrente de fatores de riscos relacionados à saúde da gestante ou do concepto pela manutenção da gestação.

Assim, por uma simples questão de conveniência, antecipa-se o término da gestação, não sendo permitindo que o processo de trabalho de parto possa ser desencadeado espontaneamente e concluído por via transvaginal. No entanto, essa interrupção, por meio de uma cirurgia, deve ocorrer em momento adequado da gestação, pensando no bem-estar do concepto; a fim de que não haja os riscos relacionados à prematuridade.

Vários fatores estão relacionados à preferência pelo procedimento da cesariana por conveniência em detrimento ao processo do trabalho de parto normal, dos quais, podem ser destacados: tempo relativamente curto de realização do procedimento, em torno de uma hora, e de sua relativa segurança.

Nesse esteio, seria menos desgastante o parto cirúrgico em comparação ao parto normal, pelo fato deste evento: ser espontâneo na maioria das vezes; ocorrer em data incerta, entre 37 a 42 semanas de gestação; desencadear-se a qualquer dia e hora, e com longa duração do início do processo até seu término, com aproximadas dez horas de evolução.

Portanto, as expectativas do parto normal são muito maiores na maioria das vezes, em decorrência da dificuldade de se conciliar o momento incerto do início de desencadeamento do processo de trabalho de parto normal e os afazeres do cotidiano já programados pelo médico, gestante e sua família.

Essa ansiedade pelo aguardo do parto normal torna o parto cesáreo, por vezes, o parto preferencial, algo possível de ser constatado em alguns hospitais da rede pública de saúde; nos quais, os trabalhos de parto menos laborosos tendem a evoluir para o parto normal e os casos que necessitam de maior tempo e disponibilidade para assistência da equipe hospitalar, por vezes, culminam em cesariana.

Ao ser realizado a cesariana por conveniência, alguns danos podem ocorrer para a parturiente e para o neonato, dos quais, podem ser destacados como de causa materna: as condições que levam a hemorragia, como a placenta prévia ou acreta em gestações futuras, com consequente possibilidade de histerectomia-cesárea; a infertilidade e o risco de morte.

Já os possíveis danos de causa neonatal, podem ser destacados as condições que levam a transtornos respiratórios, com riscos elevados de sequelas e óbitos dos neonatos, dos quais: a taquipneia transitória e a síndrome de angústia respiratória.

Rezende Filho, ao abordar os possíveis riscos relacionados aos partos cesáreos, destacou em sua obra que:

Apenas cinco variáveis demonstram moderada qualidade de evidência, considerando a via de parto (cesárea ou parto planejados), em gestações a termo com apresentação de vértice: Tempo de internação materna; morbidade respiratória neonatal; placenta prévia ou acreta em gestações subsequentes; ruptura uterina em gestação subsequente; hemorragia materna (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014, p. 740).

Portanto, é possível observar que algumas variáveis são favoráveis ao parto vaginal e outras à cesárea planejada por indicação obstétrica ou conveniência da gestante. Dessa forma, devem ser considerados os riscos e os benefícios para indicação da via do parto e, na ausência de indicação materna ou fetal para a cesárea, o parto vaginal planejado é seguro, apropriado e deve ser recomendado.

Importante destacar os casos relacionados às cesarianas realizadas sob o diagnóstico de iteratividade, ou seja, ao ser realizado parto cesáreo por conveniência na primeira gestação de uma mulher, quase que inexoravelmente será submetida a cesarianas em suas gestações futuras; independente das indicações obstétricas relacionadas a outros fatores de riscos que possam impedir o parto normal, principalmente quando a gestante já foi submetida a partos cirúrgicos de forma sucessiva (diagnóstico de iteratividade).

Assim, os partos cesáreos realizados sucessivamente podem elevar os riscos de complicações tanto para mãe quanto para o concepto, em decorrência de possíveis complicações inerentes aos procedimentos cirúrgicos que são relatadas como iatrogenias; devendo, portanto, a gestante ser bem orientada, respeitando sua liberdade de escolha, antes de ser submetida a uma cesariana por conveniência.

Dessa forma, a iatrogenia é intercorrência relacionada ao procedimento de intervenção médica que, na obstetrícia, há potencialidade de dano tanto para a gestante quanto para o concepto. Assim, ambos são passíveis de prejuízos, mesmo tendo sido empregada a

técnica adequada e todos os meios preconizados pela Medicina para sua realização de forma satisfatória; sem que houvesse culpa do obstetra na resultante danosa.

Como exemplos de possíveis iatrogenias, após a realização de uma cesariana, podem ser destacadas: neonato nascer prematuro por erro de cálculo da idade gestacional; morbimortalidade por infecção puerperal; brônquio-aspiração da gestante, entre outras.

Outro fator preponderante para saúde pública que deve ser destacado em relação as iatrogenias nos partos cesáreos, está relacionado ao tempo prolongado de hospitalização da puérpera e do neonato após realização do procedimento cirúrgico, em comparação ao parto normal; pois, o puerpério de um parto cesáreo submete a puérpera a uma recuperação mais lenta, podendo até mesmo, comprometer a amamentação para o recém-nascido, o que para alguns médicos justifica a não realizar cesariana por conveniência.

Portanto, sempre o obstetra deverá avaliar os riscos e benefícios de acordo com cada caso que assiste, antes de submeter a gestante a uma cesariana por conveniência. Para tanto, sua decisão deverá ser tomada em conjunto com a gestante e seu companheiro, bem como com os demais profissionais assistentes e responsáveis pelos setores do hospital que acompanharão a puérpera e o neonato durante todo o período de internação hospitalar.

Procedendo dessa forma, em relação as cesáreas por conveniência, haverá suporte satisfatório para o acolhimento e assistência adequada da futura puérpera e do neonato; diminuindo os possíveis danos que poderão estar relacionados a iatrogenias, ou até mesmo a erros médicos.

### 1.3 OS CUSTOS DA CESARIANA PARA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A realização de uma cesariana, ao contrário de um parto normal, reflete de forma demasiada nos custos para assistência à saúde das parturientes e dos conceptos na rede pública de saúde do Brasil. Isto ocorre, pelo fato de ser uma intervenção que necessita de uma estrutura hospitalar de maior complexidade em termos de materiais de insumos, equipamentos, equipe profissional, serviços de apoio diversos e tempo de ocupação de leito hospitalar.

O parto cesáreo gera custo 50% maior em comparação com o parto vaginal. Um dos principais fatores para elevação dessas despesas decorre da maior incidência de neonatos prematuros que são aqueles nascidos de cesarianas antes de 37 semanas de gestação; principalmente, quando há erro da idade gestacional.

Em consequência deste erro, há aumento da necessidade suporte intensivo para o recém-nascido e maior tempo de internação hospitalar; algo que refletirá no aumento da morbimortalidade do binômio materno-neonato e refletirá, futuramente, no aumento da demanda de serviços de atenção à saúde durante a primeira infância das crianças nascidas provenientes de parto cirúrgico.

Portanto, a Administração pública incentiva partos normais em detrimento das cesarianas, em consideração a vários fatores, dos quais: quantidade reduzida de leitos hospitalares para internação das parturientes, escassez de recursos e de investimentos para a saúde pública voltados a assistência ao parto nas maternidades públicas; bem como, os possíveis erros e iatrogenias inerentes ao procedimento. Assim, incentivando o parto normal nos serviços públicos de saúde, busca-se otimizar os recursos, melhorando a assistência dos serviços de atenção ao pré-natal e ao parto.

## **2 A AUTONOMIA DA VONTADE DA GESTANTE NA ESCOLHA PELA CESARIANA**

Um dos maiores receios da gestante está relacionado ao medo de sentir dor durante o processo de trabalho de parto, principalmente, quando é a primeira gestação e não há uma base emocional equilibrada para suportar determinadas situações com potencialidade para o sofrimento.

Assim, o parto normal que para algumas mulheres poderia gerar dor de baixa intensidade, para outras, seria algo quase que intransponível. Nestes casos, a tendência natural seria evitá-lo ao máximo; porém, o ideal seria ter a oportunidade de compreendê-lo e enfrentá-lo como questão de escolha, respeitando, dessa forma, a autonomia da vontade da gestante.

Nesse caminho, importante compreender que o período de mudança corporal que passa a gestante ao longo da gravidez é processo de difícil aceitação para algumas mulheres e que, somado a ansiedade em decorrência dos possíveis riscos relacionados ao tipo de parto e a expectativa da vinda de um filho não saudável, faz com que a gestante, principalmente quando não recebe as informações adequadas em seu pré-natal, passe a potencializar um grande medo em relação ao parto. Esses receios poderão desencadear dores tanto na gestação quanto durante o processo de trabalho de parto e grande dificuldade para aceitação do parto vaginal. Assim, a cesárea por conveniência passa a ser vista por ela como única solução viável

para sanar sua angústia; não esperando, portanto, o desencadeamento do trabalho de parto de forma espontânea.

Portanto, para que a gestante possa fazer suas escolhas de forma segura e consciente, em relação ao tipo de parto que gostaria de ser submetida, se normal ou cirúrgico, respeitando sua autonomia, é fundamental a assistência do médico obstetra e de sua equipe ao longo de seu de seu pré-natal. Assim, por meio de orientações adequadas, a gestante terá o suporte técnico e emocional necessários durante a gravidez e para seu parto, sentindo-se segura para fazer suas próprias escolhas.

Dessa forma, para que não haja quebra na relação de confiança entre o obstetra e a gestante, é de fundamental importância a existência do diálogo entre as partes, a fim de que possa a gestante receber todas as informações necessárias. Agindo dessa forma o obstetra, minimizará os riscos de eventos danosos para a saúde da gestante ou do conceito; diminuindo a possibilidade de uma lide judicial, em decorrência da falta de diálogo e de confiança nessa relação.

Assim sendo, para que seja preservada a autonomia da vontade da gestante na escolha pela cesariana, faz-se necessário que a mesma seja bem orientada pelo obstetra, ao longo de seu pré-natal, em relação aos riscos das possíveis complicações inerentes ao parto cesáreo; para evitar que a falta de informação seja o objeto que ensejará a “responsabilidade civil do estabelecimento que presta serviço médico e do próprio médico condicionada ao defeito na prestação de seus serviços” (RIO DE JANEIRO, Tribunal de Justiça, 2006).

### **3 A RESPONSABILIDADE CIVIL DO OBSTETRA E DO ESTABELECIMENTO PÚBLICO DE SAÚDE NO ATENDIMENTO ÀS GESTANTES**

Deontologia Médica é o “conjunto de normas que indicam como devem se comportar indivíduos na qualidade de membros de um determinado corpo profissional” (ZUGAIB, 2005, p. 6) e que, habitualmente, também é compreendida com ética profissional ou ciência dos deveres. Nessa esteira, a ética profissional está bem estabelecida no Código de Ética Médica – CEM (2010, p. 36), no qual, define a Medicina como profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade; devendo ser exercida sem discriminação. Portanto, o foco do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

A proteção do consumidor é direito fundamental e princípio de ordem da atividade econômica, estando amparado no art. 5º, XXXII e no art. 170, V, da Constituição da

República de 1988 – CR/88 e, nesse sentido, o Código de Defesa do Consumidor – CDC (Lei nº 8.078/1990) caracteriza o serviço médico como relação jurídica de consumo.

Portanto, é fundamental que seja verificado o tipo de relação que se estabelece no atendimento entre o médico obstetra e a gestante no estabelecimento público de saúde; a fim de compreender a responsabilidade civil do obstetra e do estabelecimento de saúde nos atendimentos ao longo do pré-natal e durante o processo de trabalho de parto.

### 3.1 O ATENDIMENTO ÀS GESTANTES E A RELAÇÃO CONSUMERISTA

A maioria dos doutrinadores entendem que a relação entre o médico e o paciente é de consumo, devendo, portanto, ser aplicado os dispositivos do CDC. No entanto, é tema controverso, tendo em vista que parte deles defendem que não há incidência da relação consumerista; pois, analisam que o diploma legal como sistema de responsabilidades objetivas, não acolhe a atividade do médico. Para estes, o serviço médico tem natureza própria, devendo responder de forma subjetiva. Assim, havendo dano, deverá ser analisado a existência de culpa no atendimento que tenha prestado.

A jurisprudência corrobora com a doutrina majoritária, considerando aplicável o CDC à atividade médica, conforme pode ser verificado no julgado a seguir:

**RECURSO ESPECIAL. ERRO MÉDICO. CIRURGIÃO PLÁSTICO. PROFISSIONAL LIBERAL. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. PRECEDENTES. PRESCRIÇÃO CONSUMERISTA. I - Conforme precedentes firmados pelas turmas que compõem a Segunda Sessão é de se aplicar o Código de Defesa do Consumidor aos serviços prestados pelos profissionais liberais, com as ressalvas do § 4º do artigo 14. II - O fato de se exigir comprovação da culpa para poder responsabilizar o profissional liberal pelos serviços prestados de forma inadequada, não é motivo suficiente para afastar a regra de prescrição estabelecida no artigo 27 da legislação consumerista, que é especial em relação às normas contidas no Código Civil. Recurso especial não conhecido (Grifo nosso). (SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2006, p. 799).**

No entanto, há entendimento jurisprudencial contrário, no sentido de que a relação médico-paciente não é de consumo, conforme ementa a seguir transcrita:

**AÇÃO DE REPARAÇÃO DE DANOS. PROCEDIMENTO MÉDICO. EXCLUSÃO NO CASO DE RELAÇÃO DE CONSUMO. 1 - A reparação do dano decorrente de cegueira total do olho direito em razão de procedimento cirúrgico de remoção de catarata teve por fundamento, ‘em aceitação de doutrina norte-americana, a inversão do ônus da prova, no caso de erro médico’. No entanto, a interpretação consumerista não se aplica à espécie, dado que a lide foi decidida sem a invocação protecionista da inversão probatória, visto não se tratar de relação**

de consumo. 2 - Recurso especial conhecido e provido (Grifo nosso). (SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2008, p. 895).

O certo é que, independentemente da posição adotada, deve ser aplicado a legislação consumerista na relação entre o obstetra e a gestante. Assim, a responsabilidade civil do médico deve ser vista como subjetiva, devendo ser verificado a existência de culpa para responsabilização do obstetra; conforme estabelece o art. 14, § 4º, do CDC ao dispor que a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

### 3.2 A RESPONSABILIDADE CIVIL DO OBSTETRA NO SERVIÇO PÚBLICO

O art. 951 do Código Civil – CC (Lei nº 10.406/2002) consagra a responsabilidade subjetiva do médico, devendo ser verificado a existência de negligência, imprudência ou imperícia. Assim, responderá culposamente o obstetra que não prestar o atendimento em conformidade com a técnica científica que a Medicina requer, ou deixar de orientar a gestante de forma adequada em seu atendimento; se, em decorrência dessa conduta inadequada, resulte em algum dano para a saúde da gestante ou do concepto.

“Profissional médico que, em regime de sobreaviso, não examina o paciente, prescrevendo medicação e tratamento inadequado. Negligência configurada” (RIO GRANDE DO NORTE, Tribunal de Justiça, 2009). No mesmo sentido “Negligência e imprudência no atendimento de parturiente. Altas precoces nas duas internações. Inadequada valorização clínica do estado da paciente que já se apresentava febril e foi submetida à operação cesariana”. (PARANÁ, Tribunal de Justiça, 2002).

Assim, importante que seja destacado que a vulnerabilidade da gestante/consumidora em relação ao obstetra/fornecedor será sempre presumida, nos termos do art. 4º, inciso I, do CDC; ao estabelecer a responsabilidade por danos como forma de proteção conferida à gestante, em decorrência de sua vulnerabilidade pela falta de conhecimento técnico e informacional sobre sua saúde em relação ao obstetra.

Dessa forma, há obrigação do obstetra em orientar a gestante desde o primeiro atendimento de seu pré-natal, sobre tudo que será realizado, mediante consentimento informado; devendo sua conduta estar em consonância com a vontade da gestante que deverá sempre ser respeitada. Se agir de forma contrária, o obstetra ficará sujeito à responsabilização culposa caso venha a gestante ou o concepto sofrer algum dano em decorrência da má assistência prestada.

No direito processual brasileiro, a regra é que cabe ao autor comprovar os fatos que alega, conforme pode ser verificado no art. 373, I, do Novo Código de Processo Civil – NCCP (Lei nº 13.105/2015). Assim, a princípio, caberia à gestante demonstrar que o obstetra agiu culposamente, devendo ter relação de causalidade entre a ação do médico e o dano que sofreu. No entanto, o art. 6º, VIII, do CDC estabelece a possibilidade de inversão do ônus da prova, a fim de facilitar a defesa da gestante como parte hipossuficiente nessa relação.

Destarte, há entendimento contrário na jurisprudência, não cabendo ao obstetra o ônus da prova, considerando que não seria razoável impor ao médico que produza provas para comprovar que não cometeu erro na assistência do serviço prestado. “Ação de indenização por dano moral em decorrência de erro médico. Recurso contra a decisão que determinou a inversão do ônus da prova, nos termos do art. 6.º, inciso VIII, do CDC. Não aplicação da inversão do ônus da prova” (RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça, 2006).

A jurisprudência não pacificou tal questão, prevalecendo o posicionamento de que “é cabível a inversão do ônus da prova” (RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça, 2008). Nesse sentido, o que fundamentaria a inversão do ônus da prova na lide entre gestante e obstetra seria o fato deste ter maior capacidade técnica de produzir provas para serem apreciadas em juízo e que, havendo inversão do ônus da prova e se o obstetra não conseguir provar que agiu sem culpa, será presumida negligência, imprudência ou imperícia.

De forma contrária, o obstetra não será responsabilizado profissionalmente se agir sem culpa, mesmo que a gestante venha sofrer determinado dano; pois estaria configurado iatrogenia e não erro médico. “Durante os trabalhos de um parto acompanhou a evolução do quadro clínico da parturiente com todo o cuidado, consignando o diagnóstico correto, sem a constatação de qualquer erro técnico-profissional” (SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 1998, p. 155).

Assim, o que substancia a responsabilidade do obstetra é o dever de agir com diligência, eficiência e zelo para não acarretar dano. Portanto, será subjetiva a responsabilidade do obstetra originada de ato ilícito, imputável e culposo, do qual, por nexo de causalidade, tenha resultado prejuízo à gestante. Portanto, é obrigação do obstetra sempre informar de forma clara a gestante sobre o atendimento que está sendo realizado; utilizando-se de seu conhecimento técnico, tendo em vista a vulnerabilidade da gestante.

Para tanto, a conduta do obstetra, além de estar pautada no diálogo, deve ser formalizada por escrito, por meio do consentimento informado, em todos os seus atos; consolidando o princípio da boa-fé objetiva. “Destarte, apurada a responsabilidade do profissional, que negligentemente não prestou as informações necessárias à paciente, impõe-

se àquele indenizar à autora pelos danos materiais e morais por ela sofridos” (RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça, 2004).

### 3.3 A RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTABELECIMENTO PÚBLICO DE SAÚDE

Ao ser analisado a responsabilidade civil dos estabelecimentos públicos prestadores de serviços médicos, nos termos do art. 14 do CDC, a mesma sempre será objetiva, independentemente da existência de culpa. Portanto, responderá o estabelecimento pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços.

Assim, em caso de dano à gestante ou ao concepto, o obstetra responderá apenas por culpa, enquanto a responsabilidade civil da maternidade pública será apreciada objetivamente. “prevê a responsabilização do prestador de serviço, no caso, o hospital, quando as atividades relacionadas ao estabelecimento comercial em si, excluindo-se o mister técnico-profissional dos médicos que ali atuam, conservando-se a estes a relação subjetiva de preposição” (RIO DE JANEIRO, Tribunal de Justiça, 2007).

No entanto, se o dano ocasionado à gestante se deu em virtude de ato culposo exclusivo do obstetra, exercendo de forma autônoma a profissão, apenas este será responsabilizado. “Ausente relação de preposição entre o estabelecimento hospitalar e o médico, não há falar em responsabilidade do primeiro por ato do segundo” (RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça, 2009).

## 4 O ALCANCE DA SUSTENTABILIDADE COM O PARTO NORMAL

Os cuidados na assistência do pré-natal na rede pública de saúde, geralmente, não prepara a gestante psicologicamente para o parto em decorrência do ambiente de insegurança estabelecido em seu acompanhamento. Isto se dá, principalmente, em decorrência da falta de informações dos profissionais assistentes que assumem responsabilidades que, por vezes, vão além de sua competência; bem como, pela falta de investimento na saúde para o suporte necessário no acompanhamento de um pré-natal de qualidade.

A falta de investimento se dá tanto no aspecto estrutural quando humano, pois, a gestante deveria ser acompanhada por equipe multidisciplinar; compreendendo médico clínico geral e obstetra, psicólogo, assistente social e equipe de enfermagem.

Quando a equipe está incompleta, gera ambiente de insegurança; comprometendo a qualidade da assistência no pré-natal e influenciando diretamente parte emocional da gestante

e no olhar da sociedade para a questão; muitas vezes, de forma negativa. Então, a insegurança sofrida pela gestante decorre da falta de acolhimento e orientações adequadas ao longo do pré-natal que se transforma em medo e dor durante o processo de trabalho de parto.

Assim, a gestante passa a nutrir a expectativa de ter seu filho por meio da cesárea por conveniência, por considerar o parto normal como algo quase que insuportável; em decorrência de sua insegurança resultante da má qualidade na assistência de seu pré-natal e das condições inadequadas das maternidades públicas para receber a parturiente no Brasil.

No atual sistema de saúde, perdeu-se a prática da assistência em equipe no cuidado para com a gestante, em decorrência: das condições precárias dos estabelecimentos públicos de saúde; do atendimento fragmentado na assistência entre a rede de baixa e alta complexidade; da falta de orientações importantes destinadas à gestante.

Em grande parte das maternidades públicas há número reduzido de profissionais de várias áreas, para que haja assistência de qualidade no atendimento das gestantes; há falta de serviço bem estruturado e organizado; há carência de materiais de insumos, equipamentos e outros matérias essenciais; bem como, há número reduzido de leitos para assistência das gestantes internadas para tratamento clínico ou para serem acompanhadas durante o processo de trabalho de parto.

Em decorrência do número reduzido de obstetras, por vezes, há um único obstetra na escala de plantão para cuidar de várias parturientes, desde o momento de sua admissão até o nascimento do concepto. Isso obriga, muitas vezes, ter que realizar horas extras, para suprir a carência do serviço, entrando em um estado de *stress*, comprometendo a qualidade de seu trabalho. Assim, ao se analisar esse atendimento fragmentado das gestantes acompanhadas nas unidades básicas de saúde e as gestantes internadas para tratamento clínico ou em trabalho de parto nas maternidades públicas; após a gestante passar longos nove meses de incertezas, inseguranças e medo, busca por meio da cesárea por conveniência abreviar um evento com possibilidade de dor e sofrimento, se aguardar a evolução espontânea do parto normal.

Difícilmente a gestante na rede básica de saúde é acompanhada por um obstetra e mesmo quando acompanhada, menor ainda a probabilidade de ser o mesmo que realizará seu parto quando desencadear o processo de nascimento de seu filho. Assim, a atenção do obstetra para a gestante que deveria ser pessoal e que tivesse sua autonomia para conduzir toda a gestação e receber o concepto fica prejudicada nesse sistema fragmentado.

Dessa forma, as gestantes passam a esperar a possibilidade de, por conveniência, não experimentar as sensações das contrações dolorosas do trabalho de parto, e de poder decidir a data de seu parto em um período mais oportuno, para poder organizar tudo que seja

necessário junto com sua família para recebimento de seu filho, quando se pode escolher o dia determinado para seu parto por meio de uma cesariana programada.

Uma alternativa viável à efetividade na preservação da autonomia da vontade da gestante é incentivar e estimular por meio de uma gestão pública sustentável a realização do parto normal na grande maioria das situações, explicando à gestante, desde o início da primeira consulta de seu pré-natal, sobre os benefícios desta escolha tanto para gestante, conceito e Administração Pública; tendo por base a preservação da autonomia da vontade da gestante que pode escolher, de forma consciente, sobre o tipo de parto que queira ser submetida, se normal ou cirúrgico. Para tanto, é necessário traçar algumas considerações sobre o Princípio da Sustentabilidade e a consequente análise das dimensões econômica e social relacionadas ao parto no serviço público de saúde do Brasil.

Os debates sobre o princípio da sustentabilidade tiveram seu início em 1992, no Rio de Janeiro, na segunda Conferência Mundial sobre Meio Ambiente – Rio 92; definindo o Princípio da Sustentabilidade como:

[...] princípio constitucional que determina, com eficácia direta e imediata, a responsabilidade do Estado e da sociedade pela concretização solidária do desenvolvimento material e imaterial, socialmente inclusivo, durável e equânime, ambientalmente limpo, inovador, ético e eficiente, no intuito de assegurar, preferencialmente de modo preventivo e precavido, no presente e no futuro, o direito ao bem-estar (FREITAS, 2012, p. 41).

Para Freitas (2012, p. 55), majoritariamente, considera-se a existência de três dimensões, denominadas tripé da sustentabilidade, as dimensões: ambiental, econômica e social; todas integralmente correlatas e dependentes para a construção real da sustentabilidade. Portanto, a dimensão econômica também passou a ser considerada no contexto da sustentabilidade porque não haveria a possibilidade de retroceder nas conquistas econômicas de desenvolvimento alcançadas pela sociedade mundial e o desenvolvimento econômico estaria interligado com a dimensão social do Princípio da Sustentabilidade, pois é necessário para a diminuição da pobreza alarmante.

Ela evoca o sopesamento entre a eficiência e a equidade, o que leva ao consequente sopesamento dos benefícios e custos diretos e indiretos (externalidades) dos empreendimentos públicos e privados, estando tudo isso intimamente ligado à ideia de medição das consequências a longo prazo. Desse modo, a sustentabilidade geraria uma nova economia, visada a reformulação de categorias e comportamentos que busquem o planejamento de longo prazo, a ultrapassagem do culto excessivo dos bens posicionais e um sistema competente de incentivos. (FREITAS, 2012, p. 65/67).

Sustentabilidade trata de uma questão existencial, busca garantir a vida, a relação entre indivíduo e todo o ambiente a sua volta. “[...] la Sostenibilidad es una nocion positiva y altamente proactiva que supone la introduccion de los cambios necesarios para que la sociedad planetaria, constituida por la Humanidad, sea capaz de perpetuarse indefinidamente en el tiempo” (REAL FERRER, 2013, p. 13).

Nesse caminho, o enfoque principal da pesquisa em tela destaca a dimensão econômica e social da sustentabilidade por meio do parto normal, tendo por base o gerenciamento dos recursos destinados à assistência das gestantes do Sistema Único de Saúde – SUS e sua aplicabilidade de forma eficiente; melhorando assim, a qualidade da saúde das pessoas das gerações atuais e futuras, em resposta a diminuição dos impactos na morbimortalidade do binômio materno-fetal, como resultado do aumento da acessibilidade e da qualidade na assistência prestada às gestantes atendidas nos serviços públicos de saúde do Brasil.

A partir da caracterização de cada dimensão, deve-se sempre ter em mente que todas estão entrelaçadas de modo a proporcionar a visão da sustentabilidade como princípio-síntese que determina a proteção da própria vida humana na Terra. “Sustentabilidade não é um *status* a se atingir e se estacionar, mas um objetivo que estará sempre mais a frente, o qual visa uma contínua melhoria” (ZYBERSZTAJN; LINS, 2010, p. 144).

Na gestão da saúde pública, o gestante ser submetida ao processo de trabalho de parto normal constitui verdadeiro instrumento de promoção da sustentabilidade em sua dimensão econômica e social, na medida em que: utiliza menos recursos públicos, decorrentes da baixa complexidade do procedimento; ocupa o leito hospitalar com menor tempo de internação, ampliando a oportunidade para assistência de maior número de gestantes, puérperas e neonatos; diminui a morbimortalidade puerperal e para gestações futuras, bem como neonatal e infância, decorrente: do recém-nascido e da puérpera terem recuperação mais rápida, de ser evento natural e de baixo risco, de menor tempo de internação e de exposição de doenças hospitalares, de melhor aceitação para amamentação pelo recém-nascido e menor acometimento de doenças durante a infância, entre inúmeros outros benefícios econômicos e sociais.

Dessa forma, nas situações em que não se recomendam parto normal, em decorrência da indicação obstétrica ou no caso de conveniência da gestante, certamente, deverá ser realizada a cesariana. Assim, havendo possibilidade de escolha, indubitavelmente, a opção sustentável será o parto normal, por diminuir custos, otimizar os recursos e disponibilizar maior acessibilidade das gestantes aos serviços hospitalares das maternidades públicas; bem

como, pelos resultados mais satisfatórios para saúde da mulher submetida ao parto normal e de seu filho.

Importante ressaltar que a implementação de práticas relacionadas a sustentabilidade parto normal é algo factível e não deve ser aguardar o surgimento de gerações futuras para sua promoção e implantação; pois, em consideração aos recursos escassos e o aumento exponencial das demandas relacionadas à saúde pública, o SUS já está em colapso.

Para tanto, o Estado, por meio de sua discricionariedade e munido de seu poder coercivo na edição de suas normas, deve adotar medidas práticas e efetivas, de forma urgente; estimulando o parto normal como prática de menor custo, efetividade e bem-estar social no caminho da sustentabilidade.

Para Zybersztajn e Lins (2010, p. 158) a questão da sustentabilidade não pode mais ser vista como um modismo, ela é uma variável fundamental tanto na gestão pública quanto na empresarial, de modo que se torna necessário o reforço do planejamento a longo prazo e a ampliação do leque de fatores a serem considerados.

Deve-se ter em mente sempre a busca de uma sociedade sustentável, a qual se concretiza quando “[...] se organiza e se comporta de tal forma que ela, através das gerações consegue garantir a vida dos cidadãos” (BOFF, 2013, p. 128). A opção pelo parto normal se encaixa como uma necessidade latente para o alcance de tal tipo de sociedade, ela é configurada como um dos meios necessários para a real concretização da sustentabilidade.

## **CONCLUSÃO**

Pode ser verificado no presente trabalho que ainda há grande divergência doutrinária e jurisprudencial a respeito da responsabilização civil do obstetra ou do estabelecimento de saúde em caso de dano causado à gestante ou ao concepto durante a assistência no serviço público de saúde; principalmente, quando mitigada a autonomia da vontade da gestante em ser submetida a uma cesariana por conveniência.

Assim, a gestante fica sujeita a indicação do obstetra em relação a via do parto, bem como, à discricionariedade da Administração Pública que tem o dever de organizar os estabelecimentos de saúde e que, muitas vezes, por diminuição dos recursos ou em decorrência da má gestão, não amplia os serviços de saúde e a escolha da gestante pela cesariana é colocada em segundo plano.

Nesse contexto, importante destacar que a forma fragmentada como ocorre o atendimento da gestante nos vários níveis de atenção nos estabelecimentos públicos de saúde,

não havendo diálogo adequado dentro de cada nível e entre eles, acaba por limitar suas escolhas em relação a via do parto, em decorrência da falta de organização desses serviços.

Portanto, para preservação da autonomia da vontade da gestante, há necessidade que receba atendimento integral e todas as informações necessárias ao longo de seu pré-natal; a fim de que possa, de forma consciente, fazer suas escolhas.

Assim, a Administração Pública deverá oportunizar, por meio de investimentos em políticas públicas, a ampliação dos serviços de atendimento para a gestante em todos os níveis de atenção; bem como, aumentar as ações educativas para a sociedade, orientando e organizando o fluxo para o atendimento nesses níveis.

Nesse esteio, a gestão pública deverá estimular o parto normal como forma sustentável em suas dimensões econômica e social; para minimizar o caos que se encontra o SUS no atendimento voltado às gestantes, reduzindo os custos e promovendo o bem-estar social para gerações atuais e futuras.

## REFERÊNCIAS

BOFF, Leonardo. **Sustentabilidade: o que é: o que não é**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Código de processo ético-profissional. Resolução 1.897, de 17 de abril de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). Código Civil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código de Processo Civil. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Defesa do Consumidor Código de Defesa do Consumidor. Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990. Coletânea de Legislação e Jurisprudência. Vademecum. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Sexta Turma. **Habeas Corpus nº 7174/ES**. Rel. Ministro Vicente Leal. Julgamento em 23 jun. 1998, LEXSTJ, v. 115, p. 155. DJ 26 out. 1998.

\_\_\_\_\_. Quarta Turma. **Recurso Especial nº 466730/TO**. Rel. Min. Hélio Quaglia Barbosa. Julgamento em 23 set. 2008. DJe 01 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. Terceira Turma. **Recurso Especial nº 731078/SP**. Rel. Ministro Castro Filho. Julgamento em 13 dez. 2005, DJe 13 fev. 2006.

BRASIL, Tribunal de Justiça do Paraná. Primeira Câmara Cível. **Apelação Cível nº 1860997**. Rel. Des. Ronald Schulman. Julgamento em 18 jun. 2002.

BRASIL, Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Quinta Câmara Cível. **Apelação Cível nº 2006.001.07696**. Rel. Des. Suimei Meira Cavalieri. Julgamento em 25 abr. 2006.

\_\_\_\_\_. Décima Oitava Câmara Cível. **Apelação Cível nº 2007.001.40927**. Rel. Des. Jorge Luiz Habib. Julgamento em 23 out. 2007.

BRASIL, Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte. Primeira Câmara Cível. **Apelação Cível nº 2008.012123-6**. Rel. Des. Vivaldo Pinheiro. Julgamento em 23 mar. 2009.

BRASIL, Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Nona Câmara Cível. **Agravo de Instrumento nº 70027394170**. Rel. Des. Tasso Caubi Soares Delabary. Julgamento em 17 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. Décima Câmara Cível. **Agravo de Instrumento nº 70013642897**. Rel. Des. Jorge Alberto Schreiner Pestana. Julgamento em 30 mar. 2006.

\_\_\_\_\_. Décima Câmara Cível. **Apelação Civil nº 70005322730**. Julgamento em 19 fev. 2004.

\_\_\_\_\_. Sexta Câmara Cível. **Apelação Cível nº 70021523543**. Rel. Des. Antônio Corrêa Palmeiro da Fontoura. Julgamento em 28 mai. 2009.

CAMANO, Luiz et al. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospital da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Obstetrícia**. São Paulo: Manole, 2003.

FREITAS, Fernando. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREITAS, Juarez. **Sustentabilidade: direito ao futuro**. 2. ed. Belo Horizonte: Forum, 2012.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade civil do médico**. 8. ed. São Paulo: RT, 2013.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende obstetrícia fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

PASOLD, Cesar Luiz. **Metodologia da pesquisa jurídica: teoria e prática**. 12. ed. São Paulo: Conceito Editorial, 2011.

REAL FERRER, Gabriel. **Sostenibilidad, Transnacionalidad y Transformaciones del Derecho**. In: SOUZA, Maria Cláudia da Silva Antunes de; GARCIA, Denise Schmitt Siqueira (orgs.) **Direito ambiental, transnacionalidade e sustentabilidade**. – Dados eletrônicos. - Itajaí: UNIVALI, 2013. Disponível em: <[www.univali.br/ppcj/ebooks](http://www.univali.br/ppcj/ebooks)> Acesso em: 29 ago. 2016.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

RODRIGUES, Silvio. **Direito civil. Responsabilidade Civil**. São Paulo: Saraiva, 2014. v. 4.

ZYLBERSZTAJN, David; LINS, Clarissa. **Sustentabilidade e geração de valor: a transição para o século XXI**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

ZUGAIB, Marcelo. **Pré-natal**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.