

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS**  
**FACULDADE NACIONAL DE DIREITO**

**RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA EM CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

**LUANA MARTINS DA COSTA RAMOS DE AZEVEDO**

**Rio de Janeiro**

**2022**

**LUANA MARTINS DA COSTA RAMOS AZEVEDO**

**RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA EM CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da **Professora Dra. Daniela Silva Fontoura de Barcellos**.

**Rio de Janeiro**

**2022**

**LUANA MARTINS DA COSTA RAMOS AZEVEDO**

**RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA EM CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da **Professora Dra. Daniela Silva Fontoura de Barcellos**.

Data da Aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Banca Examinadora: Orientadora Dra. Daniela Silva Fontoura de Barcellos

**Rio de Janeiro**

**2022**

## **RESUMO**

A presente monografia tem por objetivo analisar e discutir os procedimentos jurídicos quanto à responsabilidade civil médica em casos de violência obstétrica, pelos danos decorrentes dessa prática no ordenamento jurídico brasileiro. Tal prática pode ser conceituada como a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em estabelecimentos de saúde, podendo ocorrer no momento do pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Ela pode ser verbal, física, psicológica e até sexual, e pode ser expressa de forma explícita ou velada. O trabalho em comento utiliza-se de uma abordagem qualitativa na análise bibliográfica, legislativa e como a violência obstétrica é tida na jurisprudência à luz da responsabilidade civil. Abordando o fato de não existir legislação específica sendo esta tratada apenas como erro médico. Desse modo, busca-se expor a necessidade de encarar tal violência com a devida complexidade.

**Palavras chave:** Violência obstétrica; Responsabilidade civil; Erro Médico.

## **ABSTRACT**

The present monograph aims to analyze and discuss the legal procedures regarding medical civil liability in cases of obstetric violence, for damages resulting from this practice in the Brazilian legal system. Such practice can be conceptualized as violence committed against pregnant women and their families in health facilities, which may occur during prenatal care, childbirth, postpartum, cesarean section and abortion. It can be verbal, physical, psychological and even sexual, and can be expressed explicitly or veiled. A qualitative approach is used in the bibliographic and legislative analysis and how obstetric violence is considered in jurisprudence in the light of civil liability. Addressing the fact that there is no specific legislation being treated only as a medical error. In this way, we seek to expose the need to face such violence with due complexity.

**Keywords:** Obstetric violence; Civil responsibility; Medical error.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>I- CONSIDERAÇÕES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA AS MULHERES.....</b>	<b>8</b>
A. DA INCONSTITUCIONALIZAÇÃO DO PRÉ-PARTO/PARTO/PÓS PARTO COMO ELEMENTO GERADOR DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	9
B. DA CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	11
C. DO MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....	16
<b>II- DIREITOS PREVISTOS NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.....</b>	<b>19</b>
A. PRÉ NATAL ATENDIMENTO.....	21
B. DIREITO AO ACOMPANHANTE.....	23
C. PLANO DE PARTO.....	24
<b>III- A RESPONSABILIDADE CIVIL NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....</b>	<b>28</b>
A. DA RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA.....	28
B. DO ERRO MÉDICO.....	33
C. DA POSSIBILIDADE DE REPARAÇÃO DO DANO NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	35
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa tratar a violência obstétrica no contexto da responsabilidade civil médica. Devido ao fato de o tema ser multidisciplinar, o trabalho inicia apontando o contexto social do parto. O parto já foi considerado um momento de autonomia plena das mulheres, uma vez que era realizado em sua grande maioria por parteiras, além de ser tido como um momento complexo dado por relações entre pessoas, sendo entendido como um evento social, sexual e biológico.

Com o passar do tempo e com o avanço da ciência médica e da tecnologia, o parto sofreu um processo de institucionalização, e o nascimento se tornou um ato de intervenção médica, fazendo o uso de instrumentos e práticas intervencionistas, chamado assim de modelo tecnocrático. Em tal modelo, a autonomia da mulher foi colocada em segundo plano. A partir desta alteração de paradigma, a violência no parto começa a se fazer presente, tal como concebida nos moldes atuais. Dentre outras práticas que podem ser consideradas atos de violência obstétrica destacam-se: práticas desnecessárias, a habilidade da técnica médica priorizada em detrimento do conforto da mulher, supervalorização da tecnologia e a busca pelo lucro da comunidade médica.

Foi na segunda metade do século XXI que a violência no parto é visivelmente reconhecida no mundo como violência obstétrica. Tal violência, tratada no presente trabalho, pode ser compreendida como toda e qualquer forma de violência que ocorre desde o momento do pré-natal, passando pelo parto e o pós-parto, incluindo parto normal, cesárea ou abortamento, cometida contra a mulher e sua família, podendo se dar de maneira verbal, física, psicológica e sexual. As violências praticadas no parto são extensamente repudiadas pela Organização Mundial da Saúde, através de diversas declarações acerca do tema. Mesmo assim, uma pesquisa constatou que 25% das mulheres entrevistadas já sofreram algum tipo de violação durante o parto ou na gestação. Com reivindicações de movimentos sociais de mulheres, em sua maioria mães, surgiu o movimento de humanização do parto como tentativa de luta por um tratamento digno no atendimento hospitalar (HUMANISTA, 2018).

No presente trabalho, expõe-se acerca dos direitos humanos das mulheres de uma maneira geral, demonstrando sua evolução, além de adentrar em direitos reprodutivos e sexuais. Demonstra ainda, de que maneira os assuntos que abrangem o tema estão inseridos em nosso ordenamento jurídico, apresentando a ausência de legislação específica que trate

acerca da violência obstétrica. Por conseguinte, é apresentada uma perspectiva da responsabilidade civil como um todo, adentrando em responsabilidade civil médica e erro médico, para que assim se demonstre como o Judiciário lida com a violência obstétrica à luz da responsabilidade civil.

Visando demonstrar que não se trata apenas e somente de erro médico, apresenta a violência obstétrica como violação de direitos humanos das mulheres, apontando documentos internacionais dos quais o Brasil é signatário, e expondo que se trata de uma questão de saúde pública.

Por fim, é demonstrado um incipiente avanço referente ao tema, apontando jurisprudência recente que faz menção à proteção do parto como um direito fundamental, reforçando que as mulheres não devem ser vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação. São expostas também novas Diretrizes da Organização Mundial da Saúde, que apontam que o atendimento desrespeitoso e não digno é violação de direitos humanos.



## **I. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA AS MULHERES**

Toda a fase de gestação, exames pré-natais, parto e pós-parto são momentos complexos para a mulher. Mudanças decorrentes destes processos são, muitas vezes, transformadoras. Tais mudanças vão desde aspectos biológicos até um processo social que envolve o coletivo, abrangendo a família e todo meio em que a mulher está inserida (SANTOS 2012).

As alterações fisiológicas que ocorrem no corpo da mulher durante a gravidez estão entre as mais complexas mudanças que ocorrem no corpo humano, podendo gerar uma série de sentimentos, dentre eles o medo, a insegurança, a angústia e a dúvida. Segundo Santos (2012), a maneira que a mulher grávida lida com essas alterações, bem como o tempo de duração delas, vai depender de fatores como: planejamento da gravidez, relação familiar, cultura, meio socioeconômico, número de filhos, religião, entre outros.

As experiências vividas pelas mulheres, no momento do parto, podem ser positivas e inspiradoras, ou negativas, com consequências para a vida toda. Tais experiências dependem, em grande parte, da assistência prestada. A assistência vai além do tratamento hospitalar, ela é dada por relações entre pessoas, sendo assim, relações sociais (WOLFF, 2008). Nas palavras de Amorim (2015), o momento de parto pode ser entendido, como evento sexual, biológico e social, como se verifica a seguir:

O momento do parto pode ser entendido de diferentes maneiras, de acordo com várias culturas, entretanto, pode ser compreendido, também amplamente, como um evento sexual, biológico e social, que tem sido, em muitos casos, instrumento de poder e dominação (AMORIM, 2015, p.23).

Devido à complexidade que é gerar e dar a luz, é mais que essencial que profissionais da saúde mantenham como base o respeito, levando em consideração os valores culturais de cada mulher e seus limites, assistindo-as integralmente.

A assistência médica deve se dar no início da gravidez, com os exames de pré-natal. A educação e informação prestada à gestante são de suma importância para que se desenvolvam sua autonomia e obtenha informações sobre as transformações ocorridas em seu corpo, bem como as que irão ocorrer no momento do parto. Conforme expõe o Ministério da Saúde (2001, p. 12), “a assistência pré-natal surgiu como um processo de ‘puericultura intra-uterina’, como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, e não

como proteção a mulher.” Isso demonstra que a assistência era especialmente voltada para os bebês, colocando a mulher em segundo plano.

De acordo com Bezerra (2006), o modo como a parturiente conduz o seu corpo e se comporta durante o trabalho de parto estão diretamente ligadas às informações que recebeu no momento dos exames de pré-natal, do contexto socioeconômico que está inserida e de seu próprio modo de agir. Observa-se assim, que uma mulher sem informações é uma mulher sem autonomia. Se não lhe forem dadas as informações dos processos que ocorrerão em seu corpo, simplesmente permanecerá em conhecimentos de senso comum. Dentre as imposições do senso comum direcionadas à mulher e construídas socialmente, está o medo. Nas palavras de Bezerra (2006, p. 418):

As conversas sobre o parto, contudo, como momento de dor, que são transmitidas de geração a geração, possivelmente desencadeiam um sentimento de medo nas gestantes, dificultando o parto. A dor é vista pela mulher como essencial no processo parturitivo e, ao descrever sua evolução e o comportamento assumido, mostra sentir-se em perigo, ameaçada, porque revela medo diante do desconforto provocado pela dor. Acredita que essa possa superar sua própria resistência física, possa levá-la à morte e roga pelo parto como um evento que possibilitará o término de seu sofrimento.

Sendo um evento social, o parto já foi consagrado como um evento de autonomia, ligado à força feminina de parir. Com as mudanças decorrentes das transformações sociais, e de práticas abusivas pela comunidade médica, ele foi perdendo sua essência e pode tornar-se, para as mães, um momento de dor, medo e insegurança.

#### **A. Da inconstitucionalização do pré-parto, do parto e do pós-parto como elemento gerador da violência obstétrica**

A concepção sobre o parto argumenta que a arte de parir fora por milênios constituídos como “saber-poder-feminino”, rico em muitos saberes populares, guiado pela intuição e pelas experiências de vida do cotidiano. De tal modo, no processo de medicalização da sociedade, tal prática foi transformada em saber “poder-fazer-masculino”.

Segundo Wolff (2008), dar à luz era tido exclusivamente como um evento fisiológico, e isso contribuía para que os médicos se mantivessem longe do cenário da parturição. Aqueles que eram convocados para o parto, eram somente em situações especialíssimas, vividas com inquietude pelos presentes, pois significava que algo estava errado. O parto era realizado em casa, onde a mulher era a protagonista, e contava apenas com a ajuda de parteiras ou mulheres

de sua confiança (WOLFF, 2008). Conforme Wolff (2004), todo o processo de incorporação da prática obstétrica pelos médicos iniciou-se na Europa, nos séculos XVII e XVIII, se estendendo ao Brasil com a criação de Escolas de Medicina e Cirurgia nos Estados da Bahia e do Rio de Janeiro, em 1808.

De evento fisiológico, familiar e social, o parto e nascimento transformam-se em ato médico, no qual o risco de patologias e complicações se torna a regra, e não a exceção. Inaugura-se o modelo tecnocrático de assistência ao parto (MAIA, 2008, p. 39).

A efetiva participação do médico no parto esteve ligada a sua própria instrumentalização (fórceps, agulhas, tesouras, ganchos, entre outros) e práticas cada vez mais abusivas e intervencionistas, que ao decorrer dos anos se utilizou da técnica para criar uma imagem de conhecimento superior e competente, em relação às parteiras, que utilizavam apenas as mãos como instrumento (MARTIN, 2006). O ingresso dos médicos e seus instrumentos levaram as parteiras para segundo plano e distanciou a comunidade de mulheres das ocorrências que marcavam o nascimento (WOLFF, 2004).

No Brasil, todo o processo de institucionalização do processo de pré parto, parto e pós-parto, foi bem-sucedido, e praticamente todos os atendimentos à parturiente e ao bebê são feitos em ambiente hospitalar, mas isso não significa que a qualidade do atendimento pode ser considerada digna. Esse modelo instaurado na grande maioria das instituições brasileiras de saúde é chamado de modelo tecnocrático do parto, e tem as seguintes características:

- a) elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a autoridade, responsabilidade e a condução ativa do processo;
- b) não reconhece como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto;
- c) determina e facilita a atuação intervencionista do médico quando o mesmo achar apropriado;
- d) supervaloriza a utilização de tecnologia;
- e) aliena a parturiente em relação ao profissional e f) direciona o sistema para o lucro (SANFELICE, 2014, p.363).

Pelo exposto, fica evidenciado, portanto, que a figura da mulher como protagonista do momento gravídico é perdida, dando lugar ao médico e suas habilidades técnicas, muitas vezes não comprovadas cientificamente, mas mesmo assim, utilizadas em grande escala. Na metáfora dominante do parto, o hospital se tornou uma fábrica, o corpo da mãe uma máquina e o bebê o resultado de um processo de produção industrial (CARVALHO, 2018).

Nesse ensejo, observa-se que a mulher, a pessoa fundamental na gravidez, foi deixada

de lado, o que abriu margem para inúmeros casos de violência obstétrica, que podem ocorrer, das mais diversas formas e nos mais diferentes momentos, como no pré-parto, durante o parto e também no pós-parto.

## **B. Da caracterização da violência obstétrica**

Na segunda década do século XXI, a violência obstétrica teve sua visibilidade reconhecida no mundo, sendo tema de várias notícias, estudos, ações no Poder Judiciário brasileiro, bem como mediante um novo conjunto de intervenções de saúde pública (DINIZ, 2005).

A violência obstétrica atinge diretamente as mulheres e pode ocorrer durante a gestação, parto e pós-parto. É o desrespeito à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos, podendo manifestar-se por meio de violência verbal, física ou sexual e pela adoção de intervenções e procedimentos desnecessários e/ou sem evidências científicas. Afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres, ocasionando abalos emocionais, traumas, depressão, dificuldades na vida sexual, entre outros.

Nesse contexto, a violência obstétrica pode ser conceituada como a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em estabelecimentos de saúde, e que pode se dar no momento do pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Ela pode ser verbal, física, psicológica e até sexual, e pode ser expressa de forma explícita ou velada (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012. p 32).

O abuso físico ocorre quando não é respeitada a integridade corporal das mulheres ou quando não são oferecidas melhores alternativas à saúde, de modo que os danos ocasionados à parturiente acabam sendo mais significativos que os benefícios almejados (MIGALHAS, 2021).

Paralelamente, a violência verbal e emocional representa uma afronta ao princípio constitucional da dignidade humana, bem como o desrespeito a diversas leis que resguardam o direito ao parto humanizado. No plano concreto, tal tratamento pode constituir ameaça à integridade física e psicológica da parturiente. Isso porque condutas coercitivas e de constrangimento, uma vez que se sobrepõem à liberdade de escolha da mulher, evidencia uma espécie de ferramenta de persuasão, capaz de legitimar algum tipo de abuso físico ou mesmo

propiciá-lo.

Conforme o Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, os atos caracterizadores da violência obstétrica podem ser de caráter físico, psicológico, sexual, institucional ou midiático:

Caráter físico: ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.

Caráter psicológico: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.

Caráter sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.

Caráter institucional: ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impedem o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada. Por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica.

Caráter midiático: são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.60).

Dessa forma, conforme visto acima, a violência pode ser cometida por médicos (as), enfermeiros (as), técnicos (as) em enfermagem, obstetrites ou qualquer outro profissional que preste em algum momento esse tipo de assistência pode ser autor da mencionada violência.

A violência também pode ocorrer das mais diversas formas, como: xingamentos, humilhações, comentários constrangedores em razão da cor, da raça, da etnia, da religião, da orientação sexual, da idade, da classe social, do número de filhos, etc.

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica uma declaração com o título “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” reconhecendo que tais violações merecem a devida atenção e incentivando que se tenha uma digna assistência ao parto.

Os dados referentes à violência obstétrica são alarmantes. No Brasil, segundo pesquisa realizada em 2010, pela Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro mulheres sofre esse tipo de violência. Os fatos envolvem atos de desrespeito, assédio moral e físico, abuso e negligência.

De acordo com Souza (2015), trezentas mil mulheres perdem suas vidas no mundo

todo, por causas referentes à gestação, parto e puerpério. Estima-se que, anualmente, mais de dois milhões de mulheres passem por complicações nestes momentos. Salgado (2012) reflete que há uma cultura médica de que não importa como aconteceram os procedimentos do nascimento, mas sim se o bebê e a mãe estão vivos e saudáveis depois do parto.

Existem algumas práticas reiteradas que são consideradas violência obstétrica. Dentre elas, destacam-se: a episiotomia (“pique” no parto vaginal) sem necessidade, sem anestesia ou sem informar à mulher; ocitocina (“sorinho”) sem necessidade; manobra de Kristeller (pressão sobre a barriga da mulher para empurrar o bebê); lavagem intestinal durante o trabalho de parto; raspagem dos pelos pubianos; amarrar a mulher durante o parto ou impedi-la de se movimentar; não permitir que a mulher escolha sua posição de parto, obrigando-a a parir deitada com a barriga para cima e pernas levantadas; impedir a mulher de se alimentar e beber água durante o trabalho de parto; negar anestesia, inclusive no parto normal; toques realizados muitas vezes, por mais de uma pessoa, sem o esclarecimento e consentimento da mulher; dificultar o aleitamento materno na primeira hora; Impedir o contato imediato, pele a pele do bebê com a mãe, após o nascimento sem motivo esclarecido à mulher; proibir o acompanhante que é de escolha livre da mulher; cirurgia cesariana desnecessária e sem informar à mulher sobre seus riscos.

[...] a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), o enema (lavagem intestinal), o uso de ocitocina sintética (hormônio acelerador das contrações), anestesia, fórceps, o jejum de comida e água, exames de toques frequentes (usados para conferir a dilatação e a descida do bebê), o rompimento artificial da bolsa e a posição horizontal da mulher (PULHEZ, 2013, p.5).

Essas são consideradas como intervenções médicas desnecessárias, de acordo com Pulhez (2013, p. 5). Além dessas intervenções, algumas outras violações se destacam. A começar pela episiotomia, que pode ser conceituada:

[...] é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris. No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco se informa à mulher sobre as possibilidades alternativas de tratamento. Desse modo, a prática de episiotomia no país contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.80).

De acordo com Müller (2015), tal procedimento é mal visto por estudos orientados,

desde a década de 1970, e pelos manuais de atenção aos partos feitos pelo Ministério da Saúde. Não existe nenhuma comprovação de sua eficácia, além de que há evidências de que a realização rotineira de episiotomia está ligada a maiores riscos à saúde da mulher. Estudos relatam que mulheres que não sofreram episiotomia tiveram menos danos no períneo, com menos pontos, e uma melhora muito mais rápida no tecido (MATTAR, 2007).

Mesmo tal prática contrariando os preceitos da Medicina Baseada em Evidências, estima-se que ela é realizada em mais de 90% dos partos vaginais no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Desse modo, a episiotomia é tida como invisível aos sistemas de informação sobre saúde, como se ela já fizesse parte do “pacote do parto normal”:

Se for considerado que, de acordo com evidências científicas, a episiotomia tem indicação de ser usada em cerca de 10% a 15% dos casos e ela é praticada em mais de 90% dos partos hospitalares na América Latina, pode-se entender que anualmente milhões de mulheres têm sua vulva e vagina cortadas e costuradas sem qualquer indicação médica (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.89).

Outra violação é a Monobra de Kristeller, que consiste em uma manobra executada durante o parto, onde se aplica uma pressão na parte superior do útero, no momento expulsivo do parto, com a finalidade de facilitar a expulsão do bebê (BARROS, 2018).

Para tal manobra, estudos científicos não conseguiram demonstrar sua eficiência, tendo sido fortemente recomendada que não se utilizasse, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (BARROS, 2018). Mesmo assim, ela ainda é praticada por muitos profissionais.

A indicação de cesárea sem uma real necessidade pode também ser configurada como violência obstétrica. O Brasil é nada mais, nada menos, que o campeão de cesáreas do mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a taxa ideal para a realização desse procedimento cirúrgico é de 10% a 15%. Há comprovações de que taxas acima do aconselhado não estão associadas com a diminuição de mortalidade materna e neonatal (MANDARINO, 2009).

É necessário ressaltar que quando realizada por motivos médicos, a cesárea pode reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém, ela vem sendo feita deliberadamente, sem reais indicações, diversas vezes por conveniência médica. No Brasil, mais de 50% dos partos são realizados por cesárea. Conforme Faundes (2004) é motivo para se assustar esse índice tão alto, tendo em vista que a um grande número de mulheres expressa o desejo de dar a luz de forma natural, no início da gravidez.

Existe uma enorme preocupação das mulheres com relação à dor do parto. A tal “escolha” feita pelas mulheres é fruto da desinformação e do medo imposto e criado pelas instituições médicas.

Considera que, no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (DINIZ, 2005, p.761).

Também conforme Diniz (2005), a cesárea é como se fosse um modo de prevenir a dor, pois é posta como um parto indolor, moderno e convencional:

A obstetrícia parece ter apelo inegável em defesa das mulheres, que seriam aqui mais beneficiadas, barganhando mais alívio da dor e mais preservação genital, desde que paguem por isso: eis o padrão ouro da assistência na prática. Nossos obstetras seriam mais humanos que os obstetras das outras: se o parto é um evento medonho, um agravo à saúde, por que não simplesmente preveni-lo, através da cesárea de rotina? Um parto moderno, indolor, conveniente em horários e datas, racional, sem gemidos, genitais expostos ou destruídos. Nesta via de parto, há também uma certa decência, um apagamento da dimensão sexual do parir (DINIZ, 2005, p.655).

Salgado (2012) relata que o medo e o sofrimento são consequências do modelo de assistência falho às evidências e pela permanência de uma cultura discriminatória e punitiva dirigida às parturientes. Além do medo, é necessário que se destaque que tal procedimento cirúrgico previamente agendado coloca em evidência a conveniência que é para um médico, o interesse que ele tem em indicar, já que assim se permite ao obstetra que organize sua agenda e que se atenda um número muito maior de pacientes (CAETANO, 2008).

Um estudo canadense demonstrou que cesáreas agendadas estão ligadas a riscos significativos de complicações pós-parto graves, tais como parada cardíaca, hemorragia, tromboembolismo venoso e infecção grave (SALGADO, 2012).

A violência obstétrica é mais comum do que se imagina, e ocorre diariamente nos hospitais ao redor do mundo, no Brasil não se difere, é recentemente foi noticiado pela mídia o caso de uma mulher grávida ao realizar os procedimentos de uma cesariana no Hospital da Mulher Heloneida Studart, onde horas depois do procedimento médico, o anestesista Giovanni Quintella Bezerra, de 31 anos, foi filmado por seus parceiros de trabalho, praticando abuso sexual contra a paciente e com ela ainda dopada de anestesia no momento da cesária.

A vítima informou em depoimento que percebeu ter sido dopada com uma quantidade



acima da necessária para a realização da cesária, e que ao acordar percebeu que estava com as pernas pra cima e sem motivo. O autor do crime foi preso em flagrante e aguarda julgamento de seu processo, a polícia investiga outros possíveis casos em que o médico possa ter praticado a conduta através de denúncias feitas por outras mulheres (HUMANISTAS, 2018).

Ainda sobre a temática, existe uma pesquisa que foi realizada sobre mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, em parceria com a Fundação Perseu Abramo e o SESC. Tal pesquisa revelou que 25% das mulheres que foram entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante a gestação ou no parto (HUMANISTAS, 2018).

Além das agressões físicas narradas acima, existem também as agressões verbais, que igualmente configuram violência obstétrica. Tais agressões vão de humilhações e gritos à recusa de alívio da dor, realização de exames dolorosos e contra indicados, passando por xingamentos grosseiros de natureza discriminatória quanto à classe social ou cor da pele (VENTURI, 2010). É importante destacar que esses fatores de classe social e de raça também são indicadores de maiores índices de violência obstétrica.

A “raça” /etnia a qual as mulheres pertencem influenciam na violência obstétrica em atitudes e formas de pensar. O racismo institucional é uma das principais manifestações da desigualdade racial, manifestada por meio de atitudes preconceituosas e de discriminação (SANTOS, 2016, p. 127).

Também pode se caracterizar a violência obstétrica por tratamento degradante e desumano, através de xingamentos, ameaças, separação do neném da mãe após o nascimento, falta de respeito aos valores culturais e religiosos da parturiente (NOGUEIRA, 2015). De acordo com Dias (2002), essa violência é chamada de violência simbólica, onde não se utiliza a força física, mas sim a coação e o medo, através de torturas psicológicas e chantagens.

Além disso, essas intervenções muitas vezes ocorrem com a mulher imobilizada no momento expulsivo, em posições sem conforto nenhum, sem privacidade, muitas vezes lhe sendo negado o direito a um acompanhante e sendo posta a instruções potencialmente danosas com ameaças de resultados adversos, caso ela não obedeça (SALGADO, 2012).

### **C. Do movimento de humanização do parto**

Desde os anos de 1980 e 1990 profissionais do âmbito da saúde, grupos feministas e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres buscam formas de combater à violência do parto. No Brasil, o movimento contra a violência obstétrica se pauta no

reconhecimento do protagonismo da mulher no parto (SENA, 2017).

O termo humanizar é utilizado há vários anos, com vários sentidos acerca do tema. A humanização da assistência, segundo Diniz (2005, p. 628), “expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano”.

Sena (2017) destaca que no Brasil, o movimento pela humanização do parto teve início de maneira descentralizada, contando com várias iniciativas de diversos Estados. Pode-se usar como destaque a fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), que promoveu um intenso debate nos anos 1990. A Rehuna apresentou um documento intitulado como “carta de Campinas”, que representou uma maneira de denúncia baseada nas circunstâncias violentas de assistência ao parto, sendo denominadas como:

[...] pouco humanas, constrangedoras e marcadas pela ocorrência de intervenções desnecessárias e violentas, que transformava a experiência de parir e nascer em uma vivência aterrorizante, onde as mulheres se sentiam alienadas e impotentes (SENA, 2017, p.210).

Os integrantes desse movimento eram, em sua maioria, profissionais da saúde, que atuavam na pesquisa acadêmica ou em implementação de serviços, em especial médicos e enfermeiras. Desse modo, o debate ficou restrito a esse grupo de profissionais, fazendo com que apenas uma pequena parcela de informações chegasse de fato às mulheres (SENA, 2017)

Simultânea à Rehuna ocorreu à chegada da rede mundial de computadores, o que fortaleceu as ferramentas virtuais, facilitando a comunicação e a troca de informações entre as pessoas. Com isso, vários grupos ativistas traziam as discussões também para as plataformas digitais, especialmente as mães, que podiam agora, mesmo que de modo indireto, debater entre elas questões de iniciativas de combate à violência institucional de assistência ao parto, tendo assim o fortalecimento de lutas por meio do ativismo das redes (SENA, 2017).

No ano 2000, o Ministério da Saúde traz por meio de uma Portaria, um Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento (PHPN), com o intuito específico de atenção à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido, tendo como objetivo abaixar as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal do país (BARROS, 2018).

O Programa de Humanização traz dois aspectos da humanização fundamentais. Sendo o primeiro o respeito à convicção de que é dever dos hospitais receber com dignidade a mulher, o recém-nascido e seus familiares, de modo a criar um ambiente acolhedor, e o

segundo traz medidas e procedimentos que devem ser usados pelos profissionais, evitando práticas desnecessárias (BARROS, 2018).

Barros define a humanização do parto como “uma condição de respeito à mulher como pessoa única, em questão de cidadania” (2018, p. 555), devendo o profissional de saúde respeitar a fisiologia do parto, de modo a identificar os aspectos sociais e culturais do parto, auxiliando quando necessário e buscando dar apoio físico e emocional.

Com discussões em alta pelo movimento de mulheres e profissionais em prol da humanização do parto e várias pesquisas acadêmicas apontando o tema, foi entre 2007 e 2010 que a assistência no Brasil passou a ser melhor investigada. Foi a partir das reivindicações de movimentos sociais de mulheres, em especial de mães, que se passou a utilizar o termo “violência obstétrica” definitivamente, que antes era tida apenas como “violência institucional em maternidades” ou por “violência noparto” (SENA, 2017).

O que se destaca para os envolvidos na luta pela humanização, é que o parto seja um evento onde as mulheres possuam autonomia, que sejam elas que conduzam seus partos, já que são elas que detêm o controle de seus corpos e conhecem a melhor maneira de dar a luz.

Desse modo, não só existe a luta pelo direito de não fazer uma cesárea, mas poder parir como e onde quiserem, seja em casa, no hospital ou em casas de parto, fazendo jus ao direito de serem acompanhadas, sendo tratadas com dignidade e respeito que merecem livres de intervenções médicas desnecessárias (PULHEZ, 2013).

O movimento pela humanização do parto busca mudar a visão de mundo do que se denomina ser um parto, um parto não necessita ter dor, ele pode ser prazeroso e trazer boas recordações.

## II-DIREITOS PREVISTOS NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

No que cabe ao âmbito dos direitos previstos na Constituição Federal de 1988, sabe-se diante do artigo 5º que todos são iguais perante a lei, sendo assim, homens e mulheres devem ser tratados com isonomia, sem distinção de sexo.

Nota-se também que o mesmo artigo prevê que ninguém é obrigado a fazer alguma coisa que não esteja pré-delimitada em lei, como também se assegura a integridade física e psíquica de todos os brasileiros, conforme transcrição do artigo abaixo:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: I – homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição; II – ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; III – ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante; IV – é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato; V – é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem (BRASIL, CFRB, 2019).

Conforme esclarece Lenza (2016, p.1155) os direitos e garantias fundamentais não se restringem somente no artigo 5º da CF. Dessa forma, constata-se que eles podem ser encontrados ao longo do texto constitucional ou em tratados internacionais que o Brasil faça parte.

Os direitos fundamentais, que são os direitos estabelecidos na Constituição, devem ser assegurados e protegidos pelo Estado. As garantias fundamentais são uma forma ou um remédio constitucional para garantir que esses direitos sejam colocados em prática.

Os direitos fundamentais permitem o mínimo necessário para que o indivíduo seja respeitado no meio social, seja ele público ou privado e tenha condições de vida digna, garantindo-se o básico para a sua existência.

Assim, afirma Silva (2001, p. 193) “Em sequência, o dispositivo assegura aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos dos incisos que integram o artigo”.

A Constituição Federal traz o rol de todos incisos do artigo 5º, divididos em grupos de direitos fundamentais, sendo eles o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

O direito à vida, estabelecido pelo artigo 5º da Constituição Federal, deve ser analisado conjuntamente com o princípio da dignidade previsto no texto constitucional, isso porque a consagração do princípio da dignidade da pessoa humana deve ser atrelada a análise do direito à vida constitucionalmente prevista, pois a vida é um objeto de direito assegurado.

Assim, afirmou Silva: A vida humana, que é o objeto do direito assegurado no art. 5º, caput, integra-se de elementos materiais (“físicos e psíquicos intimidade conosco mesmo, saber-se e dar se conta de si mesmo, um assistir a si mesmo e um tomar posição de si mesmo” (2001, p. 201).

Dessa maneira, confirma ainda Lenza (2016, p. 1168) ao demonstrar que “o direito à vida, previsto de forma genérica no art. 5º, caput, abrange tanto o direito de não ser morto, de não ser privado da vida, portanto, o direito de continuar vivo, como também o direito de uma vida digna”. O direito à vida está atrelado à dignidade de se ter uma vida que não viole os princípios básicos que estão descritos no texto Constitucional.

O direito adquirido pós-constituinte das mulheres, ou seja, a assistência dos direitos adquiridos das mulheres foi essencial para a criação do comprometimento do Estado, por meio do reconhecimento de sua ocupação e obrigação na confrontação a todos os meios de discriminação que existem na desigualdade de gênero.

A CF\88 foi um marco na conquista de direitos das mulheres. Este instrumento expressa a conquista fundamental da igualdade e de deveres entre homens e mulheres (art.5º, I), até então inexistente no ordenamento jurídico brasileiro.

A nova constituição denominada de Constituição Cidadã, aprofunda e cria novos direitos para os sujeitos, e novas obrigações do Estado para com os indivíduos e a coletividade. (FREIRE, 2006, p. 12).

A Constituição Federal de 1988 terminou com o governo autoritário que existia no Brasil desde 1964, por meio de uma nova estruturação jurídica e política. Na luta pela conquista da reparação da democracia, as mulheres tiveram uma atuação importante ao expor ideias referentes ao processo de exclusão, bem como a luta pela colocação dos direitos humanos para as mulheres.

Assim, diz Silva (2001, p. 214) que “o art. 5º, I, declara que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações”, no que diz respeito a qualquer tipo de discriminação de salário, ao praticar funções de trabalhos, por questão de privilégios de cargos, entre outros.

Ainda Freire apresenta argumentos que afirmam que:

Quanto aos direitos das mulheres, a CF/88 foi um marco, pela consideração de homens e mulheres iguais em direitos e obrigações (art. 5º, I). A Constituição acolheu a ampla maioria das demandas dos movimentos de mulheres e é uma das mais avançadas no mundo. A partir de então, a legislação regulamentando direitos constitucionais e criando e ampliando direitos vem sendo aprovada, como será visto nos itens subsequentes (2006, p. 14).

Esse marco, na CF\88, foi dado através da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes (1988), que apontava a exigência da mobilidade feminista e de mulheres. A Carta Magna de 88 agregou, no art. 5º, o direito de igualdade entre gêneros, e, no art. 226º, também da CF\88, parágrafo 5º, estabeleceu que os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos pelo homem e pela mulher.

Esses dois artigos asseguram a igualdade de gênero, bem como os resguardos dos direitos humanos das mulheres pela primeira vez em uma Constituição Federal da República Brasileira.

#### **A. Pré natal atendimento**

Toda gestante tem aquela preocupação sobre seus direitos durante a gestação, parto e pós-parto, a dúvida entre saber se pode ou não ser acompanhada, se pode ou não optar pelo seu tipo de parto, sendo humanizado, normal ou cesárea.

Surge também a dúvida do profissional e sua equipe que irá acompanhá-la durante o pré-natal de que sejam capazes de garantir a saúde e o bem-estar da gestante. Assim, argumenta José Serra em sua obra literária de Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada da Mulher:

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia (2001, p. 9).

Toda gestante tem direitos garantidos por lei em vários procedimentos e sofrem ou deixam de ter seus direitos usufruídos por desconhecimento dessas leis. O número de mulheres gestantes, atualmente, no Brasil, vem crescendo a cada dia, isso só mostra o quanto é importante a atenção do governo na preservação dos direitos às parturientes no nosso país.

A moderna legislação do Brasil compromete-se com as gestantes, garantindo a elas direitos de vários âmbitos, sejam eles sociais, trabalhistas ou relacionados à saúde, alcançando esses direitos após o parto também. Os direitos têm o objetivo de garantir a dignidade das parturientes.

Quanto ao direito relacionado ao pré-natal, diz que Toda mulher tem direito a realizar exames de acompanhamento pré-natal, dar à luz com segurança, à licença-maternidade e a amamentar o seu filho. O conhecimento das mães em relação a esses direitos é uma arma fundamental para que eles sejam respeitados na prática.

A gestante tem direito a acompanhamento especializado durante a gravidez assegurado pela Lei n. 9.263, de 1996, que determina que as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) têm obrigação de garantir, em toda a sua rede de serviços, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato. Conforme orientação do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o parto normal é o mais aconselhado e seguro, devendo ser disponibilizados todos os recursos para que ele aconteça.

A Lei n. 11.634, de 2007, determina que toda gestante assistida pelo SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto e à maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal. O atendimento prioritário à gestante e à lactante em hospitais, órgãos e empresas públicas e em bancos é garantido pela Lei n. 10.048, assim como pelo Decreto n. 5.296, de 2004.

Outro marco nos direitos da gestante é a Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000, do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS. A norma traz diversas determinações em relação aos direitos da gestante, como, por exemplo, o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação. A portaria determina também que receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades.

É assegurado de igual forma, a realização de, no mínimo, seis consultas de

acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação (Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000, do Ministério da Saúde);

No âmbito trabalhista, os direitos da mulher começam antes mesmo da gestação. Nenhuma empresa pode exigir teste, exame, perícia, laudo, atestado ou qualquer outro procedimento para se certificar de que uma possível nova funcionária não esteja grávida. Assim como uma mulher grávida não pode ser discriminada em processos de admissão e nem de permanência. Ou seja: caso engravide durante o período de experiência, a mulher não pode deixar de ser efetivada por isso.

Ao longo da gestação, ela poderá se ausentar da empresa, durante o horário de trabalho, pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e exames complementares, conforme informado acima. Ademais, ela não poderá ter as horas descontadas do salário nem qualquer outro prejuízo.

## **B. Direito ao acompanhante**

O apoio de familiares e amigos em todas as etapas da gravidez proporciona à gestante mais conforto e acolhimento. Para assegurar esse importante apoio durante a internação para o parto, foi publicado a Lei Federal nº 11.108 que, em seu artigo 19, diz: “os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, o parto e pós-parto imediato”.

O Ministério da Saúde regulamentou a lei, definindo o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico. A mulher tem direito a um ambiente sossegado, privativo, arejado e sem ruídos durante todas as etapas do nascimento do bebê.

Ao chegar à maternidade ou hospital, a mulher e o acompanhante devem ser acolhidos. A gestante será examinada por profissionais de saúde, que irão: Esclarecer dúvidas; Conduzir entrevista com técnicas para avaliar e diagnosticar a situação gestacional; Realizar exame físico, sempre com a avaliação de sinais e sintomas de alerta que podem aparecer; Verificação da pressão arterial e ausculta dos batimentos do coração do bebê; Solicitar outros exames e/ou



avaliar seus resultados; Informar sobre a situação atual da gestante e do bebê, orientando os próximos passos.

Não há determinação de grau de parentesco para o acompanhante, sendo assim, de livre escolha da gestante. Além disso, pode haver mudança de acompanhante ao longo do processo de trabalho de parto, parto e pós-parto, de acordo com a necessidade e as possibilidades locais.

O ideal é que essa pessoa escolhida tenha conhecimento sobre como apoiar a mulher e, se possível, vá às consultas de pré-natal e também à visita de vinculação à maternidade. O Estatuto da Criança e do Adolescente reforça os direitos da gestante em ter um acompanhante durante todo o período de pré-natal, trabalho de parto e pós-parto imediato.

### **C. Plano de parto**

Primeiramente, pode-se definir o plano de parto como um documento com validade legal, recomendado e reconhecido pelo Ministério da Saúde. O documento é elaborado pela mulher e nele devem constar os desejos e os cuidados que ela quer receber, para si e para o seu filho, no momento do parto e no pós-parto imediato. Recomenda-se que a pessoa que irá acompanhar o parto participe do processo de construção do documento para que esta tenha ciência das escolhas da mulher e seja sua porta-voz durante o parto (BERNARDO, 2021).

O Plano de Parto deve ser feito sempre com a informação livre e esclarecida. Ninguém e nem nenhum profissional de saúde pode fazer nenhum procedimento no corpo da mulher sem a sua prévia autorização, e sem que a sua autorização venha por conta de uma informação livre e esclarecida. Ou seja, sabendo os prós e contras.

A mulher precisa se apropriar de cada etapa e entender exatamente como quer que seja conduzido o parto, para ser protagonista da sua história, do seu parto. O plano de parto protege mãe e bebê num momento de fragilidade, que é o trabalho de parto, e faz prevalecer o direito da mulher à integridade de seu corpo.

Conceitua-se sobre o Plano de parto como um documento realizado pela gestante e seu/sua parceiro (a), ainda durante a gravidez, em que a ela registra seus desejos em relação ao parto. Dessa forma, esse documento engloba as preferências e o que o paciente espera de

sua assistência médica e hospitalar. Além disso, traz informações sobre como quer ser tratada durante o trabalho de parto e parto e quais são os cuidados que ela gostaria que seu filho recém-nascido recebesse.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam a realização do plano de parto pelas gestantes. O objetivo é melhorar em todo o mundo o nível de assistência em saúde à mulher e aos recém-nascidos.

Ao fazer um plano de parto, a mulher e seu parceiro (a) personalizam um momento extremamente especial em sua vida, mas que muitas vezes pode ser guiado por intervenções rotineiras de um hospital. Assim, os pais deixam claro aos profissionais de saúde suas preferências e os informam que não gostariam de receber intervenções de rotina e sim as que forem necessárias à boa e respeitosa condução do nascimento.

Para realizar um plano de parto, antes de tudo é necessário que a gestante conheça bem a fisiologia do parto, suas fases e o que pode ocorrer em cada uma delas. Além de saber qual o papel dos profissionais de saúde durante um parto. Outro tema importante de estudo é sobre o que acontece com o bebê após o nascimento; quais intervenções são realmente necessárias e quais se tornaram uma mera burocracia das instituições de saúde.

Por meio desse estudo, será possível saber mais sobre posições da mulher para o trabalho de parto e parto e sobre procedimentos tipicamente realizados nos hospitais e maternidades, como lavagem intestinal, tricotomia, episiotomia, entre outros.

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, do Ministério da Saúde, é papel dos profissionais de saúde que assistem à gestante perguntar se ela deseja ter um plano de parto escrito. Ademais, o médico também deve discutir com a paciente como se dá a assistência da equipe ao parto. Além disso, deve conversar sobre os protocolos do local escolhido para o nascimento, deixando claro quais são as possibilidades dentro desse cenário. Tudo isso é importante, pois pode influenciar na escolha do hospital ou maternidade para o nascimento (MEU PARTO, 2020).

É importante ressaltar que o plano de parto é um guia, mas que em determinadas situações, cabe à equipe decidir se será possível atender às preferências da parturiente. Principalmente nas situações que envolvem emergências durante o parto, podem ser necessários procedimentos que não estavam inicialmente previstos. Nesse caso, a mulher deve estar ciente de que as intervenções são para garantir o bem-estar materno e do bebê.

Por todos esses motivos, a confecção do plano de parto está diretamente ligado à prática de uma assistência humanizada ao nascimento. Em ambas as situações se parte do princípio de que a informação e a autonomia da mulher são primordiais. O objetivo da humanização e do plano de parto é trazer as preferências da gestante baseadas em informações e evidências científicas atualizadas, prezando pelo respeito em todos os momentos.

É importante deixar claro no plano de parto em qual momento a mulher gostaria de ser levada à maternidade (caso o parto seja hospitalar). Ela também informa quais serão suas companhias nessa fase, o que inclui qualquer pessoa de sua escolha, como doula e/ou parceiro(a) e/ou pais (lembrando que a presença de um acompanhante é direito da mulher segundo a Lei 11.108, de 2005). A presença de fotógrafos e filmmakers é outro ponto a ser colocado no plano de parto.

A gestante também explica como ela quer que esteja o ambiente onde vai estar (luz acesa, luz baixa ou escuro) e o que gostaria de vestir. Outra questão é informar sobre a possibilidade de ter liberdade para se movimentar. Também deve deixar claro se ela deseja comer ou ingerir líquidos. E se deseja receber métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como imersão em água quente, técnicas com o rebozo, massagens, música, meditação e hypnobirthing (MEU PARTO, 2020).

Outra questão importante é ressaltar se a gestante deseja ou não receber intervenções como o uso de ocitocina sintética, a rotura artificial da bolsa amniótica e a aplicação de analgesia farmacológica.

Um ponto essencial no momento do parto é deixar claro em qual posição a paciente quer dar à luz; ou se ela prefere ter liberdade para decidir na hora o que for melhor. A episiotomia também deve ser discutida nessa fase do trabalho de parto, assim como o uso do fórceps e manobras para o melhor posicionamento do bebê.

A analgesia de parto também assume importância neste momento e é essencial que a paciente deixe claro que gostaria de ser informada sobre todos os procedimentos que serão realizados.

Caso seja necessária a realização de uma cesariana, a gestante também pode pedir que seja abaixado o campo para ela ver seu filho nascer; que seus braços não estejam presos, para ela conseguir segurar seu bebê que acabou de chegar. Outro pedido envolve o ambiente, para que ele seja calmo, aquecido e para esteja tocando uma música específica escolhida por ela.

No caso do pós-parto, com o nascimento do bebê, as demandas voltam-se para os cuidados imediatos com o recém-nascido. A mãe deve escrever se deseja ter o contato pele a pele imediato com o bebê; se quer amamentar seu filho na primeira hora de vida. Além disso, é importante deixar claro se os pais desejam esperar o cordão umbilical parar de pulsar para cortá-lo. E também se optaram por esperar um tempo para dar o banho no bebê, permitindo que sua pele fique em contato com o vernix (MEU PARTO, 2020).

### **III- RESPONSABILIDADE CIVIL NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Importa analisar acerca da responsabilidade civil do profissional médico, para demonstrar o seu dever de exercer sua função com diligência, tendo atenção, cautela e ponderando seus cuidados para com o paciente. Sendo assim, no presente capítulo, será analisada a responsabilidade civil advinda de violência obstétrica.

Porém, para que se possa adentrar em a responsabilidade civil médica, é necessário que haja uma visão resumida do conceito de responsabilidade civil. Nesse sentido, a responsabilidade civil se perpetua com o compromisso de reparar o dano causado por uma pessoa a outrem.

#### **A. Da responsabilidade civil médica**

A origem da palavra responsabilidade vem da raiz latina spondeo, onde o devedor se vinculava, formalmente, nos contratos verbais de direito romano. Segundo Nader (2016, p.03) “o vocábulo responsabilidade provém do verbo latino respondere, de spondeo, que significa garantir, responder por alguém, prometer”.

Há diversas interpretações acerca da responsabilidade, algumas com fundamento psicológico, outras com fonte na doutrina do livre arbítrio, mas o sentido de responsabilidade como aspecto da realidade social se destaca (GONÇALVES, 2017).

De acordo com Gonçalves (2017), qualquer atividade que provoca prejuízo, traz como fato social, o dever de restaurar o equilíbrio patrimonial e moral da vítima. A fonte causadora da responsabilidade civil é a importância em restabelecer o equilíbrio ea harmonia que foram atingidos pelo dano:

Pode-se afirmar, portanto, que responsabilidade exprime a ideia de restauração de equilíbrio, de contraprestação, de reparação de danos. Sendo múltiplas as atividades humanas, inúmeras são também as espécies de responsabilidade, que abrangem todos os ramos do direito e extravasam os limites da vida jurídica, para se ligar a todos os domínios da vida social (GONÇALVES, 2017, p. 19).

Para Gonçalves (2017), a concepção de responsabilidade pode resultar, separada ou concorrentemente, tanto da violação de normas jurídicas, como também de normas morais. Em relação ao campo jurídico, ocorre quando há o descumprimento da norma e que gere dano

ao sujeito ou a coletividade, gerando ao autor da lesão a obrigação de restaurar o direito ofendido, reparando em pecúnia ou em espécie.

Diniz conceitua a responsabilidade civil como:

A responsabilidade civil é a aplicação de medidas que obriguem uma pessoa a reparar dano moral ou patrimonial causado a terceiros, em razão de ato por ela mesma praticado, por pessoa que por quem ela responde, por alguma coisa a ela pertencente ou de simples imposição legal (DINIZ, 2009, p. 35).

Já a atuação no âmbito da moral, Gonçalves (2017) disserta que ela atinge a consciência individual. O indivíduo se sente responsável moralmente perante a sua consciência, não se exteriorizando socialmente, não tendo assim, repercussão no ordenamento jurídico.

Importante frisar a distinção entre obrigação e responsabilidade. De acordo com Gonçalves (2017, p.20) “obrigação é o vínculo jurídico que confere ao credor (sujeito ativo) o direito de exigir do devedor (sujeito passivo) o cumprimento de determinada prestação”.

A obrigação surge de várias fontes e deve ser efetuada de forma espontânea e livre. Quando não efetuada, surge o inadimplemento e assim nasce a responsabilidade, ou seja, a responsabilidade só surge se o devedor não cumpre a obrigação. Deste modo, a responsabilidade é consequência jurídica patrimonial do não cumprimento da relação obrigacional (GONÇALVES, 2017).

No mesmo sentido, pode-se dizer que a obrigação é um dever jurídico originário, decorrente da lei, do contrato, da declaração unilateral de vontade e do ato ilícito.

No que tange aos contratos, havendo inadimplemento, pela prestação de serviço defeituoso, nasce a responsabilidade, sempre que alguém se compromete a prestar serviços profissionais a outrem. Não cumprindo, surge então o dever jurídico sucessivo, que é a responsabilidade. Nas palavras de Cavalieri Filho (2015, p. 16):

Obrigação é sempre um dever jurídico originário; responsabilidade é um dever jurídico sucessivo, conseqüente à violação do primeiro. Se alguém se compromete a prestar serviços profissionais a outrem, assume uma obrigação, um dever jurídico originário. Se não cumprir a obrigação (deixar de prestar os serviços), violará o dever jurídico originário, surgindo daí a responsabilidade, o dever de compor o prejuízo causado pelo não cumprimento da obrigação. Em síntese, em toda obrigação há um dever jurídico originário, enquanto na responsabilidade há um dever jurídico sucessivo.

É nesse sentido que se encontra a noção de responsabilidade civil. A essência da responsabilidade está diretamente vinculada ao sentido de desvio de conduta, designando o dever jurídico sucessivo que o indivíduo tem de reparar o prejuízo quando violar um dever jurídico originário (CAVALIERI FILHO, 2015).

De acordo com Farias (2015), a responsabilidade civil possui uma multifuncionalidade, sem hierarquia entre as funções. As funções podem ser: reparatória, punitiva ou precaucional. A reparatória possui o sentido de reequilíbrio patrimonial, a punitiva age como uma forma de desestímulo de comportamentos reprováveis, e a precaucional visa inibir atividades potencialmente danosas:

Especificamente, no setor da responsabilidade civil há uma pluralidade de funções, sem qualquer prioridade hierárquica de uma sobre a outra. Cremos que no direito brasileiro no alvorecer do século XXI a conjunção destas orientações permite o estabelecimento de três funções para a responsabilidade civil: (1) função reparatória: a clássica função de transferência de danos o patrimônio do lesante ao lesado como forma de reequilíbrio patrimonial; (2) função punitiva: sanção consistente na aplicação de uma pena civil ao ofensor como forma de desestímulo de comportamentos reprováveis; (3) função precaucional: possui o objetivo de inibir atividades potencialmente danosas (FARIAS, 2015, p. 37).

No que diz respeito à importância da responsabilidade civil, Gonçalves (2017) destaca a tendência de não deixar que a vítima de atos ilícitos fique irressarcida, além de pôr em evidência a importância da restauração de um equilíbrio patrimonial e moral. É questionado se a punição que o ordenamento jurídico usa como solução destina-se a repreender o autor de conduta antijurídica, ou tem como objetivo recompensar a vítima do dano.

Nesse sentido, o erro profissional em determinadas ocupações profissionais pode ser fatal. Com isso, o exercício da profissão deve exigir certos requisitos legais, dentre eles graduação específica e inscrição em órgão especial. A especialidade médica se encaixa nessas profissões, contudo, a mera observância de tais requisitos não exime os profissionais de responsabilidade (CAVALIERI FILHO, 2015).

As ações médicas não estão livres de questionamentos. Por muito tempo a figura médica era tida como soberana e indiscutível, os médicos eram vistos como reis do conhecimento e não podiam ser indagados por suas ações ou omissões.

Atualmente, com a evolução da sociedade de um modo geral, é mais do que necessário questionar a atuação médica, muitas vezes exercida de modo inconsequente. É neste sentido

que a responsabilidade civil atua, com o surgimento dos questionamentos e com o progresso das leis.

Médico e paciente podem constituir uma relação jurídica de forma contratual, quando há prévio contrato entre eles, para alguma consulta ou procedimento. Esse contrato é tido como *sui generis*, tendo em vista que o paciente se encontra em uma situação de vulnerabilidade perante o médico (MELO, 2017).

De acordo com Melo (2017), será extracontratual essa responsabilidade quando houver urgência ou emergência, onde a relação muitas das vezes se dá sem acordo de vontades das partes.

No passado, a natureza jurídica da responsabilidade médica era muito discutida. Hodiernamente, com o Código de Defesa do Consumidor, ela deve ser interpretada em duas faces. A primeira se refere à responsabilidade decorrente da prestação de serviço direta e de modo pessoal pelo médico, e a segunda remete à responsabilidade médica decorrente da prestação de serviços médicos de forma empresarial (CAVALIERI FILHO, 2015).

O médico, não pode garantir que seus pacientes sairão de uma sala de cirurgia com vida, por exemplo, e também não pode garantir a cura. Com isso, a profissão médica assume responsabilidade de meio, ou seja, não pode garantir um real resultado:

Logo, a obrigação assumida pelo médico é de meio, e não de resultado, de sorte que, se o tratamento realizado não produziu o efeito esperado, não se pode falar, só por isso, em inadimplemento contratual. Esta conclusão, além de lógica, tem o apoio de todos os autores, nacionais e estrangeiros (Aguiar Dias, Caio Mário, Sílvio Rodrigues, Antônio Montenegro), e é também consagrada pela jurisprudência (CAVALIERI FILHO, 2015, p. 473).

Sendo assim, por mais que a responsabilidade médica seja contratual, ela é subjetiva e de culpa provada. Caberá àquele que sofreu o dano, ou aos seus herdeiros, demonstrar que o resultado teve por causa negligência, imprudência ou imperícia do profissional, devendo assim indenizar, conforme o artigo 951 do Código Civil:

Art. 951. O disposto nos arts. 948, 949 e 950 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.

Para lidar com a relação entre médico e paciente, o Código de Ética Médica, no que



diz respeito à responsabilidade profissional dispõe:

Art. 29 - Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.(...)

Art. 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.(...)

Art. 45 - Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado.

Mesmo que o médico seja um prestador de serviços, o Código de Defesa do Consumidor prevê que a responsabilidade dos profissionais liberais dependerá da comprovação de culpa.

Conforme Melo (2017, p.329): “consolidou-se na doutrina e na jurisprudência que independentemente da natureza do atendimento, a responsabilidade do médico depende da prova de culpa.” Também conforme artigo 14, § 4º do Código de Defesa do consumidor, *in verbis*: “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”.

Em relação ao grau de culpa, é irrelevante tentar identificá-lo, exceto para aplicação do parágrafo único do artigo 944 do Código Civil, *verbis*: “se houver excessiva desproporção entre a gravidade da culpa e o dano, poderá o juiz reduzir, equitativamente, a indenização”.

Deve-se observar que o Código trata apenas da responsabilidade pessoal do profissional liberal, da qual não se estende à pessoa jurídica, na qual o médico trabalhe ou faça parte da sociedade. Estas se vierem a existir, a responsabilidade será objetiva:

O Código do Consumidor manteve neste ponto a mesma disciplina do art. 1.545 do Código Civil de 1916, que corresponde ao art. 951 do Código de 2002. Embora seja o médico um prestador de serviços, o Código de Defesa do Consumidor, no § 4o do seu art. 14, abriu uma exceção ao sistema de responsabilidade objetiva nele estabelecido. Diz ali que: “A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.” Devemos ter em mente, todavia, que o Código do Consumidor foi bem claro ao dizer que a exceção só abrange a responsabilidade pessoal do profissional liberal, não favorecendo, portanto, a pessoa jurídica na qual ele trabalhe como empregado ou faça parte da sociedade. Assim, por exemplo, se vários médicos resolveram constituir uma sociedade, a responsabilidade desta não será subjetiva (CAVALIERI FILHO, 2015, p.473).

Apesar de a doutrina considerar que a culpa dos hospitais é objetiva, tendo por base o artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor, quando estiverem ligadas ao estabelecimento

comercial, tais como as instalações, estadia do paciente, equipamentos e serviços auxiliares; há jurisprudência do STJ que considera subjetiva a responsabilidade dos hospitais, no que diz respeito à atuação dos médicos contratados, como demonstrado a seguir:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. ERRO MÉDICO. PARTO. USO DE FÓRCEPS. CESARIANA. INDICAÇÃO. NÃO OBSERVÂNCIA. LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. MÉDICO CONTRATADO. CULPA CONFIGURADA. HOSPITAL. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA. AÇÃO DE REGRESSO. PROCEDÊNCIA. DANOS MORAIS. VALOR. RAZOABILIDADE. 1. A jurisprudência desta Corte encontra-se consolidada no sentido de que a responsabilidade dos hospitais, no que tange à atuação dos médicos contratados que neles trabalham, é subjetiva, dependendo da demonstração da culpa do preposto. 2. A responsabilidade objetiva para o prestador do serviço prevista no artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor, no caso o hospital, limita-se aos serviços relacionados ao estabelecimento empresarial, tais como a estadia do paciente (internação e alimentação), as instalações, os equipamentos e os serviços auxiliares (enfermagem, exames, radiologia). Precedentes. 3. No caso em apreço, ambas as instâncias de cognição plena, com Documento: 80168678 - RELATÓRIO E VOTO - Site certificado Página 4 de 7 Superior Tribunal de Justiça base na prova dos autos, concluíram que houve falha médica seja porque o peso do feto (4.100 gramas) indicava a necessidade de realização de parto por cesariana, seja porque a utilização da técnica de fórceps não se encontra justificada em prontuário médico. 4. A comprovação da culpa do médico atrai a responsabilidade do hospital embasada no artigo 932, inciso III, do Código Civil ("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;"), mas permite ação de regresso contra o causador do dano. 5. O Superior Tribunal de Justiça, afastando a incidência da Súmula nº 7/STJ, tem reexaminado o montante fixado pelas instâncias ordinárias apenas quando irrisório ou abusivo, circunstâncias inexistentes no presente caso, em que arbitrada indenização no valor de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais). 6. Recurso especial parcialmente provido (REsp 1526467/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 13/10/2015, DJe 23/10/2015)

## **B. Do erro médico**

Tendo considerado que a responsabilidade civil do médico enquanto atividade profissional (liberal ou empregatícia) é subjetiva, há de se fazer menção ao erro médico. O erro médico pode ser tido como uma conduta culposa em que não agindo de acordo com técnicas específicas, viola direito e causa dano ao paciente, é um desvio de conduta exercido pelo médico, que por não seguir regras preestabelecidas, causa dano a uma pessoa:

O erro médico é uma espécie de conduta culposa perpetrada pelo facultativo que, não agindo em consonância com o dever de diligência que lhe é imposto segundo as regras técnicas de seu ofício, acaba por violar direito e causar dano ao seu paciente (MELO, 2017, p.330).

Há um dever genérico de cuidado que deve se refletir em toda a sociedade. A ausência de diligência, de prevenir o dano e de prudência, pode ser tido em um comportamento negligente, imprudente ou imperito (MELO, 2017).

De acordo com Melo (2017) a negligência se dá quando o agente, mesmo podendo, não realiza as devidas ações de proteção, não age com a devida previsibilidade para que possa evitar o dano. O médico se omite, se mostrando indolente, causando assim dano à saúde ou à vida do paciente (NADER, 2016).

A imprudência se dá quando o agente não se importa com as outras pessoas que podem ser potencialmente atingidas por sua conduta, não age com o mínimo de cautela, mesmo sabendo dos riscos. De acordo com Nader (2016, p. 446) “Enquanto na negligência o agente deixa de agir no momento em que deveria fazê-lo, na imprudência ele age quando recomendável seria a omissão”.

Já a imperícia, do código civil de 2002, segundo Melo (2017, p. 45) “é a incapacidade técnica para o exercício de uma determinada função, profissão ou arte”. E conforme Nader (2016, p.446): “Ocorre o dano por imperícia, quando o profissional não aplica os conhecimentos científicos ou os métodos recomendáveis para o tipo de problema”.

O conceito de erro médico só pode ser completo se houver dano, ou seja, haverá uma conduta culposa (imprudência, negligência ou imperícia), mas se essa conduta não gerar dano, será irrelevante para o mundo jurídico (MELO, 2017).

A maneira como essa culpa é provada é de difícil constatação. Segundo Cavalieri Filho (2015), há uma severidade por parte dos Tribunais nas exigências de provas, e também pela dificuldade de se obtê-las, tendo em vista que se trata de procedimentos bastante técnicos, exigindo assim, prova pericial. Os Tribunais têm condenado os médicos, por erro grosseiro de diagnóstico, como se verifica:

Só demonstrando-se erro grosseiro no diagnóstico, na medicação ministrada, no tratamento desenvolvido, ou, ainda, injustificável omissão na assistência e nos cuidados indispensáveis ao doente, tem-se admitido a responsabilização do médico. Em segundo lugar, porque a matéria é essencialmente técnica, exigindo prova pericial, eis que o juiz não tem conhecimento científico para lançar-se em apreciações técnicas sobre questões médicas (CAVALIERI FILHO, 2015, p. 473).

Existe também o que chamam de *esprit de corp* (a conspiração do silêncio) que nada

mais é que o corporativismo existente na sociedade médica que, em muitos casos, o perito tende a isentar o colega por solidariedade profissional (CAVALIERI FILHO, 2015).

Dessa forma, torna-se evidenciado a dificuldade das vítimas em provar as violências sofridas, que além de passar por toda a situação ainda precisa se submeter ao constrangimento em perícias, e buscar meios e formas de conseguir provas, aumentando ainda mais todo abalo emocional e psíquico.

### **C. A possibilidade da reparação de dano na violência obstétrica**

Conforme abordado anteriormente o uso de intervenções desnecessárias nos momentos pré, durante e após o parto de uma parturiente que caracterizam violência obstétrica traz muitos prejuízos à vida da gestante e também de sua família.

Observando este desserviço da saúde brasileira torna-se imprescindível evidenciar a responsabilidade que os profissionais têm diante tal violência e os efeitos da sua aplicação, assim como o direito à reparação dos danos causados por esse tipo de conduta.

Dessa forma, a violência obstétrica, conforme pesquisa realizada por Nogueira (2015) tem sido tida pelos tribunais de justiça como erro médico, à luz da responsabilidade civil. Nogueira buscou pelo termo “violência obstétrica” em todos os Tribunais de Justiça do país e não obteve em nenhum deles qualquer resultado, ou seja, na época da pesquisa não foi encontrada em nenhuma decisão de segunda instância tal termo para se referir às violências (NOGUEIRA, 2015).

Nogueira (2015) observou que, em regra, as ações que são voltadas para a reparação pelas violências sofridas são 88,5 % de natureza cível, 60,1% pelas mães das crianças e 55,3% em face do hospital ou da instituição hospitalar em litisconsórcio de outra categoria (profissionais da saúde, Fazenda Pública, plano de saúde).

Conforme analisado na pesquisa, conclui-se que os casos foram decididos com fundamento na combinação de danos às mulheres e às crianças, respaldando-se em critérios do erro médico (dano, nexos causal e culpa), sem qualquer atenção ou menção às violações de direitos humanos sofridas pelas mulheres (NOGUEIRA, 2015).

Observou-se que as mulheres, em seus pedidos, demonstraram total interesse que se

reconhecesse não só a reparação dos danos, como também o reconhecimento de que as violações ocorreram pela conduta dos profissionais e não do parto em si (NOGUEIRA, 2015).

Atualmente, as jurisprudências dos Tribunais de Justiça não possuem harmonização acerca do tema. É possível encontrar principalmente fundamentações baseadas em laudos periciais.

Na seguinte jurisprudência, há a presença de embasamento em laudo pericial, afirmando que a realização da episiotomia encontra apoio na ciência médica, mesmo ela sendo infinitamente criticada, inclusive pela Organização Mundial da Saúde, além de identificá-la como erro médico. Deste modo, observa-se:

APELAÇÃO CÍVEL. AGRAVO RETIDO. AÇÃO INDENIZATÓRIA. ERRO MÉDICO. ANÁLISE DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. INTELIGÊNCIA DO ART. 37, § 6º, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. ENCARGO DO MÉDICO. TEORIA SUBJETIVA. REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE "EPISIOTOMIA" NO MÚSCULO PERINEAL DURANTE O PARTO NORMAL. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. IMPOSSIBILIDADE. AUSÊNCIA DE RELAÇÃO CONSUMERISTA. PRECEDENTES. INAPLICABILIDADE DOS EFEITOS DA REVELIA CONTRA A FAZENDA PÚBLICA. DIREITOS INDISPONÍVEIS. ART. 320, II DA LEI N. 5.869/73. LAUDO PERICIAL CORROBORANDO A AUSÊNCIA DE DOLO OU CULPA. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO [...] Aduziu, em apertada Síntese, que no dia 07-10-2009 dirigiu-se ao Hospital Regional de São José sentindo fortes contrações em razão de estar no final da sua gestação. Disse que, durante o parto normal, foi executado o procedimento denominado "episiotomia", no qual consiste em uma incisão no períneo, que objetiva facilitar a saída do feto e evitar lacerações. Sustentou que, seguidamente ao dar à luz, o corte precisou ser suturado, procedimento este considerado de praxe na realização do parto espontâneo. Asseverou que, dirigiu-se até a Clínica Florianópolis, na qual foi constatado que o procedimento de episiotomia foi executado erroneamente. Ressaltou que, o médico que realizou o parto, Dr. Sérgio Luiz Prólico, teria dado mais pontos que o necessário, ocasionando a redução parcial da abertura vaginal. **Insta salientar que, a indicação para a realização da episiotomia encontra apoio na ciência médica, apesar de atualmente este fato ser cada vez mais motivo de estudos. Analisando as provas carreadas nos autos, denota-se que o procedimento adotado pelo Dr. Sérgio Luiz Prólico, durante o parto normal da autora, pautou-se nas normas técnicas aplicáveis à hipótese. Digo isso porque, o laudo pericial é contundente, atestando a retidão de todos os cuidados e procedimentos levados a efeito, e suas conclusões tem apoio nos registros contidos nos prontuários médicos acostados.** Já no quesito "e", certifica a ausência de seqüela do procedimento "que possam sequer sugerir que a autora tenha qualquer tipo de complicação com a episiotomia" (TJSC, Apelação Cível n. 0005797-67.2010.8.24.0064, de São José, rel. Des. Júlio César Knoll, Terceira Câmara de Direito Público, j. 31-10-2017, fl. 315).

De acordo com Nogueira (2015), a conclusão que o perito toma pode se dar porque ele também está inserido nesse contexto, compreendendo as técnicas como adequadas e usuais, sem que questione evidências médicas.

Deste modo, o julgador por não possuir conhecimento acerca do tema, acaba se

baseando em provas periciais, sem levar em conta a realidade da violência institucional e de assistência à saúde (NOGUEIRA, 2015).

Encontra-se também nas jurisprudências a efetiva demonstração da dificuldade de se provar o dano sofrido, em razão da violência obstétrica, que importa em um conjunto de atos desrespeitosos, comissivos e omissivos, abusivos e maus-tratos que negligenciam, não só a vida da parturiente, como também o seu bem-estar e o do bebê.

Não obstante o reconhecimento da violência obstétrica, os julgadores entenderam não haver prova suficiente para responsabilização cível do hospital. Além, também, de identificá-la somente como erro médico. Conforme a seguir:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. PRELIMINAR. VIOLAÇÃO DO PRINCÍPIO DA IDENTIDADE FÍSICA DO JUIZ. ART. 132 DO CPC. INOCORRÊNCIA. PRELIMINAR REJEITADA. RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA. ERRO MÉDICO. HOSPITAL. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA. ALEGAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. NÃO COMPROVAÇÃO. RECURSO IMPROVIDO. SENTENÇA MANTIDA.

O princípio da identidade física do juiz comporta mitigações, dentre elas, conforme construção pretoriana, a atuação do juiz em substituição, de forma a promover a celeridade processual. Discutida a responsabilidade civil por erro supostamente ocorrido em procedimento de parto, é aplicável tanto ao médico, quanto ao hospital, o regime de responsabilidade subjetiva, entendimento consolidado do Superior Tribunal de Justiça e defendido por parte relevante da doutrina. A violência obstétrica é o conjunto de atos desrespeitosos, comissivos e omissivos, abusos e maus-tratos que negligenciam a vida e o bem-estar da mulher e do bebê. Ofende direitos básicos de ambos, como a dignidade, saúde, integridade física e autonomia sobre o próprio corpo, configuram ato ilícito e é passível de indenização por dano moral. Consoante regra do artigo 333 do CPC/73, cabe ao autor provar o fatoconstitutivo de seu direito e, ao réu, fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor. Por consectário, alegado o inadimplemento de obrigações contratuais relativas ao pagamento de determinado valor, incumbe ao autor demonstrar a existência da avença que vincula credor e devedor.

**[...] Por outro lado, a Autora não provou o suposto tratamento degradante da equipe médica, notadamente a inadequação do procedimento utilizado - cuja ocorrência, se demonstrada, poderia importar no reconhecimento de imperícia por parte dos prepostos das Apeladas.**

**Especificamente, não há prova das supostas agressões verbais, tampouco do sofrimento fetal derivado da conduta médica ou do desalinho procedimental dos médicos que conduziram o parto da Autora.** Pelo contrário - quanto aos dois últimos pontos -, a testemunha de f. 168-TJ prestou esclarecimentos que contradizem os argumentos da inicial. Logo, diante da precariedade da prova produzida nos autos, considero que a improcedência do pedido formulado, realmente, é providência que se impõe (TJMG - Apelação Cível 1.0024.14.097839-6/001, Relator(a): Des.(a) José Marcos Vieira, 16ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 13/07/2016, publicação da súmula em 22/07/2016).

Há jurisprudência identificando como violência obstétrica, porém tão somente enaltecendo o dever de indenizar. Conforme demonstra:

ERRO MÉDICO. AGRAVO RETIDO. Pedido de declaração de nulidade da segunda prova pericial produzida nos autos. Não acolhimento. Nomeação de perito não impugnado tempestivamente. Irresignação advinda apenas após laudo desfavorável. APELAÇÃO. Cerceamento de defesa. Inocorrência. Instrução processual encerrada. Ausência de irresignação oportuna. Matéria preclusa. Vício pélvico. Ausência de diagnóstico na primeira gestação. Matéria dirimida nos autos. Desnecessidade de produção de nova prova técnica, a qual seria a quarta perícia dos autos. Período de parto que, conquanto considerável, transcorreu em tempo aceito pela literatura médica. Causa da anóxia que não pode ser atribuída a circular do cordão umbilical. Parto normal que não estava contraindicado. Ausência de comprovação do nexo causal da conduta dos requeridos com o lamentável sofrimento fetal experimentado pelo neonato. **Contudo, dos fatos se infere a ocorrência de ato de violência obstétrica, devidamente arguido pela autora em sua exordial, o que enseja o dever do hospital réu de indenizar a parturiente pelos danos morais advindos de referido ilícito.** Agravo retido improvido. Apelação parcialmente provida, em menor extensão, para reconhecer o abalo moral suportado pela coautora. (TJSP; Apelação 0110288- 25.2008.8.26.0005; Relator (a): Fábio Podestá; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional V - São Miguel Paulista - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 21/03/2018; Data de Registro: 22/03/2018).

Em pesquisa recente foi possível encontrar a menção do termo violência obstétrica, podendo-se afirmar que este ganhou relevância maior, diante do aumento de casos que vem sendo denunciado. Vejamos a jurisprudência do TJRJ:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. HOSPITAL PARTICULAR E MÉDICO OBSTETRA. PARTO CESARIANA. ALEGAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. AUTORA QUE ALEGA QUE O PARTO TINHA CONDIÇÕES DE SER FEITO SOBA CHAMADA VIA NORMAL OU VAGINAL. PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR DANO ESTÉTICO E DANOS MORAIS. PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO DOS RÉUS. - A Lei Municipal nº 6.898 de 18 de maio de 2021 dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando à proteção destas contra a violência obstétrica. - A autora alega que sua gestação correu de forma normal, sem intecorrência de acordo com o acompanhamento pré-natal, tendo sido feita cirurgia cesárea sem seu consentimento, quando não havia indicação para tal. Além disso, alega ter sido transferida para uma sala em que sua mãe não poderia acompanhar e que teria informado que não desejaria parto cesariano. Ainda assim, o médico que teria dito ser diretor da unidade, ora segundo réu, a levou para o centro cirúrgico e seu bebê nasceu por via cesariana sem sinais de sofrimento fatal. - O laudo pericial possui algumas omissões que podem conduzir ao entendimento contrário a que chegou a sentença de 1º grau. - Há inequívoca indicação para o parto cesáreo, uma vez que havia desproporção céfalo-pélvica e 2 circulares de cordão, uma vez que consta do prontuário médico, a presença de DIP umbilical, que significa desaceleração intraparto da frequência fetal, atestada inclusive por médico diverso do que fez o parto. - Não configuração de responsabilidade, nem tampouco a alegada violência obstétrica, estando excluído o dano estético e, via de consequência, o dano

Portanto, analisando os casos jurisprudenciais e estudo sobre responsabilidade pode-se afirmar que uma vez comprovado o nexo de causalidade entre a conduta do agente e o dano provocado, todos os atos decorrentes de procedimentos desnecessários de um profissional de saúde e violando os direitos das mulheres afetando sua integridade física, psicológica, moral e sexual serão passíveis de responsabilização.

Dessa maneira, ao analisar as intervenções que representam a violência obstétrica, independente do grau do dano sofrido, este poderá se enquadrar na responsabilidade objetiva se estiverem presentes os requisitos: o dano, decorrente da conduta do agente, independentemente da análise do elemento culpa.

Nos casos de procedimento que atingem a integridade física, como por exemplo, a episiotomia e a manobra de Kristeller existem a possibilidade de a vítima ser indenizada e ser reparada, pelas despesas e pelo sofrimento decorrido do uso indiscriminado de tais intervenções. O artigo 949 do Código Civil assegura que:

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 (CÓDIGO CIVIL, 2002).

Constata-se que ao ser afetada pela violência obstétrica, a mulher tem a sua dignidade ferida, causando grande abalo emocional e psíquico na maioria dos casos, trazendo, portanto o direito de requerer uma indenização pelo dano moral sofrido.

Deveras, foi evidenciado que prova pericial é essencial para que se possa provar o dano causado por procedimentos realizados por profissionais de saúde, sendo assim, a vítima tem que ter vasta documentação concedida pelo hospital, como cópia do prontuário médico, assim como cópia dos exames e todos os documentos médicos que foram realizados no decorrer da gravidez, e mesmo com tais documentações, é necessário provar que houve nexo de causalidade entre o dano e a conduta praticada pelo agente.

Não adianta só o agente praticar uma conduta ilícita e causar dano a uma vítima. Tem que existir causa e efeito entre o dano e a conduta ilícita. Em resumo, o ato ilícito tem que ser causador do dano, o resultado tem que ter causado o prejuízo da



vítima, ou então não haverá responsabilidade do autor (FILHO, 2003).

Conforme ora mencionado, ainda é necessário que haja nexos causal para que exista responsabilidade civil. E sem relação entre fato ilícito e o dano causado não há a obrigação de indenizar (GONÇALVES, 2017).

O Brasil é signatário de todos os acordos internacionais que visam proteger os direitos humanos das mulheres, inclusive os de destaque do presente trabalho. Desse modo, nosso ordenamento jurídico pátrio passa a contar com tais dispositivos, sendo impostos todos os deveres e tendo efeitos de norma constitucional (LEITE, 2016).

Recentemente um caso de violência obstétrica gerou grande repercussão nas mídias, a influenciadora digital Shantal Verdelho em entrevista a Globonews, disse que percebeu a violência obstétrica que sofreu ao ver o vídeo do parto e que pessoas próximas duvidaram da denúncia antes de verem as imagens. O procedimento foi realizado pelo médico obstetra Renato Kalil em setembro de 2021.

De acordo com a influencer, após as imagens terem sido divulgadas, as pessoas ficaram mais conscientes da situação e da importância do assunto.

Se você é mulher, tem grandes chances de passar por isso. Se você não é mulher, foi parido por uma, então acho que é de seu total interesse proteger essas mulheres. Eu vejo muito homens querendo tomar a liderança de proteger essa entidade que é o médico. Acho que eles têm de lembrar que ou foram paridos por uma e participaram de um parto, que pode ser suave ou pode ser como foi o meu (VERDELHO, Shantal, 2022, sp.)

A influenciadora relata também que na hora do parto se incomodou com a manobra de Kristeller adotada pelo médico, a qual é banida pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como já abordado anteriormente, o que teria lhe causado uma laceração perineal violenta e desnecessária. A influencer registrou um boletim de ocorrência contra o médico e o acusa de ter cometido violência obstétrica durante o parto de sua filha (GLOBONEWS, 2022).

Ainda durante a entrevista, foi dito pela vítima da violência que gostaria que houvesse um curso de reciclagem para médicos obstetras e que seria importante ter uma lei que criminalizasse a violência obstétrica.

O Ministério Público de São Paulo ouviu mais três mulheres que relatam ter sido vítimas de abusos cometidos pelo mesmo médico obstetra, duas delas envolvendo também violência sexual sigilo (GLOBONEWS, 2022).

Porém a Justiça de São Paulo rejeitou no dia 31 de outubro de 2022 a denúncia do Ministério Público (MP) contra o médico obstetra Renato Kalil por lesão corporal e violência psicológica, no caso envolvendo Shantal Verdelho. O juiz da 25ª Vara Criminal de São Paulo pediu o arquivamento da denúncia e afirmou que não foram apresentadas provas suficientes para justificar erro médico ou procedimento inadequado no parto.

Posto isso, observamos que o fato de não existir legislação específica no Brasil acerca da Violência Obstétrica, como já existe na Argentina, por exemplo, faz com que tais práticas sejam tratadas e resumidas tão somente pelos critérios da responsabilidade civil, quando na verdade essa é só uma face de um assunto muito complexo (LEITE, 2016).

É necessário que a resposta jurisdicional seja capaz de assegurar que os danos sofridos sejam efetivamente reparados, não somente na luz da responsabilidade civil, como também reconhecê-la como violação de direitos humanos.

Observa-se ainda a necessidade da responsabilização ser considerada de um modo geral e não tão somente individual, pois não se trata de meros erros médicos, mas de uma questão de violação de direitos humanos e questão de saúde pública. Além de que, a prática da violência obstétrica pode se concretizar por si só, sem a necessidade que se haja erro médico (LEITE, 2016).

Considerando a pesquisa feita por Nogueira (2016) e as demais jurisprudências analisadas, observa-se que o tema abordado tem tido mais atenção tendo em vista que na pesquisa não se encontrava sequer o termo “violência obstétrica”, e hoje, mesmo que de modo incipiente, é possível encontrar jurisprudência fazendo referência de tal violência como violação a direito fundamental.

Dessa forma, vemos a carência de serem feitos grandes avanços na problemática, como o país adotar políticas públicas de informações às parturientes e aos profissionais da saúde, além da necessidade de uma lei específica que regulamente o assunto, e principalmente a necessidade de uma responsabilização mais severa aos médicos que realizarem tal violência.

## CONCLUSÃO

Conforme visto, o presente trabalho possibilitou uma abordagem acerca da violência obstétrica e responsabilidade civil médica diante destes casos. O estudo se deu através de revisão bibliográfica, análise legislativa, apresentação de casos concretos a respeito do tema e julgados dos tribunais brasileiros.

Notou-se, que a luta feminina por fazer seus direitos e ter respeitadas sua dignidade é um esforço contínuo que vem de muito tempo, como violências cometidas pelos mais diversos setores sociais e que, rotineiramente, atrapalham e subjagam o gênero feminino, qualificando-se assim como violência de gênero. Esta violência encontra raízes principalmente em sociedades patriarcais, sob as quais prevalecem estruturas de subordinação e discriminação contra o gênero feminino, consolidando a formação de conceitos e valores que desqualificam as mulheres, seus corpos, suas ações e suas opiniões.

No que tange a violência obstétrica, observou-se que esta se caracteriza pelo desrespeito à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos, podendo manifestar-se por meio de violência verbal, física ou sexual e pela adoção de intervenções e procedimentos desnecessários e/ou sem evidências científicas, podendo ocorrer no momento do pré-natal, parto, pós-parto, cesárea ou abortamento, cometida contra a mulher e sua família.

Fora demonstrado ainda, de que maneira os assuntos que abrangem o tema estão inseridos em nosso ordenamento jurídico, apresentando a ausência de legislação específica que trate acerca da violência obstétrica, faz com que tais práticas sejam tratadas e resumidas tão somente pelos critérios da responsabilidade civil, quando na verdade essa é só uma face de um assunto muito complexo.

Deste modo, o julgador por não possuir conhecimento acerca do tema, acaba se baseando em provas periciais, sem levar em conta a realidade da violência institucional saúde, além da dificuldade de se provar o dano sofrido, em razão da violência obstétrica, que importa em um conjunto de atos desrespeitosos, comissivos e omissivos, abusivos e maus-tratos que negligenciam.

É necessário que a resposta jurisdicional seja capaz de assegurar que os danos sofridos sejam efetivamente reparados, não somente na luz da responsabilidade civil, como também reconhecê-la como violação de direitos humanos. Além da necessidade de que, a prática da

violência obstétrica possa se concretizar por si só, sem a necessidade que se haja erro médico.

Por fim, cabe constatar que deve haver sempre um bom diálogo entre profissionais da saúde e as parturientes, pois por meio desta simples atitude é possível evitar o desencadeamento de uma possível violência obstétrica, contudo, é necessário deixar claro que caso a mulher sofra algum tipo de violência antes, durante ou após o parto, é necessário que procure seus direitos, pois é o meio mais eficaz para o combate desse tipo de dano.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, Mariana da Costa. **Experiências de Parto e Violação aos Direitos Humanos: Um Estudo Sobre Relatos de Violência na Assistência Obstétrica**. 2015. Monografia (Graduação). Universidade Federal de Goiás. Disponível em: [https://ppgidh.ndh.ufg.br/up/788/o/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Mariana\\_da\\_Costa\\_Amorim.pdf](https://ppgidh.ndh.ufg.br/up/788/o/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mariana_da_Costa_Amorim.pdf). Acesso em 05 de maio de 2022.
- BARROS, Thais Cordeiro Xavier de, et al. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. Disponível em: <file:///C:/Users/larissa/Downloads/25368-105257-1-PB.pdf>. Acesso em: 25 de Abril de 2022.
- BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino Americana de Enfermagem 2006**. Disponível em: [file:///C:/Users/Larissa%20Fernandes/Downloads/2312-3316-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Larissa%20Fernandes/Downloads/2312-3316-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 20 de junho de 2022.
- BRASIL, **Código Civil** (2002). Brasília, DF: Congresso Nacional, 2002.
- BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. **RECURSO ESPECIAL 1526467/RJ**. Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 13/10/2015, DJe 23/10/2015 Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/864127876/recurso-especial-resp-1526467-rj-2014-0143277-8/inteiro-teor-864127886> Acesso em 17 de junho de 2022.
- CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2015.
- CARVALHO, Karini Manhães et al. **A persistência do modelo tecnocrático na atenção obstétrica e o desejo de mudança para o modelo de cuidado humanizado**. **CIAIQ2018**, v. 2, 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 09 de jun de 2022.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo, et al. Violência Obstétrica como Questão para a Saúde Pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Revista USP**. 2005. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt\\_19.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf). Acesso em: 02 de maio de 2022.
- FARIAS, Cristiano Chaves de. *et al.* **Curso de Direito Civil: responsabilidade civil**, volume 3. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2015.
- GLOBO NEWS. Shantal diz que percebeu violência obstétrica em vídeo do parto e que foi desacreditada por pessoas próximas. **G1**. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/01/14/shantal-diz-que-percebeu-violencia-obstetrica-em-video-do-parto-e-que-foi-desacreditada-por-pessoas-proximas.ghtml>. Acesso em 15 de junho de 2022.
- GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: Responsabilidade Civil**. 12. ed.

v. 04. São Paulo: Saraiva, 2017.

LEITE, Julia Campos. **Abordagem Jurídica da Violência Obstétrica**. Monografia (Graduação). Universidade de São Paulo. Faculdade de Direito de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/201410903/Downloads/TCCJuliaCamposLeite.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2022.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do Parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. Dissertação (Pós Graduação). Pontifca Universidade Católica de Minas Gerais. 2008. 190 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>. Acesso em 16 de junho de 2022.

MANDARINO, Natália Ribeiro, et AL. **Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada**, em São Luís, Maranhão, Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/17.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2022.

MELO, Marco Aurélio Bezerra de. **Direito Civil**: Responsabilidade Civil. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

MINAS GERAIS. TRIBUNAL DE JUSTIÇA (16ª CAMARA CIVEL). **Apelação Cível 1.0024.14.097839-6/001**, Relator(a): Des.(a) José Marcos Vieira, 13/07/2016. Disponível em: <https://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/888949335/apelacao-civel-ac-10024140978396001-mg/inteiro-teor-888949405> Acesso em: 17 de junho de 2022.

MÜLLER, Elaine et al. O tabu do parto: Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. **Revista de Ciências Sociais**. v. 15, n. 2. p. 292-293. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17928/13393>. Acesso em: 03 de março de 2022.

NADER, Paulo **Curso de direito civil**: responsabilidade civil. 6. ed. v. 7. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho. **Violência Obstétrica**: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região Sudeste. Monografia (Graduação). Universidade de São Paulo. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/201410903/Downloads/4.pdf>. Acesso em: 16 de maio de 2022.

PROGIANTI, Jane Márcia. **Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar**. 2001. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/html/92/body/06.html>. Acesso em: 26 de junho de 2022.

RIO DE JANEIRO. TRIBUNAL DE JUSTIÇA (4ª CAMARA CIVEL). Apelação 0042482-76.2015.8.19.0213. Des(a). MARIA HELENA PINTOMACHADO - Julgamento: 11/02/2022. Disponível em: <https://tj.rj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/1477476126/apelacao-apl-424827620158190213> Acesso em 17 de junho de 2022.

SANTOS, Aline de Lima; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; MARCON, Sonia Silva. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 2012. Disponível em [http://www.revistarene.ufc.br/edicoespecial/a07v11esp\\_n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/edicoespecial/a07v11esp_n4.pdf). Acesso em 08 de maio de 2022.

SANTA CATARINA. TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Apelação nº 0005797-67.2010.8.24.0064 SÃO JOSÉ- SC.** Relator: Des. Júlio César Knoll. 31-10-2017. fl. 315. Disponível em: <https://tj-sc.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/516858701/apelacao-civel-ac-57976720108240064-sao-jose-0005797-6720108240064/inteiro-teor-516858762> Acesso em 17 de junho de 2022.

SÃO PAULO. TRIBUNAL DE JUSTIÇA (4ª VARA CÍVEL). **Apelação 0110288-25.2008.8.26.0005** São Miguel Paulista- SP; Relator (a): Fábio Podestá. : 21/03/2018. Disponível em: [http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2015/12/TJ-SP-Apela%C3%A7%C3%A3o\\_-APL-00178602320148260002-SP-0017860....pdf](http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2015/12/TJ-SP-Apela%C3%A7%C3%A3o_-APL-00178602320148260002-SP-0017860....pdf) Acesso em 17 de junho de 2022.

SENA, Lígia Moreira. TESSER, Charles Dalcanale. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências.** 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180148881019>. Acesso em: 02 de Abril de 2022.

SALGADO, Helóisa de Oliveira. **A experiência da cesárea indesejada:** perspectivas das mulheres sobre decisões suas implicações no parto e nascimento. Dissertação (Pós Graduação). 2012. 157 p. Disponível em: <file:///C:/Users/201410903/Downloads/HOS.pdf>. Acesso em: 10 de Março de 2022.

VENTURI, Gustavo et al. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 17 de maio de 2022.

WOLFF, Leila Regina; MOURA, Maria Aparecia Vasconcelos. Institucionalização do Parto e a Humanização da Assistência: Revisão de Literatura. **Revista Enfermagem.** 2004. Disponível em [http://revistaenfermagem.eean.edu.br/audiencia\\_pdf.asp?aid2=1030&nomeArquivo=v8n2a16.pdf](http://revistaenfermagem.eean.edu.br/audiencia_pdf.asp?aid2=1030&nomeArquivo=v8n2a16.pdf). Acesso em 5 de junho de 2022.