

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

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PRATICADA CONTRA MULHERES NO BRASIL SOB  
O PRISMA DA RESPONSABILIDADE CIVIL.**

**GIOVANNA DE SOUZA MAIA**

**Rio de Janeiro**

**2022**

**GIOVANNA DE SOUZA MAIA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PRATICADA CONTRA MULHERES NO BRASIL SOB  
O PRISMA DA RESPONSABILIDADE CIVIL.**

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 Daniela Silva Fontoura de Barcellos.

**Rio de Janeiro**

**2022**

## CIP - Catalogação na Publicação

d217v de Souza Maia, Giovanna  
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PRATICADA CONTRA MULHERES NO  
BRASIL SOB O PRISMA DA RESPONSABILIDADE CIVIL /  
Giovanna de Souza Maia. -- Rio de Janeiro, 2023.  
74 f.

Orientador: Daniela Silva Fontoura de Barcellos.  
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -  
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade  
Nacional de Direito, Bacharel em Direito, 2023.

1. Violência obstétrica. 2. responsabilidade  
civil. 3. judicialização. 4. dano. 5. reparação. I.  
Silva Fontoura de Barcellos, Daniela, orient. II.  
Título.

**GIOVANNA DE SOUZA MAIA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PRATICADA CONTRA MULHERES NO BRASIL SOB  
O PRISMA DA RESPONSABILIDADE CIVIL.**

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 Daniela Silva Fontoura de Barcellos.

**Data da Aprovação:** 21/12/2022.

**Banca Examinadora:**

Daniela Silva Fontoura de Barcellos.

**Orientador**

Carolina Silvino

**Membro da Banca**

Rosane Porto

**Membro da Banca**

RIO DE JANEIRO

2022

## AGRADECIMENTOS

Sozinho não é possível chegar a lugar algum. Ao longo desses 5 anos (que mais parecem 5 minutos) aprendi a celebrar as pequenas conquistas e a enxergar a esperança nos momentos mais difíceis ao lado daqueles que trilharam este agri-doce caminho ao meu lado. Nós fomos felizes.

Agradeço pelo apoio incondicional da minha família, em especial aos meus pais, que sempre priorizaram, acima de tudo, a minha educação. Obrigada por acreditarem em mim em todos os segundos da minha existência.

Menciono uma dedicatória especial à minha amada irmã Fernanda, que, apesar da distância, vibra pelo meu sucesso com tanto entusiasmo que me faz capaz de senti-la sempre ao meu lado. Obrigada por tanto.

Agradeço pelo afeto cultivado junto às amigadas construídas na gloriosa FND, que foram capazes de tornar esta fantástica aventura leve, divertida, enérgica e possível. Obrigada por fazerem tudo valer a pena e por serem umas das melhores surpresas que eu poderia receber.

Não poderia deixar de registrar um agradecimento mais que especial ao meu querido e eterno amigo José Lucas (*in memoriam*), que me honrou com a sua companhia e existência singular. Obrigada por ser luz em todos os momentos.

Agradeço aos meus saudosos professores do ensino médio que, dia após dia, se dedicam a transformar a vida de milhares de estudantes sonhadores. Obrigada por terem transformado a minha vida com os esforços incansáveis frente às adversidades. Nada disso seria possível sem a educação pública, gratuita e de qualidade.

Agradeço pelo caloroso acolhimento do Coletivo Negro Claudia Silva Ferreira. Obrigada pelas trocas tão especiais e pelo suporte necessário. Eu sou porque nós somos. As ações afirmativas e as políticas de implementação e defesa das cotas raciais me trouxeram até aqui. Registro o meu muito obrigada a todos que vieram antes de mim nessa jornada e possibilitaram a concretização desse sonho. Aos pretos e pretas: conquistaremos o mundo.

Seguimos caminhando.

*“E à mulher disse: Multiplicarei grandemente a tua dor, e a tua conceição; com dor darás à luz filhos; e o teu desejo será para o teu marido, e ele te dominará.”*

*Gn 3, 16.*

## RESUMO

O presente trabalho busca analisar a violência obstétrica sob a ótica do direito privado, mais especificamente no que tange ao mecanismo da responsabilidade civil como forma de reparação dos danos causados a partir do ato ilícito em comento. Os momentos relativos ao pré parto, parto e puerpério, são, muitas vezes, cercados de restrições e violações de direitos a partir de graves violências praticadas contra as mulheres, sendo certo que, na maior parte dos casos, não há reparação civil à vítima, tampouco responsabilização civil dos envolvidos. Apesar do debate acerca da violência obstétrica ter ganhado força nos últimos anos e provocado uma notável movimentação social, as repercussões jurídicas oriundas dessas provocações ainda se mostram insuficientes para abarcar a grandiosidade contextual dessa problemática, razão pela qual se faz presente a dissertação em tela. O forte arcabouço jurídico e jurisprudencial no sentido de tutela de grupos vulneráveis e de aplicação da reparação civil não tem sido suficiente para dar conta da demanda envolvendo a questão social em tela, vez que a problemática circula desde o reconhecimento da violência obstétrica por parte das instituições, passando pela identificação do dano por parte das mulheres e incluindo o acesso ao judiciário com os instrumentos necessários à reparação.

**Palavras chave: Violência obstétrica; responsabilidade civil; representação; ato ilícito; identidade; judicialização; dano e reparação.**

## **ABSTRACT**

This work seeks to analyze obstetric violence from the perspective of private law, more specifically with regard to the mechanism of civil liability as a way of repairing damages caused by the illicit act in question. The moments related to prepartum, childbirth and puerperium are often surrounded by restrictions and violations of rights from serious violence against women, given that, in most cases, there is no civil reparation for the victim, nor civil liability of those involved. Although the debate about obstetric violence has gained strength in recent years and provoked a remarkable social movement, the legal repercussions arising from these provocations are still insufficient to encompass the contextual grandeur of this problem, which is why the dissertation on screen is present. The strong legal and jurisprudential framework in the sense of protecting vulnerable groups and applying civil reparations has not been enough to deal with the demand involving the social issue at hand, since the problem has been circulating since the recognition of obstetric violence by institutions, including the identification of the damage by women and including access to the judiciary with the necessary instruments for reparation

**Keywords: Obstetric violence; civil responsibility; representation; unlawful act; identity; judicialization; damage and repair.**

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| INTRODUÇÃO .....   | 8  |
| CAPÍTULO 1. DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....  | 11 |
| 1.1. Mulheres enquanto sujeitos de direitos e deveres.....   | 11 |
| 1.2. Parto e gestação ao longo da história .....   | 13 |
| 1.3. Conjuntura normativa obstétrica no Brasil.....  | 15 |
| 1.4. Conceito de violência obstétrica.....   | 18 |
| 1.5. Popularização do debate e o reconhecimento da violência obstétrica enquanto<br>ofensa aos direitos humanos..... | 21 |
| CAPÍTULO 2. DA RESPONSABILIDADE CIVIL .....  | 23 |
| 2.1. Responsabilidade Civil no Brasil.....   | 23 |
| 2.2. Relação jurídica entre médico-paciente e autonomia da vontade.....  | 27 |
| 2.3. Responsabilidade civil no âmbito da relação obstétrica.....   | 35 |
| 2.4. Dano in re ipsa.....  | 40 |
| 2.5. Mortalidade materna e neonatal.....   | 42 |
| 2.6. Atendimento ao abortamento .....  | 44 |
| 2.7. Aplicação normativa de fiscalização e combate à violência obstétrica.....                                       | 46 |
| 2.8. Supressão da negligência normativa através de instrumentos extrajudiciais..                                     | 48 |
| CAPÍTULO 3. DA JUDICIALIZAÇÃO .....  | 51 |
| 3.1. Mecanismos de reparação.....  | 51 |
| 3.2. Casos judiciais em destaqueCaso Alyne Pimentel.....   | 52 |
| 3.3. Análise de decisões judiciais em destaque.....  | 56 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS .....   | 59 |
| REFERÊNCIAS.....   | 61 |

## INTRODUÇÃO

Apesar de ser considerado um campo de estudos um tanto quanto recente, a violência obstétrica direcionada às mulheres vem sendo percebida em diversos contextos temporais ao longo da história da humanidade. Entretanto, em razão da baixa produção acadêmica no escopo jurídico, da insuficiência de cadeiras específicas no campo da graduação, e das rasas e escassas decisões judiciais no que tangem à violência obstétrica, urge a necessidade de produções voltadas para este campo, visando não só fomentar o discurso jurídico nessa seara, mas com a finalidade de impulsionar a maturação do enquadramento da violência obstétrica enquanto uma violência de gênero, com conseqüente repercussão no âmbito dos direitos fundamentais e, sobretudo, humanos.

Nos últimos anos, verifica-se um crescente debate no Brasil acerca da violência obstétrica no campo social, o que se faz urgentemente necessário em função da profundidade dessa problemática. Entretanto, apesar do referido debate se apresentar de forma extremamente assertiva e indeclinável, as repercussões jurídicas oriundas dessa provocação social ainda se mostram insuficientes para abarcar a grandiosidade contextual do problema em tela.

Os dados falam mais alto do que qualquer coisa: o levantamento “Nascer no Brasil”, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), de 2012, mostra que 30% das mulheres atendidas em hospitais privados sofrem violência obstétrica, enquanto no Sistema Único de Saúde (SUS) a taxa é de 45% (VASCONCELLOS et al., 2014). Em um contexto geral, no Brasil, 1 em cada 4 mulheres sofre algum tipo de violência durante o atendimento ao parto. Isso representa 25% das parturientes brasileiras, de acordo com a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, divulgada em 2010 pela fundação Perseu Abramo.

Os dados se tornam ainda mais alarmantes quando consideramos que eles estão, ao menos, 1 década atrasados, na medida em que se carece de estatísticas e pesquisas recentes acerca do percentual de violência obstétrica.

Nessa esteira, o que deveria ser um ato fisiológico, natural e notavelmente marcante na vida de uma mulher, acabou por se tornar uma condição patológica de opressão e sobreposição em função da lucratividade em torno da exploração de corpos femininos. O tratamento

desumanizado em que consiste a violência obstétrica impacta profundamente a vida de mulheres que vivenciam essa experiência e raramente encontram apoio para compreender a totalidade da violação sofrida. Não obstante, há uma ligação cristalina entre a violência obstétrica e a morbidade/mortalidade materna. Urge a necessidade de pautar a violência obstétrica dentro das políticas públicas voltadas ao plano da saúde e, além disso, traçar caminhos jurídicos aptos a responsabilizar os infratores e oferecer suporte às vítimas de violência obstétrica.

Ressalta-se que o dano causado pela violência obstétrica incide tanto na esfera física, quanto na psicológica, fazendo com que a responsabilidade civil, por si só, não seja capaz de reparar por completo o imensurável sofrimento suportável pelas vítimas da violência em tela. Entretanto, no que cabe ao direito, é seu papel tutelar as mazelas sociais e, ao menos, tentar minimizar as problemáticas que atingem os grupos sociais vulneráveis inseridos na sociedade caótica brasileira.

No que tange ao escopo jurídico, poucas são as movimentações progressistas no sentido de tutelar o grupo vulnerável em referência. Especialmente no que tange ao debate inserido no âmbito da responsabilidade civil, este se limita, majoritariamente, a abordar a responsabilidade médica na relação médico-paciente, sem levar em consideração que um dos pilares essenciais dessa relação, qual seja a autonomia da vontade, encontra-se estruturalmente afetado pelas relações de gênero, raça e classe que circundam as violências praticadas na seara obstétrica.

Apesar da legislação vigente, essa não se vislumbra suficiente para abarcar a problemática posta em tela, sendo mais do que necessária a sua inclinação à real origem do problema destacado. A incidência abstrata da letra da lei no que tange à violência obstétrica, quando deixa de levar em conta a particularidade desse ilícito, joga para escanteio todas as produções sociológicas que apontam para a gravidade da problemática em tela e afasta a real função normativa de tutela constitucional dos grupos vulneráveis.

A faísca inicial que acendeu a chama para a produção do presente trabalho é o documentário brasileiro “O Renascimento do Parto”, lançado em 2009, dirigido por Eduardo Chauvet e roteirizado por Érica de Paula, que retrata a grave realidade obstétrica mundial e, sobretudo, brasileira, que se caracteriza por um número alarmante de intervenções traumáticas e violentas.

É imperioso questionar, considerando os princípios consagrados na Constituição Federal que versam sobre igualdade e dignidade, de qual forma os grupos vulneráveis no seio brasileiro vêm sendo tutelados no âmbito do direito privado? Quais as implicações cíveis dos atos de violência obstétrica? Como é possível aferir a consumação de um ato ilícito apto a ensejar reparação e responsabilização, especialmente no campo médico-obstétrico? Qual deve ser a ótica de leitura e interpretação dos artigos do Código Civil que versam sobre a responsabilidade civil no contexto da violência obstétrica? Qual o limite de interferência jurídica no tocante à autonomia da vontade no campo médico? Objetiva-se, acima de tudo, promover a reflexão destes questionamentos e as devidas inclinações a partir das evidências coletadas.

## CAPÍTULO 1. DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

### 1.1. Mulheres enquanto sujeitos de direitos e deveres

A colocação da mulher no campo de direitos e deveres é uma construção social que merece destaque no presente trabalho. Quando se falam em tópicos que abrangem violências estruturais, é imperioso mencionar a qual estrutura se refere, para que seja possível compreender a correta profundidade do tópico abordado. Tratando-se de uma violência originalmente inerente ao gênero, é necessário resgatar a posição da mulher ao longo da história.

Nas palavras de Scott,

[...] o patriarcado é uma forma de organização social onde suas relações são regidas por dois princípios basilares: as mulheres são hierarquicamente subordinadas aos homens, e os jovens estão subordinados hierarquicamente aos homens mais velhos, patriarcas da comunidade (1995, p.).

Nessa esteira, as legislações descartaram o escopo feminino por séculos, tamanho o seu desprezo, considerando as mulheres enquanto meros objetos masculinos. A filosofia em comento desaguou na criação de uma sociedade que exclui definitivamente a mulher do topo dos poderes hierárquicos e decisórios.

Entretanto, apesar da sociedade ser concebida, alimentada e educada por mulheres, paradoxalmente, estas são tratadas enquanto figuras secundárias e desprovidas de autonomia. Apesar do papel coadjuvante imposto socialmente, as mulheres vêm, pouco a pouco, quebrando barreiras e angariando grandes conquistas, especialmente a partir do século XX.

Nota-se, a título de destaque, uma insurgência feminina no bojo da Revolução Francesa em 1791, onde foi redigida a Declaração dos direitos da mulher e da cidadã, pela ativista política Olympe de Gouges. Todavia, percebe-se que, apesar da Revolução Francesa ser considerada um marco no tocante à igualdade e liberdade, as mulheres não desfrutaram diretamente de tais conquistas políticas, sendo certo que houve a necessidade do movimento feminista erguer uma bandeira própria. O que a história revela é uma flagrante contradição na chamada revolução liberal. Ao deixar de conferir direitos aos pobres, às mulheres e aos estrangeiros, considerando que apenas os cidadãos franceses, homens, proprietários de bens e com renda aferível teriam

direito ao sufrágio, o referido movimento confirmou o seu comprometimento com a lógica e os interesses da burguesia, reforçando as engrenagens do *status quo*.

Apenas no contexto do levante feminista de intensificação da luta pelos direitos das mulheres, que objetivavam a transição da lente social da mulher de objeto para cidadã, que o debate acerca da violência e discrepância de gênero veio para o âmbito público (SANTOS, 2004). Com a inclusão da mulher no mercado de trabalho, inicia-se uma nova fase da mulher enquanto sujeito de direitos e deveres. Essa nova conjuntura social permitiu que as mulheres começassem a questionar as discrepâncias de gênero antes concebidas como naturais e, dessa forma, intensificassem as reivindicações por acesso aos estudos, sufrágio e condições laborais igualitárias.

Com isso, tomando as palavras de Verrucci *apud* Bonnachi (1995), “gradualmente, os direitos da mulher foram integrados aos mecanismos dos direitos humanos, formando parte de um processo de construção de uma cultura universal de respeito pela pessoa humana.” A construção de leis voltadas à proteção aos direitos das mulheres é um reconhecimento formal da luta histórica em favor da conquista da cidadania para as mulheres.

Entretanto, verifica-se que o conceito de cidadania é extremamente fluido ao longo da história que, por sua vez, permitiu a subjugação de mulheres em nome da ordem social por longos anos. Nas palavras de Avelar:

[...] a democratização de uma sociedade é fruto de um longo processo de mudanças que vão incorporando os grupos desprivilegiados nos benefícios dos direitos que igualam os indivíduos, indistintamente, no plano político, econômico e social (AVELAR, 2001, p.)

Dessa forma, a tutela jurídica dos direitos das mulheres enquanto sujeitos dignos de cidadania atua enquanto um mecanismo de proteção, permitindo que ações práticas nos âmbitos social, político e econômico sejam implementadas a partir de medidas governamentais.

Apenas em 1975 foi realizada a primeira Conferência Mundial sobre as Mulheres, realizada na cidade do México, onde foi discutida a questão do conflito dentro da família. Apenas no ano de 1979, na Assembleia Geral da ONU, foi aprovada a convenção que versa sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres, documento de supra relevância para o presente trabalho. Trata-se de um dos principais documentos do direito

internacional acerca dos direitos das mulheres, que impõe obrigações básicas de eliminar qualquer discriminação baseada no gênero que prejudique as liberdades fundamentais das mulheres na esfera política, social, econômica e cultural. Entretanto, ainda nos dias atuais, a OMS estima que 1/3 das mulheres ao redor do mundo sofrem algum tipo de violência física ou sexual durante a sua vida (UN, 1993). Trata-se de um número alarmante frente ao histórico da luta pelos direitos das mulheres.

No contexto nacional, levando em perspectiva o histórico colonial e escravocrata, considerando a linha tênue entre avanços e retrocessos no tocante aos direitos civis após a proclamação da república, verifica-se uma crescente onda dos movimentos sociais, especialmente na década de 1980, tendo em vista a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher em 1985, e a eleição de 26 mulheres enquanto deputadas constituintes (PIMENTA, 2010).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 configura um novo marco acerca dos direitos sociais no Brasil, especialmente em função do processo de redemocratização, que sedimentou uma tutela voltada à igualdade entre homens e mulheres, com lugar de destaque no bojo do seu artigo 5º, onde trata dos direitos e das garantias fundamentais.

## **1.2. Parto e gestação ao longo da história**

Nas palavras de Cláudia Tomasi Vendruscolo e Cristina Saling Krueel,

[...] a primeira tarefa da parentalidade instaura-se logo após o nascimento do bebê, e trata-se de resolver a discrepância entre o bebê imaginário e o bebê real. O bebê imaginário constitui-se ao longo do período gravídico e inclui elementos relativos ao desejo parental e suas expectativas com relação ao bebê. Já o bebê real, é aquele que nasce, mas nunca corresponde ao que foi antecipado pelos pais, portanto, o parto também inaugura o encontro com o bebê que deverá ser incluído no desejo parental tal como ele é (VENDRUSCOLO; KRUEL, 2015, p.96)

É inegável a experiência única que constitui o processo gestacional na vida de uma mulher. A depender da cultura e do contexto histórico, o processo de gestação e de parto possui uma singularidade própria que vem se modificando ao longo dos anos. Entretanto, verifica-se

um ponto em comum: as mulheres sempre foram assistidas por uma ou mais pessoas no processo do parto. Geralmente, tratavam-se de representantes do sexo feminino, mesmo após a transição do parto domiciliar para a dinâmica hospitalar (HELMAN, 2003).

Sem sombra de dúvidas, o surgimento da obstetrícia está intimamente ligado a mulheres que constituíram os seus conhecimentos a partir das suas próprias experiências e de uma prática obstétrica exercida com frequência (MELO; CONSIDERA; DI SABBATO, 2005). Até o século XVII, não havia muita participação da medicina no trabalho de parto, cabendo às parteiras essa posição de especialidade (STORTI, 2004). As parteiras constituíam um saber empírico acumulado no decorrer de longos anos e assistiram de perto as mulheres durante a gestação, o parto e puerpério, além de também auxiliar com os cuidados junto ao recém nascido. Nas palavras de Helman (2003), geralmente, “os médicos eram chamados apenas ocasionalmente, em casos de partos difíceis, mas, ainda assim, nesta época, o poder de decisão continuava sendo da mulher e do seu ciclo feminino”.

Entretanto, com a adição de alguns instrumentos arcaicos como o fórceps, as parteiras foram perdendo o protagonismo, sendo certo que, à época em que a cesariana resultava em grande número de mortalidade, o fórceps era uma alternativa palpável. Juntamente com a cesariana, veio à tona a medicalização do parto, com a utilização de anestésicos e analgésicos, ao passo em que, aproximadamente 1 século depois, a cesariana deixou de ser sinônimo de óbito materno e passou a ser impulsionada em função da sua efetividade (MALDONADO, 2002). Essa mudança trouxe um ponto importante a se observar na história do parto: a inserção da figura masculina no saber e prática obstétrica.

Contudo, no contexto em comento, nas palavras de Del Priore (1993), os médicos mostravam-se “absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres também pareciam atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia de parteiras”. Com recursos naturais, as parteiras se destacavam por suas experiências artesanais e humanizadas.

Cumprindo observar que, com essa transição do seio familiar para um ato institucionalizado hospitalar, verifica-se que o ambiente médico não foi moldado em função das parteiras e da família. Dessa forma, o processo de parto passa a ser contemplado com normas e

comportamentos que são definidos pela instituição hospitalar, sem espaço para as tradições artesanais voltadas ao processo biológico e humanizado (DINIZ, 2001).

Nesse momento, há uma relevante ruptura no sentido em que a mulher perde significativa autonomia no tocante a como, onde e com quem o seu parto será realizado, refletindo efeitos luminosos até nos dias atuais. No bojo dessa transição, evidenciam-se relevantes ganhos de cunho tecnológico, entretanto, significativas perdas no que tange ao afeto e acolhimento domiciliar (STORTI, 2004). Um procedimento originalmente natural e biológico passou a ser encarado enquanto uma anatomia patológica, devendo necessariamente ser inserido no ramo médico, ainda que não haja necessidade em questão.

Isto posto, dissertam cirurgicamente Aneline Kappaun e Marli Marlene Moraes da Costa,

[...] a institucionalização do parto gerou o agravamento das violências perpetradas contra as gestantes e parturientes, tendo em vista fatores como: a condição de superioridade do “saber” médico sobreposta às necessidades das mulheres, bem como a utilização indiscriminada de procedimentos causadores de sofrimentos físicos e psíquicos nas parturientes e neonatos (KAPPAUN; MORAES, 2020, p.71).

O discurso de superioridade do saber médico, ao longo das últimas décadas, transpassou a ideia de intervenção em função da necessidade de preservação da vida da mulher e veio construindo uma relação de submissão, onde estabeleceu-se a ideia que que o parto não pode mais ser conduzido de maneira natural, deixando de levar em consideração os desejos e as necessidades da gestante.

### **1.3. Conjuntura normativa obstétrica no Brasil**

O discurso de superioridade do saber médico, ao longo das últimas décadas, transpassou a ideia de intervenção em função da necessidade de preservação da vida da mulher e veio construindo uma relação de submissão, onde estabeleceu-se a ideia que que o parto não pode mais ser conduzido de maneira natural, deixando de levar em consideração os desejos e as necessidades da gestante.

Dessa forma, apesar de não haver tipificação penal das práticas envolvendo violência obstétrica, tampouco uma construção sólida doutrinária ou jurisprudencial que consagre a incidência da responsabilidade civil nos referidos casos, constam, no contexto nacional,

algumas legislações destinadas à proteção das parturientes, visando a proteção de uma gama de direitos a esse grupo vulnerável.

O Brasil é um país signatário de significativas convenções internacionais voltadas à proteção do direito das mulheres, tomando como exemplo a Convenção Interamericana Sobre a Concessão dos Direitos Civis à Mulher, de 1948; Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher, de 1953; Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (Cerd), de 1966; Convenção Americana de Direitos Humanos, São José, de 1969; Convenção Para Eliminar Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (Cedaw), de 1979.

No ano de 2011, o Ministério da Saúde consagrou, através da portaria nº 1.459/2011, a Rede Cegonha no SUS, com o viés de regionalização e descentralização dos serviços de saúde, com fulcro no artigo 198, caput, e inciso I da CF<sup>1</sup>. A Rede Cegonha foi pensada para materializar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, através da associação dos diversos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde, representando assim um importante marco na política de humanização do parto no Brasil (BRASIL, 2011).

Uma das maiores construções legislativas nacionais foi materializada na Lei nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde. Cumpre ressaltar que a garantia do acompanhamento não é uma exclusividade da rede pública de saúde ou conveniados, na medida em que incluiu o direito ao acompanhante originariamente previsto na Lei nº 8.080/1990, a qual estabelece em seu artigo 1º que a referida legislação regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado (BRASIL, 1990).

Nessa esteira, a Lei nº 12.895/2013, no bojo do seu § 3º, no artigo 19- J, obrigou os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, informativos acerca

---

<sup>1</sup> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:  
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

do direito da parturiente ao acompanhante, objetivando a ampliação da divulgação desse direito conferido às gestantes (BRASIL, 2013).

Também é imperioso ressaltar o peso da Lei nº 11.634/2007 no contexto em tela, na medida em que versa sobre o direito da gestante atendida pela rede pública de conhecimento e vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência pré-natal, objetivando evitar a chamada peregrinação na busca de vaga em hospital, onde a gestante procura por diversos hospitais até conseguir ser atendida, sendo certo que essa peregrinação é uma das principais causas de morte materna (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Na contramão da evolução normativa e de toda a construção literária sociológica no que tange à obstetrícia, em 2019, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, publicou um despacho posicionando-se contrariamente à utilização do termo “violência obstétrica”, considerando que este não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério. Ainda, informou que estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada (BRASIL, 2019).

Nesse mesmo ano, o Conselho Federal de Medicina elaborou o Parecer CFM nº 32/2018 onde dispõe que a expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética (BRASIL, 2018).

Resta cristalina a resistência por parte da comunidade médica em, ao menos, reconhecer a incidência da violência obstétrica praticada contra mulheres no Brasil, reforçando a continuidade dessa cultura.

Não obstante, a Portaria nº 353/2017 do Ministério da Saúde consagra as diretrizes dispostas na cartilha "Diretrizes Nacionais de Assistência Ao Parto Normal", listando procedimentos que não devem ser adotados como rotina durante o parto, como lavagem intestinal, raspagem dos pelos pubianos, rompimento precoce de bolsa, utilização de hormônios indutores, entre outros pontos usualmente abordados no plano de parto (BRASIL, 2017).

No âmbito da execução penal, observa-se um importante avanço no que tange à preservação da gestante privada de liberdade, tomando como exemplo a Lei nº 13.769/2018 que estabelece a substituição da prisão preventiva por prisão domiciliar da mulher gestante ou que for mãe ou responsável por crianças ou pessoas com deficiência e para disciplinar o regime de cumprimento de pena privativa de liberdade de condenadas na mesma situação (BRASIL, 2018). Também se destaca a Lei nº 13.434/2017 que veda o uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e em mulheres durante a fase de puerpério imediato (BRASIL, 2017).

A OMS já reconheceu a violência obstétrica enquanto um dos problemas de gênero mais latentes da contemporaneidade, através da cartilha de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Através do decreto nº 4.377/2002, o Brasil incorporou ao seu ordenamento jurídico a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher da Organização das Nações Unidas (BRASIL, 1979), sendo certo que este documento é conhecido como uma das maiores declarações internacionais de direitos das mulheres.

No âmbito local dos municípios, após o levante social que formigou o debate acerca da violência obstétrica, é possível encontrar diversas cartilhas de informações e orientações acerca das normas vigentes de proteção à parturiente, de fácil acesso através das maternidades e dos *websites* governamentais.

#### **1.4. Conceito de violência obstétrica**

Por se tratar de uma área relativamente nova no campo dos estudos sociológicos, a construção do conceito de violência obstétrica vem se moldando ao longo das décadas de forma gradual. Dessa forma, desde a década de 1980, o modelo obstétrico brasileiro vem sendo questionado através de bases científicas pautadas nos estudos baseados em evidências científicas acerca dos problemas envolvendo os modos de intervenção obstétrica.

Os referidos questionamentos são compostos por críticas ao modelo hegemônico envolvendo o processo de gestação, patologização do parto e a perda do protagonismo da mulher através de excessos de metodologias artificiais e recorrentes violações de direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres (TORNQUIST, 2002).

A utilização do termo “violência obstétrica” se popularizou através do Dr. Rogélio Pérez D’GREGORIO, enquanto presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, em editorial do *International Journal of Gynecology and Obstetric* em 2010, sendo certo que a sua definição foi adotada pelas legislações venezuelanas<sup>2</sup> e argentinas<sup>3</sup>. Na referida definição, violência obstétrica caracteriza-se pela

[...] apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2001, tradução nossa).

No dossiê Parirás com Dor a violência obstétrica é caracterizada enquanto

[...] atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva podendo ser cometidos por profissionais de saúde, ou outros profissionais envolvidos na atenção prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 130).

Ainda no Dossiê, ele considera como violência de natureza física aquela que incide sobre o corpo da mulher de forma dolorosa ou danosa (independente do grau), através de práticas desprovidas de fundamento em evidências científicas. Toma-se como exemplo as intervenções desnecessárias, como o uso indevido de fórceps ou da manobra de *Kristeller*<sup>4</sup>, que possuem potencial para causar danos ao bebê e à parturiente.

A violência de natureza verbal é aquela que gera sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade ou abandono. Trata-se de uma violência de cunho psicológico. Não é raro acontecer de as parturientes ouvirem piadas, risos e comentários que ferem a sua moral durante o parto e puerpério (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

Ainda nesta senda, as instituições, hospitais, maternidades e clínicas, públicos ou privados, também são agentes passíveis de cometer violência institucional, ao passo em que

---

<sup>2</sup> Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, art. 15, 13. e art. 51..

<sup>3</sup> Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar La violencia contra las mujeres em los ámbitos em que desarrollen SUS relaciones interpersonales, artículo 6o, e.

<sup>4</sup> Compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto, objetivando a sua abreviação.

podem constituir ações ou formas de organização que dificultam, retardam ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos legalmente assegurados (MARQUES, 2020).

Também é possível aferir a incidência de violência obstétrica de natureza material, quando ocorre a prática de determinados atos com a finalidade de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos através da violação de direitos já garantidos por lei, bem como a violência de natureza midiática, quando ocorrem condutas praticadas através de meios de comunicação com a finalidade de violar psicologicamente as parturientes, bem como denegrir seus direitos, objetivando obter vantagens com fins sociais ou econômicos (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A Lei Estadual 18.322/2022 de Santa Catarina trouxe uma contribuição inestimável ao dispor de um rol exemplificativo acerca de práticas que configuram violência obstétrica, fazendo com que a conceituação dessa prática saia do campo abstrato e venha a ser palpável em termos de identificação, viabilizando assim o reconhecimento da violência obstétrica e a sua posterior reparação. Cumpre ressaltar que essa legislação abarcou a antiga Lei Estadual 17.097/2017, que consagrou inicialmente o referido rol.

Cumpre destacar que diversos pesquisadores de peso na área (DINIZ et al., 2016; HOTIMSKY et al., 2013; AGUIAR, 2010; SANTOS e SHIMO, 2008; DINIZ, 2001) têm comprovado que a violência obstétrica não é ocasionada por atos isolados, através de equipes ou profissionais desqualificados, tampouco se trata de uma exceção. O que está em tela é o protocolo básico de serviços de assistência obstétrica no Brasil.

Apenas no ano de 2014, Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a violência obstétrica ao publicar uma declaração alertando sobre a violência cometida contra mulheres durante o parto nas redes de saúde, trazendo maior enfoque para a temática em referência na área de saúde pública e de direitos humanos. A declaração reconhece, nos seguintes termos, que

[...] no mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação,

diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos (OMS, 2014).

Ao final da década de 1990, o Centro Latino-americano dos Direitos da Mulher publicou o relatório *Silencio y Complicidad: Violencia contra la Mujer en los Servicios Públicos de Salud no Peru*, compilando um vasto arcabouço documental acerca das violações recorrentes durante o parto, que se aplica a todo o continente americano (COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER, 1998).

Por fim, em resumo, como disserta brilhantemente a pesquisadora Silvia Badim Marques,

[...] a violência obstétrica caracteriza-se como uma violência de gênero, por ser cometida contra mulher em todas as etapas da gravidez e do pós-parto, incluindo os casos de abortamento. Essa violência é considerada como parte integrante de uma sociedade que violenta as mulheres pela sua identidade de gênero e pela sua condição feminina, fruto da dominação masculina que origina o machismo, tanto institucional quanto pessoal, e que recai nas diversas relações da mulher com seu corpo, sua posição na sociedade e sua dignidade (MARQUES, 2020, p.98-99)

### **1.5. Popularização do debate e o reconhecimento da violência obstétrica enquanto ofensa aos direitos humanos**

Com a expansão do debate acerca da violência obstétrica, veio também a caracterização dessa forma de opressão enquanto uma violência de gênero, na medida em que majoritariamente mulheres passam pelo ciclo gravídico-puerperal. Sendo assim, trata-se do corpo feminino em situação de subjugação e na posição de objeto de interferências realizadas sem que haja o consentimento da parturiente, quando, na realidade, deveria estar na posição de sujeito. Contudo, cumpre ressaltar que não são apenas mulheres que passam pelo ciclo gravídico-puerperal, na medida em que homens transgêneros também estão sujeitos a vivenciar situações de abortamento, parto e puerpério e, portanto, também serem alvo de violência obstétrica (ANGONESE; LAGO, 2017).

No Brasil, a partir dos anos 80, foi possível verificar uma crescente junto ao "movimento de humanização da assistência ao parto e ao nascimento", com fortes reivindicações de um novo modelo obstétrico, com observância às recomendações da OMS, pugnando pela diminuição do

uso de técnicas intervencionistas desnecessárias ou danosas no parto, bem como pelo respeito aos direitos reprodutivos das mulheres (SABATINO; DUNN; CALDEYRO-BARCIA, 1992).

A facilitação desse mecanismo de opressão encontra escopo no conhecimento técnico inerente ao médico, vez que o ato de parir é concebido enquanto um procedimento médico. Contudo, é imperioso ressaltar que, durante o maior tempo da história humana, a parturiente, acompanhada somente de outras mulheres, foi capaz de realizar tal evento (MARTINS, 2004).

Entretanto, esse reconhecimento não é suficiente para abarcar a amplitude da incidência desta problemática. Precipuamente, trata-se de uma ofensa aos direitos fundamentais e, sobretudo, aos direitos humanos. O grande marco desse reconhecimento veio em 2014 com a declaração oficial da ONU para prevenção e eliminação da violência obstétrica, que compreendeu a violência obstétrica enquanto uma violação dos direitos humanos fundamentais (OMS, 2014). Trata-se de uma concepção mundialmente pacificada, apesar da resistência de parte do setor médico.

Cumpram observar também a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing no ano de 1995, onde foi reiterado o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres enquanto direitos humanos (LUNARDI, 2021).

O entendimento da violência obstétrica a partir dos direitos humanos se dá na medida em que aborda saúde, autodeterminação e integridade pessoal. Considerando a teoria dos direitos humanos dos pacientes, a violência obstétrica viola diversos direitos humanos, tomando como exemplo o direito à vida, o direito de não ser submetido à tortura e tratamento cruel ou degradante, o direito ao respeito pela vida privada, o direito à informação, o direito a não ser discriminado e o direito à saúde (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

Dessa forma, considerando que a gestante é uma pessoa titular de direitos e garantias previstos para além do ordenamento jurídico nacional, os direitos humanos pautam a vulnerabilidade das mulheres perante o corpo médico, de acordo com a teoria dos direitos humanos dos pacientes, supracitada. De acordo com essa linha de pensamento extremamente latente na atualidade, a violência obstétrica na posição de violação aos direitos humanos se dá a partir das peculiaridades que envolvem a parturiente no que tange ao gênero, raça, sociabilidade e cultura.

## CAPÍTULO 2. DA RESPONSABILIDADE CIVIL

### 2.1. Responsabilidade Civil no Brasil

Aprofundando o tato jurídico no presente trabalho, é imprescindível trazer parte dos conceitos e fundamentos da responsabilidade civil no Brasil, para que seja possível aprofundar essa concepção no que tange à responsabilidade civil em decorrência da violência obstétrica.

Caio Mário pontua brilhantemente que

[...] enquanto a obrigação de reparar o mal permanece meramente abstrata ou teórica, não interessa senão à moral. Mas, quando se tem em vista a efetiva reparação do dano, toma-a o direito a seu cuidado, e constrói a teoria da responsabilidade civil (PEREIRA, 2018, p.).

Nessa esteira, o autor em referência consagra que

[...] a responsabilidade civil consiste na efetivação da reparabilidade abstrata do dano em relação a um sujeito passivo da relação jurídica que se forma. Reparação e sujeito passivo compõem o binômio da responsabilidade civil, que então se enuncia como o princípio que subordina a reparação à sua incidência na pessoa do causador do dano.

Não importa se o fundamento é a culpa, ou se é independente desta. Em qualquer circunstância, onde houver a subordinação de um sujeito passivo à determinação de um dever de ressarcimento, aí estará a responsabilidade civil (PEREIRA, 2018, p.).

De forma simplificada, Silvio Rodrigues (ANO) enfatiza a máxima de que o princípio basilar da teoria da responsabilidade civil é aquele que impõe a quem causa dano o dever de reparar. Nessa mesma esteira, Serpa Lopes (ANO) define a responsabilidade civil enquanto o dever de reparar o prejuízo. No contexto internacional, Malaurie e Aynès (1985) dispõem que a responsabilidade civil é a obrigação de reparar o dano que uma pessoa causa a uma outra. Na corrente positivista, Geneviève Viney (1965) leciona que responsabilidade civil é o conjunto de regras que obrigam o autor de um dano causado a outrem a reparar este dano, oferecendo à vítima uma compensação.

Entretanto, a simplicidade das referidas conceituações estão longe de refletir o cenário da doutrina civilista. Não há uma unanimidade doutrinária acerca do conceito de responsabilidade civil.

O atual código civil, juntamente com a cláusula geral de responsabilidade subjetiva no bojo do art. 186<sup>5</sup>, dispõe no parágrafo único do art. 297<sup>6</sup> uma cláusula geral de responsabilidade objetiva, consagrando assim um sistema dualista de responsabilidade (TEPEDINO, 2001). Nessa nova redação, para além do ato ilícito já fixado em códigos anteriores enquanto gerador de responsabilidade civil, o abuso de direito também foi considerado um precedente para a responsabilização civil.

Nas palavras de Flávio Tartuce,

[...] o ato ilícito é o ato praticado em desacordo com a ordem jurídica, violando direitos e causando prejuízos a outrem. Diante da sua ocorrência, a norma jurídica cria o dever de reparar o dano, o que justifica o fato de ser o ato ilícito fonte do direito obrigacional (TARTUCE, 2022, p.)

Não obstante, o Código Civil conceitua, no bojo do caput do artigo 186, que “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” (BRASIL, 2002). Nessa toada, o artigo 187 traz a concepção de abuso de direito nos termos em que “também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico e social, pela boa-fé ou pelos bons costumes” (BRASIL, 2002).

Nessa toada, o doutrinador em comento dispõe que

[...] o abuso de direito é um ato lícito pelo conteúdo, ilícito pelas consequências, tendo natureza jurídica mista – entre o ato jurídico e o ato ilícito – situando-se no mundo dos fatos jurídicos em sentido amplo. Em outras palavras, a ilicitude do abuso de direito está presente na forma de execução do ato. Dessas construções conclui-se que a diferença em relação ao ato ilícito tido como puro reside no fato de que o último é ilícito no todo, quanto ao conteúdo e quanto às consequências (TARTUCE, 2022, p.).

Apesar da amplitude relacionada ao conceito de abuso de direito, o Enunciado nº 539 da VI Jornada de Direito Civil (2013) pacifica que “o abuso de direito é uma categoria jurídica autônoma em relação à responsabilidade civil. Por isso, o exercício abusivo de posições jurídicas desafia o controle independentemente de dano”.

---

<sup>5</sup> Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

<sup>6</sup> Art. 297. O cedente, responsável ao cessionário pela solvência do devedor, não responde por mais do que daquele recebeu, com os respectivos juros; mas tem de ressarcir-lhe as despesas da cessão e as que o cessionário houver feito com a cobrança.

Por sua vez, Carlos Roberto Gonçalves (2021) dispõe quatro os pressupostos da responsabilidade civil: ação ou omissão; culpa ou dolo do agente; relação de causalidade e dano. Entretanto, predomina doutrinariamente a concepção de que a culpa em sentido amplo ou genérico é considerada um elemento essencial da responsabilidade civil.

No que tange à conduta humana, a conduta positiva (ação) é a regra geral, enquanto a conduta negativa (omissão) prescinde de um dever jurídico de ação que, no caso concreto, foi descumprido. Não obstante, é necessário que haja a comprovação de que, caso a conduta fosse praticada, o dano poderia ter sido evitado. Dessa forma, a responsabilidade civil decorre da conduta ou ato próprio, respondendo o agente com o seu patrimônio, nos termos do artigo 942 do Código Civil de 2002<sup>7</sup>, podendo também responder por ato de terceiro, conforme previsão no artigo 932<sup>8</sup> da legislação supracitada.

No âmbito da responsabilidade civil, no que tange à conduta humana, considera-se tanto o dolo como a culpa (sentido amplo ou genérico). Quando há uma violação intencional do dever jurídico com o intuito de lesionar terceiro, caracteriza-se o dolo, nos moldes do art. 186 do CC. Já a culpa, nos termos de Sérgio Cavalieri Filho (2005, p. 59), é identificada quando há conduta voluntária com resultado involuntário; previsão ou previsibilidade e; a falta de cuidado, cautela, diligência e atenção. O agente quer a conduta, entretanto, não quer o resultado, ao passo em que assume o risco de fazê-lo.

Nas palavras de Caio Mário, “para que se concretize a responsabilidade, é indispensável que se estabeleça uma interligação entre a ofensa à norma e o prejuízo sofrido, de tal modo que se possa afirmar ter havido o dano, pois o agente procedeu contra o direito” (PEREIRA, 1994, p.75). Trata-se do nexo de causalidade entre a conduta do agente e o dano. Nas palavras de Carlos Roberto Gonçalves (2010, p. 348-349), o nexo de causalidade é “uma relação necessária

---

<sup>7</sup> Art. 942. Os bens do responsável pela ofensa ou violação do direito de outrem ficam sujeitos à reparação do dano causado; e, se a ofensa tiver mais de um autor, todos responderão solidariamente pela reparação.

<sup>8</sup> Art. 932. São também responsáveis pela reparação civil:

I - os pais, pelos filhos menores que estiverem sob sua autoridade e em sua companhia;

II - o tutor e o curador, pelos pupilos e curatelados, que se acharem nas mesmas condições;

III - o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele;

IV - os donos de hotéis, hospedarias, casas ou estabelecimentos onde se albergue por dinheiro, mesmo para fins de educação, pelos seus hóspedes, moradores e educandos;

V - os que gratuitamente houverem participado nos produtos do crime, até a concorrente quantia.

entre o fato incriminado e o prejuízo. É necessário que se torne absolutamente certo que, sem esse fato, o prejuízo não poderia ter lugar”.

É imprescindível, ainda, que haja a ocorrência do dano patrimonial ou extrapatrimonial suportado por outrem. Em termos gerais, a responsabilidade civil gera o dano, sendo, em regra, o ônus de sua prova ao autor da demanda, com fulcro no art. 373 do CPC<sup>9</sup>. Nas relações consumeristas há inversão desse ônus, com base em disposição expressa do Código de Defesa do Consumidor. Nessa esteira, com o reconhecimento dos danos morais como reparáveis no bojo da Constituição Federal de 1988, a jurisprudência nacional passou a admitir a cumulação de danos morais e materiais, através da súmula 37 do Superior Tribunal de Justiça (TARTUCE, 2022).

No bojo da Carta Magna, verifica-se a concretização do direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de violação de direitos, com destaque os direitos da personalidade, inclusive o direito à honra em geral, no inciso X<sup>10</sup> do art. 5º, bem como no inciso V<sup>11</sup> do mesmo, ao passo em que assegura o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem.

Para visualizar os critérios atinentes ao dano material, deve-se recorrer ao art. 402 do Código Civil, que assim dispõe: “Salvo as exceções expressamente previstas em lei, as perdas e danos devidas ao credor abrangem, além do que ele efetivamente perdeu, o que razoavelmente deixou de lucrar” (BRASIL, 2002).

---

<sup>9</sup> Art. 373. O ônus da prova incumbe:

I - ao autor, quanto ao fato constitutivo de seu direito;

II - ao réu, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor.

§ 1º Nos casos previstos em lei ou diante de peculiaridades da causa relacionadas à impossibilidade ou à excessiva dificuldade de cumprir o encargo nos termos do caput ou à maior facilidade de obtenção da prova do fato contrário, poderá o juiz atribuir o ônus da prova de modo diverso, desde que o faça por decisão fundamentada, caso em que deverá dar à parte a oportunidade de se desincumbir do ônus que lhe foi atribuído.

§ 2º A decisão prevista no § 1º deste artigo não pode gerar situação em que a desincumbência do encargo pela parte seja impossível ou excessivamente difícil.

§ 3º A distribuição diversa do ônus da prova também pode ocorrer por convenção das partes, salvo quando:

I - recair sobre direito indisponível da parte;

II - tornar excessivamente difícil a uma parte o exercício do direito.

§ 4º A convenção de que trata o § 3º pode ser celebrada antes ou durante o processo.

<sup>10</sup> X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.

<sup>11</sup> V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem.

Dessa forma, o dano material abrange o dano emergente e o lucro cessante. Conforme dispõe o ilustre doutrinador Carlos Roberto Gonçalves (2021), o dano emergente “é o efetivo prejuízo, a diminuição patrimonial sofrida pela vítima”, enquanto o lucro cessante compreende aquilo que efetivamente se deixou de lucrar. “É a frustração da expectativa de lucro. É a perda de um ganho esperado”.

Ainda nos termos do autor em comento,

[...] dano moral é o que atinge o ofendido como pessoa, não lesando seu patrimônio. É lesão de bem que integra os direitos da personalidade como a honra, a dignidade, a intimidade, a imagem, o bom nome etc., como se infere dos arts . 1º, III, e 5º, V e X, da Constituição Federal, e que acarreta ao lesado dor, sofrimento, tristeza, vexame e humilhação (GONÇALVES, 2021, p.)

Não obstante, com a evolução do campo atinente à responsabilidade civil, novas modalidades de dano vêm sendo admitidas através da construção doutrinária e jurisprudencial, tais como danos estéticos, danos morais coletivos, dano por ricochete e dano por perda de uma chance (TARTUCE, 2022).

Como regra geral no Código Civil, observa-se a responsabilidade civil subjetiva. Nessa esteira, é imprescindível que haja a comprovação da sua culpa em sentido genérico (dolo ou culpa). No entanto, há previsão de responsabilidade civil objetiva, especialmente no bojo do Código de Defesa do Consumidor, na medida em que, nesse caso, o dever de indenizar restará consagrado independentemente da comprovação de dolo ou culpa, sendo suficiente a ocorrência do nexos causal do ato praticado com o objetivo atingido (TARTUCE, 2022).

## **2.2. Relação jurídica entre médico-paciente e autonomia da vontade**

Nos termos de Heloisa Helena Barboza (2008, p. 407-423), a relação do ser humano com o próprio corpo dispõe de duas facetas: i) unilateral, que envolve a disponibilidade sobre o próprio corpo, ou seja, sobre o alcance da autonomia da vontade no que concerne ao próprio corpo físico e; ii) bilateral, considerando a atuação de outra pessoa sobre um corpo que não o seu. Verifica-se que a relação entre o médico e o paciente se encontra configurada na segunda faceta.

Dessa forma, conforme dispõe Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira, para além do viés patrimonial que envolve o pagamento pela prestação de um serviço profissional

especializado no âmbito da saúde privada, é possível verificar uma gama direitos e deveres jurídicos que dizem respeito aos conceitos existenciais intimamente ligados aos direitos da personalidade, tais como:

[...] direitos e deveres do paciente (direito de recusa a tratamento e intervenção médica; direito de não ser informado; direito de sigilo; dever de informar o médico acerca de seu histórico médico; dever de observar as prescrições médicas); deveres e direitos do médico (dever de cuidado; dever de sigilo e abstenção; dever de informar; direito de exercer com autonomia e liberdade sua profissão) (PEREIRA, 2010, p.24)

Quando se pensa em uma relação entre um médico e um paciente, é comum imaginar que dali prescinda uma relação contratual, levando em conta a prestação de serviços especializados. Entretanto, diante da vasta discussão doutrinária acerca da classificação da relação jurídica entre médico e paciente, esta não é a única definição cabível. Nas palavras de Bruno Torquato de Oliveira Naves (2002, p.), “a relação médico-paciente, mais do que patrimonial, é uma relação que objetiva um valor existencial e encontra-se submetida e informada pelo princípio da dignidade”.

Indo além de meras classificações que visam catalogar a relação supracitada, urge a necessidade de pontuar a duplicidade patrimonial e existencial inerente à essa relação<sup>12</sup>, na medida em que essa análise incide no grau de tutela estatal e no tratamento jurídico cabível<sup>13</sup>.

A incidência dos valores constitucionais, especialmente aqueles impulsionados pelo princípio da dignidade humana, ressignificam os termos jurídicos para colocá-los em razão da pessoa (SARMENTO, 2007). O que ocorre, de fato, é uma sobreposição dos valores existenciais sobre os patrimoniais, estando estes em função dos primeiros. É evidente que o contrato de serviços médicos vai muito além de uma prestação puramente patrimonial, na medida em que há um grande poder de disposição acerca de aspectos existenciais, onde a

---

<sup>12</sup> Antônio Menezes Cordeiro (2007, p. 308) versa sobre a diferença entre situação jurídica patrimonial e extrapatrimonial, ao passo em que: “O problema resolve-se pela normatização do critério. É patrimonial a situação cuja troca por dinheiro seja admitida pelo Direito. Quando a ordem jurídica proíbe os negócios que postulem a troca, por dinheiro, de determinadas situações, estas serão não-patrimoniais. Compreende-se, a esta luz, que as ocorrências possam ser ou não patrimoniais, consoante o período histórico atravessado.”

<sup>13</sup> Pietro Perlingieri (2008, p. 764) versa o seguinte: “Afirmada a natureza necessariamente aberta da normativa, é da maior importância constatar que nesta matéria não se pode aplicar o direito subjetivo elaborado com base na categoria do ter. Na categoria do ser não existe dualidade entre sujeito e objeto, pois ambos representam o ser, e a titularidade é institucional, orgânica. Quando o objeto de tutela é a pessoa, a perspectiva deve mudar: torna-se uma necessidade lógica reconhecer, em razão da natureza especial do interesse protegido, que é exatamente a pessoa a constituir ao mesmo tempo o sujeito titular e o ponto de referência objetivo da relação”.

autonomia privada e a proteção da dignidade da pessoa do paciente ganham posição de destaque nesse debate (BARBOZA, 2004).

É nessa esteira que surge margem para discussão acerca da autonomia da vontade do paciente, na medida em que os aspectos existenciais tomam o centro da pauta entre o médico e o paciente. Observa-se que há uma diferença clara no tocante à autonomia da vontade e autonomia privada, consoante Francisco dos Santos Amaral Neto. Nos termos do referido doutrinador, a autonomia privada possui relação direta com a manifestação de vontade. Já a autonomia da vontade possui como condão garantir a própria vontade do sujeito, vez que se trata da fonte vertebral de efeitos obrigacionais (AMARAL NETO, 1984). Dessa forma, observa-se que o contexto obstétrico inserido na relação médico-paciente leva em consideração os pontos supracitados.

Nas palavras de Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira (2010, p.33), “a autonomia é elemento da dignidade e será a própria dignidade, valor da pessoa humana, o limite para a intervenção do Estado ou da sociedade na esfera individual de seus componentes”.

Não restam dúvidas de que o paciente é a parte mais vulnerável da relação em contexto, principalmente em função da ausência de conhecimento técnico. De acordo com Maria Helena Diniz (2008), os direitos dos pacientes são uma verdadeira extensão dos direitos da personalidade e, sobretudo, dos direitos humanos.

Dessa forma, levando em consideração os termos constitucionais que fundamentam a dignidade da pessoa humana, previstos no artigo 5º, XIV<sup>14</sup> e XXXIII<sup>15</sup>, bem como a construção teórica acima apontada, não há o que se falar em relativização da autonomia da vontade no bojo da relação obstétrica em prol de uma supremacia médica que, em boa parte dos casos empíricos, carece de arcabouço científico probatório e esbanja processos de dominação. A flexibilização da autonomia da vontade chega a ser tratada, por parte da doutrina, enquanto um mecanismo

---

<sup>14</sup> 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: [...] XIV - é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.

<sup>15</sup> 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 [...] XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.

de proteção da pessoa contra si própria. Entretanto, essa perspectiva pode colocar em xeque a própria autonomia que também é objeto de proteção (BORGES, 2007).

Visando assegurar a preservação da autonomia da vontade dos pacientes, cabe ao corpo médico, aqui ao corpo obstétrico, com base nas garantias constitucionais, dispensar maior sensibilidade aos credores de sua prestação de serviços, bem como enfatizar a necessidade do direito à informação, sendo imprescindível a apresentação dos riscos inerentes da atividade na medida de sua participação, sob pena de violação da esfera existencial dos pacientes. Também se observa, na esfera dos pacientes, o direito de recusar informação e o tratamento médico proposto, bem como o direito e o dever ao sigilo.

No campo obstétrico, a autonomia da mulher parece ser respeitada até o ponto em que ela não opte por algo diferente do obstetra, ainda que esta assuma todos os riscos em contexto. Na prática, o que aparenta é que não é o profissional que deve respeitar a decisão da mulher, é a mulher quem deverá procurar outro profissional (PALHARINI, 2017).

A mulher na posição de gestante, com seu papel diminuído no binômio materno-fetal, é vista como uma figura que prescinde do aval do médico para o exercício de sua autonomia, sendo certo que se trata de um discurso extremamente pertinente na atualidade obstétrica (MARTIN, 2006).

No que tange ao contratante-paciente, a lei exige, no bojo das relações contratuais, que haja consentimento válido acerca dos procedimentos que serão realizados, traduzindo-se no consentimento livre e esclarecido<sup>16</sup>. Dessa forma, não sendo cumprido o dever de informar, a autonomia da vontade encontra-se mitigada, trazendo possíveis consequências no âmbito da responsabilidade civil. Nas palavras de Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira,

[...] a simples assinatura do paciente em um formulário padrão de consentimento informado não é suficiente para garantir que houve esclarecimento prévio, claro e adequado, nem mesmo que fora feito de forma livre e consciente (PEREIRA, 2010, p.191).

---

<sup>16</sup> Heloisa Helena Barboza (2004, p. 41) afirma: “O “consentimento informado” é indispensável em qualquer prática médica. É obrigação do médico esclarecer, em linguagem compreensível para leigo e de acordo com o tipo de prática, tudo o que puder influenciar na decisão do paciente, vale dizer, no seu consentimento, como por exemplo, o diagnóstico, o prognóstico, qual o procedimento adotado, seus efeitos e riscos, alternativas existentes, inclusive custos. A validade do consentimento está subordinada, além do atendimento às regras antes mencionadas, a esses esclarecimentos por parte do profissional, devendo a informação ser efetiva e correta.”

Maria Helena Diniz dispõe que

[...] o profissional da saúde deve, ante o princípio da autonomia, respeitar a vontade do paciente, ou de seu representante, se incapaz. Daí a exigência do consentimento livre e informado. Imprescindível será a informação detalhada sobre seu estado de saúde e o tratamento a ser seguido, para que tome decisão sobre a terapia a ser empregada. A prática médica, em razão do princípio da beneficência, deve buscar o bem-estar do paciente, evitando, na medida do possível, quaisquer danos e risco de vida. Só se pode usar tratamento ou cirurgia para o bem do enfermo (DINIZ, 2014, p.)

A ausência de esclarecimento cristalino acerca dos riscos e consequências, bem como a ausência de consentimento informado incide no descumprimento culposo da obrigação pactuada entre as partes. A construção jurisprudencial brasileira já consolidou que os hospitais, as clínicas e os planos de saúde também estão obrigados ao dever de informar e respondem pelo descumprimento dessa obrigação (BRASIL, 2008). A omissão médica que impede que o paciente disponha sobre a sua vontade de forma esclarecida abre margem para a incidência da responsabilidade civil, se verificado o nexo causal entre a ausência ou incompletude da informação, a falta de consentimento livre e esclarecido do paciente e o dano ocasionado.

O dever de informar encontra-se previsto no Código de Ética Médica, no bojo dos artigos 13<sup>17</sup>, 22<sup>18</sup>, 31<sup>19</sup>, 34<sup>20</sup>, 88<sup>21</sup> e 101<sup>22</sup>, bem como no Código de Defesa do Consumidor, observando

---

<sup>17</sup> Art. 13. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

<sup>18</sup> Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

<sup>19</sup> Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

<sup>20</sup> Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

<sup>21</sup> Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão.

<sup>22</sup> Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Parágrafo único. No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

os artigos 8<sup>o23</sup> , 9<sup>o24</sup> , 30<sup>25</sup>, 31<sup>26</sup>, 37<sup>27</sup>, 38<sup>28</sup>, 46<sup>29</sup> e, sobretudo, no diploma constitucional, considerando o artigo 5<sup>o</sup>, XIV<sup>30</sup> e XXXIII<sup>31</sup>. Nos termos de Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira,

[...] a responsabilidade do profissional médico, exclusivamente, pela omissão do dever de informar o paciente e falta de consentimento livre e esclarecido vem ganhando importância no direito brasileiro, haja vista que constitui violação de direitos de personalidade, do direito à autodeterminação dos cuidados de saúde e, também, do direito à integridade psicofísica, integrantes da dignidade humana do paciente (PEREIRA, 2010, p.179).

<sup>23</sup> Art. 8<sup>o</sup> Os produtos e serviços colocados no mercado de consumo não acarretarão riscos à saúde ou segurança dos consumidores, exceto os considerados normais e previsíveis em decorrência de sua natureza e fruição, obrigando-se os fornecedores, em qualquer hipótese, a dar as informações necessárias e adequadas a seu respeito. § 1<sup>o</sup> Em se tratando de produto industrial, ao fabricante cabe prestar as informações a que se refere este artigo, através de impressos apropriados que devam acompanhar o produto. (Redação dada pela Lei nº 13.486, de 2017). § 2<sup>o</sup> O fornecedor deverá higienizar os equipamentos e utensílios utilizados no fornecimento de produtos ou serviços, ou colocados à disposição do consumidor, e informar, de maneira ostensiva e adequada, quando for o caso, sobre o risco de contaminação. (Incluído pela Lei nº 13.486, de 2017).

<sup>24</sup> Art. 9<sup>o</sup> O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

<sup>25</sup> Art. 30. Toda informação ou publicidade, suficientemente precisa, veiculada por qualquer forma ou meio de comunicação com relação a produtos e serviços oferecidos ou apresentados, obriga o fornecedor que a fizer veicular ou dela se utilizar e integra o contrato que vier a ser celebrado.

<sup>26</sup> Art. 31. A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa sobre suas características, qualidades, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores.

Parágrafo único. As informações de que trata este artigo, nos produtos refrigerados oferecidos ao consumidor, serão gravadas de forma indelével.

<sup>27</sup> Art. 37. É proibida toda publicidade enganosa ou abusiva.

§ 1<sup>o</sup> É enganosa qualquer modalidade de informação ou comunicação de caráter publicitário, inteira ou parcialmente falsa, ou, por qualquer outro modo, mesmo por omissão, capaz de induzir em erro o consumidor a respeito da natureza, características, qualidade, quantidade, propriedades, origem, preço e quaisquer outros dados sobre produtos e serviços.

§ 2<sup>o</sup> É abusiva, dentre outras a publicidade discriminatória de qualquer natureza, a que incite à violência, explore o medo ou a superstição, se aproveite da deficiência de julgamento e experiência da criança, desrespeite valores ambientais, ou que seja capaz de induzir o consumidor a se comportar de forma prejudicial ou perigosa à sua saúde ou segurança.

§ 3<sup>o</sup> Para os efeitos deste código, a publicidade é enganosa por omissão quando deixar de informar sobre dado essencial do produto ou serviço.

<sup>28</sup> Art. 38. O ônus da prova da veracidade e correção da informação ou comunicação publicitária cabe a quem as patrocina.

<sup>29</sup> Art. 46. Os contratos que regulam as relações de consumo não obrigarão os consumidores, se não lhes for dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance.

<sup>30</sup> Art. 5<sup>o</sup> 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: [...] XIV - é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.

<sup>31</sup> Art. 5<sup>o</sup> 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 [...] XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.

No âmbito da violência obstétrica, é possível verificar que boa parte das violações foram facilitadas em prol da desinformação. *In casu*, o desconhecimento técnico das pacientes as colocam em uma posição de subjugação, fazendo com que estas não encontrem escopo para questionamentos e eventuais recusas. Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira diz que

[...] a verificação pelo médico da capacidade do paciente de receber informações deve levar em consideração o seu estado psicológico empírico, sua identidade individual, suas reações ao recebê-las, sua autonomia, sua capacidade racional de tomar decisões, o que pode ser mais bem esclarecido com o auxílio dos familiares (PEREIRA, 2010, p.98)

Nas mesmas palavras da autora supracitada,

[...] a responsabilidade civil que decorre do descumprimento do dever de informar configurada no fato do serviço (artigo 14, § 4º, do CDC) tem como pressupostos: i) a existência de uma conduta omissiva voluntária; ii) dolo ou culpa; iii) o dano injusto sofrido pelo paciente, que pode ser patrimonial ou extrapatrimonial; e iv) o nexo de causalidade entre o dano e a informação defeituosa (PEREIRA, 2010, p.185).

Nessa esteira, o paciente também possui o direito de ter acesso à documentação envolvida no ato, de modo que seja possível assegurar a sua autonomia informativa, bem como o controle das atividades do médico e dos diversos profissionais que englobam a relação. A questão documental é de grande preciosismo no bojo da responsabilidade civil, na medida em que constitui meio de prova de eventual erro médico ou de descumprimento de dever médico.

Entretanto, cumpre ressaltar que, em sede de violência doméstica, as declarações da vítima se revestem de especial valor probatório, sobretudo quando corroboradas com as demais provas coligidas nos autos, em função da hipervulnerabilidade da mulher em situação de violência (STJ, 2018). É interessante abordar o cabimento da extensão desse instituto aos casos de violência obstétrica, na medida em que os fundamentos para consagrar o relevo da palavra da vítima também se encontram presentes nos casos obstétricos, quais sejam: vulnerabilidade da vítima e dificuldade de produção probatória.

De acordo com Cláudia Lima Marques (2004), considerando a relação médica no âmbito privado, ainda que majoritariamente se compreenda a obrigação médica principal do médico enquanto uma obrigação de meio, o dever de informar constitui obrigação de resultado por uma interpretação mais favorável ao consumidor.

No que tange ao ato médico, não é possível verificar uma conceituação jurídica acerca do que vem a ser o ato profissional médico, ocorrendo uma verdadeira zona cinzenta quanto à atuação na área da saúde, em especial no campo obstétrico, que já é carregado historicamente de procedimentos e hábitos culturais. No entanto, verifica-se uma definição exemplificativa genérica e multidisciplinar acerca do ato médico, redigido pelo Conselho Federal de medicina através da Resolução nº 1.627/2001<sup>32</sup>.

No ato médico, não há espaço para achismos e sobreposição de crenças pessoais, especialmente no que tange ao campo obstétrico que, infelizmente, na atualidade, é um espaço de dominação de corpos femininos quando olhamos para o percentual de violências perpetradas. O ato médico deve ser responsabilizado quando este resultar em ato ilícito ocasionado pela negligência, imprudência, imperícia ou erro grosseiro devidamente comprovado, com base no artigo 951 do CC (BRASIL, 2002), que traz disposição específica no tocante ao regramento indenizatório atinente ao exercício da profissão de saúde. Nas palavras de Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira,

[...] o ato médico se concretiza na relação médico-paciente e cabe ao médico assumir as responsabilidades civil, ética e penal dele decorrente. O médico não pode garantir a cura, mas deve utilizar tratamentos que possuam maior probabilidade de sucesso, dirigir a prestação de seus serviços para a cura (PEREIRA, 2010, p.66).

Nessa esteira, compreende-se que a prestação de serviços médicos, em regra, gera uma obrigação de meio, vez que que o médico não assume o compromisso de gerar um resultado específico, mas de prestar a assistência adequada ao estado do paciente<sup>33</sup>. A doutrina considera algumas exceções.

---

<sup>32</sup>Art. 1º - Definir o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para: a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária); a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária); a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

§ 1º - As atividades de prevenção secundária, bem como as atividades de prevenção primária e terciária que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica (prevenção secundária), são atos privativos do profissional médico.

§2º - As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem na execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais da área da saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente”.

<sup>33</sup> O Código de Ética Médica (1988) prevê em seu Capítulo I, inciso II, que: “O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”.

Contudo, vale ressaltar, que o profissional e a instituição respondem por todos os atos praticados durante o cumprimento da obrigação de meio, bem como pelas consequências ocasionadas por esses procedimentos. Os termos que envolvem a aferição de culpa no âmbito da responsabilidade civil não podem ser afastados, *in casu*, para deixar de responsabilizar determinadas pessoas pela prática de atos ilícitos, especialmente em função do que dispõe o Código de Defesa do Consumidor no bojo do seu artigo 14, § 4º<sup>34</sup>.

Nos termos de Marcelo Benacchio (2009), a ausência de informação adequada, especialmente no que tange aos riscos da atividade médica, levaria a classificar a obrigação do médico como de resultado, ampliando a esfera da responsabilização civil, como consequência.

Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira (2010) dispõe de forma assertiva que “a medicina não pode ser usada contra a dignidade do paciente, aproveitando sua fragilidade, dificuldade financeira, nem de forma discriminatória, dando preferência aos que tem melhores condições sociais e econômicas”.

Não obstante, ainda nos termos da autora supracitada,

[...] não mais vigora a relação médico-paciente fundada em um modelo paternalista segundo o qual o médico estava habilitado para decidir de forma unilateral sobre o tratamento a seguir, sob o argumento de que entendia ser mais benéfico ao paciente, independentemente de sua opinião. A relação é alicerçada em um processo dialógico, em que há um intercâmbio mútuo de informação essencial para o paciente decidir (PEREIRA, 2010, p.87)

### **2.3. Responsabilidade civil no âmbito da relação obstétrica**

Considerando a caracterização da relação jurídica entre médico e paciente enquanto uma obrigação de meio, observa-se a incidência da responsabilidade civil nos casos onde restar comprovada qualquer modalidade de culpa, tal como imprudência, negligência ou imperícia. São esses atributos que levaremos em consideração para caracterizar o ato ilícito praticado no seio da relação obstétrica.

---

<sup>34</sup> Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos. [...] § 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.

Nas palavras de Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira,

[...] a negligência médica decorre de ato omissivo, da desídia, da falta de diligência, de cuidado, da inércia do profissional médico que provoca dano ao paciente; a imprudência, por sua vez, resulta de uma conduta comissiva sem a devida cautela necessária, ocasionando prejuízos ao paciente, enquanto que a imperícia é a falta de habilidade, a insuficiência de conhecimentos técnicos e científicos, inaptidão para o exercício do ato profissional, deficiência de preparo ou habilidade e, que também resulta em desvantagens para o paciente (PEREIRA, 2010, p.166)

Ao considerar a relação contratual médico-paciente enquanto uma relação de consumo no âmbito da rede privada, é possível, através do artigo 6º do Código de Defesa do Consumidor, a faculdade de inversão do ônus da prova em favor do paciente, fazendo com que o responsável pelo ato ilícito tenha que se incumbir da produção probatória. Observa-se que, nesse caso, a hipossuficiência em questão não é apenas econômica, mas, sobretudo, técnica.

Não obstante, cumpre ressaltar que também há incidência da responsabilidade civil em função de ato danoso praticado por terceiros que estejam atuando hierarquicamente sob ordens, conforme consagra Carlos Roberto Gonçalves (2021).

Dessa forma, conforme mencionado no título acima, sendo o dever de informação um dos deveres anexos à obrigação principal, o seu descumprimento implica no inadimplemento da obrigação, resultando na responsabilização civil dos responsáveis, quando reunidos os demais elementos para tanto.

Nesse sentido, o óbvio também precisa ser reafirmado. As violências praticadas de forma menos velada, ao contrário do descumprimento do dever de informação, também merecem atenção. As agressões de caráter física e verbal ensejam a incidência da responsabilidade civil e sua conseqüente reparação, seja ela patrimonial ou extrapatrimonial. A interferência do médico no corpo da paciente sem a devida autorização pode chegar a configurar lesão corporal ou constrangimento ilegal tutelado pelo direito penal, como é o caso dos toques vaginais abusivos e constantes e das intervenções com finalidades “didáticas” sem a autorização da parturiente.

Outro exemplo de violência obstétrica passível de reparação, é relacionada aos danos advindos ao uso inapropriado e excessivo (na maior parte dos casos também não informado e

não consentido) de intervenções invasivas e potencialmente danosas no parto vaginal, como o recurso não regulado de ocitocina para indução ou aceleração do parto, manobra de *Kristeller*, fórceps, episiotomia, entre outras. Estas intervenções têm ocorrência muito acima da justificável por indicações clínicas (DINIZ. 2009).

No âmbito da violência psicológica, os relatos mais comuns são de atendimentos desumanizados e degradantes, envoltos por xingamentos, descaso, humilhação, culpabilização, chantagem, sadismo e abandono. É evidente o cabimento de reparação extrapatrimonial em função de toda ofensa aos direitos da personalidade, em especial à honra, imagem, dignidade e integridade psíquica da mulher.

A proibição do acompanhante, bem como a restrição ao acompanhante mediante a cobrança de taxas é uma conduta abusiva e ilegal, contrariando a Lei nº 11.108/2005 e ensejando a reparação civil em função de toda a tormenta psicológica ocasionada à gestante. casos.

Um artigo produzido por Cecilia McCallum e Ana Paula dos Reis (2006) disserta sobre experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. As adolescentes relatam que não têm condições de compreender os procedimentos realizados durante o atendimento ao parto, mas que se sentem na obrigação de obedecer a todos os comandos, por mais violentos que sejam. A maioria das adolescentes relataram que consideravam mandatório obedecer sem questionar as instruções como "deitar e ficar quieta", na sala de pré-parto, ou "fechar a boca, abrir as pernas e fazer força", na sala de parto (MCCALLUM; REIS, 2006).

Um estudo jurídico-social sobre a experiência da maternidade no sistema prisional do Rio de Janeiro produzido pelo Grupo de Pesquisa em Política de Drogas e Direito Humanos do Laboratório de Direitos Humanos da FND/UFRJ, destacou as diversas queixas acerca do tratamento recebido pelas mulheres presas por agentes penitenciários, tais como relatos de agressões físicas e verbais, violação ao direito à intimidade das mulheres, uso indevido de algemas, inclusive no parto (o que é proibido por lei). Agressões verbais como “*barriga de lombriga*”, “*mocreia*”, “*mentirosa*”, “*presa não tem direito*” foram narradas pelas presas e praticamente todas as mulheres denunciaram algum tipo de violação de seus direitos maternos durante o cumprimento de sua pena (BOITEUX; FERNANDES; PANCIERI, 2017).

Nessa esteira, nos casos onde o profissional demonstra ausência de perícia, diligência ou prudência em relação ao que se podia esperar de um profissional, nasce a responsabilidade civil decorrente da violação consciente de um dever ou de uma falta objetiva do dever de cuidado, imperando assim a obrigação de reparar o dano causado (GONÇALVES, 2021). Nessa esteira, busca-se, primordialmente, a reparação dos danos patrimoniais ou extrapatrimoniais causados pela infração de deveres de conduta, na medida em que há uma preocupação latente em ressarcir qualquer espécie de dano sofrido.

Ainda nas palavras de Carlos Roberto Gonçalves,

[...] se o médico tem vínculo empregatício com o hospital, integrando a sua equipe médica, responde objetivamente a casa de saúde, como prestadora de serviços, nos termos do art. 14, caput, do Código de Defesa do Consumidor, provada a culpa daquele. No entanto, se o profissional apenas utiliza o hospital para internar os seus pacientes particulares, responde com exclusividade pelos seus erros, afastada a responsabilidade do estabelecimento (GONÇALVES, 2021, p. )

Já no âmbito das redes públicas, impera o disposto no art. 37, § 6º, da Constituição da República Federativa do Brasil. *In verbis*,

[...] as pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa (BRASIL, 1988)

Dessa forma, resta assegurada a responsabilidade civil objetiva que será imputada diretamente à pessoa jurídica de direito público em questão, não cabendo a denunciação da lide em ambos os contextos (rede pública ou rede privada). No caso da responsabilidade civil objetiva, a responsabilidade decorre de uma determinação legal, como, por exemplo, nos casos onde consta previsto o dever de indenizar quando a mera atividade do agente for capaz de gerar dano, sendo certo que a causalidade entre o ato e o dano enseja a reparação. O risco e a culpa que decorrem do ato ilícito são duas fontes originárias de responsabilidade que, apesar de distintas, convivem harmonicamente (CALIXTO, 2008).

Dessa forma, analisando a legislação vigente, observa-se que a responsabilidade do médico pode ser imputada com base na Constituição Federal, no Código Civil e no Código de Defesa do Consumidor, a depender do caso em tela. A conduta médica que ocasiona danos aos pacientes está inserida dentro do conceito de ato ilícito e, dessa forma, a não observância por

parte do médico de seus deveres no atuar de sua atividade enseja o acarretamento de prejuízos ao paciente de ordem material ou moral e que serão objetos de reparação.

Nas palavras de Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira,

[...] a responsabilidade civil por ato médico pode ser apreciada em quatro direções: i) a responsabilidade civil dos médicos por ato próprio; ii) responsabilidade civil das entidades de saúde, públicas ou privadas (clínicas, casas de saúde, hospitais) pelos atos dos médicos, servidor público, empregados, ou contratados; iii) responsabilidade do médico por fato de outrem; e iv) responsabilidade do médico por fato das coisas (PEREIRA, 2010, p.156)

É possível verificar, inclusive, a possibilidade de considerar a responsabilização solidária do hospital e do médico, com fulcro no artigo 932, III, do CC<sup>35</sup> e artigo 933 do CC<sup>36</sup>. A parte majoritária da doutrina compreende que se trata de responsabilidade objetiva (BENJAMIN, 2008), porém há importantes vozes como a de Gustavo Tepedino (2000) e Heloisa Helena Barboza (2004), que entendem que a responsabilidade hospitalar por ato médico é subjetiva.

No âmbito da saúde privada, o Supremo Tribunal Federal entende que a responsabilidade do médico é de natureza subjetiva, nos termos do art. 14, §4º, do CDC, sendo indispensável a comprovação da culpa do agente, do dano efetivo, moral e/ou material, bem como do nexo de causalidade. No entanto, no que tange à responsabilidade civil do hospital particular, esta é objetiva, nos termos do art. 14 do CDC (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2021).

Não obstante, no caso da rede pública, a CRFB/88 assegura o direito de regresso em face do sujeito que deu causa ao dano, com base no artigo 37, §6º<sup>37</sup>, do referido diploma legal, em

---

<sup>35</sup> Art. 932. São também responsáveis pela reparação civil:

I - os pais, pelos filhos menores que estiverem sob sua autoridade e em sua companhia;

II - o tutor e o curador, pelos pupilos e curatelados, que se acharem nas mesmas condições;

III - o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele;

IV - os donos de hotéis, hospedarias, casas ou estabelecimentos onde se albergue por dinheiro, mesmo para fins de educação, pelos seus hóspedes, moradores e educandos;

V - os que gratuitamente houverem participado nos produtos do crime, até a concorrente quantia.

<sup>36</sup> Art. 933. As pessoas indicadas nos incisos I a V do artigo antecedente, ainda que não haja culpa de sua parte, responderão pelos atos praticados pelos terceiros ali referidos.

<sup>37</sup> Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: [...] § 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

função da responsabilização objetiva da pessoa jurídica de direito público, não sendo cabível a denunciação da lide, tampouco a arguição de ilegitimidade passiva na demanda.

Pode-se observar a incidência do Código Civil, do Código de Defesa do Consumidor, bem como do Código de Ética Médica, no que não for contrário à lei nem à Constituição Federal, para analisar a responsabilidade civil contida na relação entre médico e paciente, sendo certo que todos os diplomas normativos mencionados levam em consideração a responsabilidade subjetiva do médico.

Rui Stoco (2004) dispõe de oito as hipóteses de responsabilidade civil médica: i) a violação da lei ou do regulamento e o abuso de poder; ii) a prática de experiências médicas com técnicas não aceitas; iii) deixar de informar e aconselhar adequadamente o paciente; iv) o erro grosseiro de diagnóstico, como causa do insucesso no procedimento médico; v) a quebra do sigilo médico; vi) exorbitar dos limites estabelecidos no contrato; vii) a violação do consentimento do paciente; e viii) omitir ou negar socorro em caso de iminente perigo de vida ou de urgência.

Dessa forma, observa-se que o ilícito médico pode ser decorrente de falhas técnicas ou falhas em função da não observância dos deveres profissionais, sendo esta hipótese a mais observada nos casos envolvendo violência obstétrica.

#### **2.4. Dano *in re ipsa***

O dano *in re ipsa*, também conhecido como dano presumido, é uma hipótese excepcional no âmbito da responsabilidade civil, onde é suficiente que o autor comprove a ocorrência de um ato ilícito para que haja a configuração do dano, restando dispensada a disposição de provas que demonstrem a ofensa moral.

Trata-se de uma configuração excepcional disposta pela jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, onde o dever de indenizar resta devido independente da ocorrência fática do evento danoso ou da comprovação prejuízo sofrido. A possibilidade da presunção de um dano é tida como uma vantagem para o ofendido e, ao mesmo passo, como uma dificuldade para o ofensor, na medida em que há supressão da fase probatória no bojo do processo (SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2022).

O referido dano se dá como responsabilidade objetiva, na medida em que independe de dolo ou culpa por parte do ofensor. Para a constituição do dano *in re ipsa*, basta a violação de um direito, independente dos efeitos que venham a ser produzidos.

O STJ firmou entendimento, no bojo do tema repetitivo 983, que nos casos de violência contra a mulher praticados no âmbito doméstico e familiar, é possível a fixação de valor mínimo indenizatório a título de dano moral, desde que haja pedido expresso da acusação ou da parte ofendida, ainda que não especificada a quantia, e independentemente de instrução probatória.

Nos termos da decisão, o ministro Rogério Schietti Cruz compreendeu que não é razoável exigir instrução probatória sobre o dano psíquico, o grau de humilhação ou a diminuição da autoestima, "se a própria conduta criminosa empregada pelo agressor já está imbuída de desonra, descrédito e menosprezo à dignidade e ao valor da mulher como pessoa" (SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2018).

O relator defende que a exigência de produção probatória também se justifica pela necessidade concretizar "o atendimento integral à mulher em situação de violência doméstica, de sorte a reduzir sua revitimização e as possibilidades de violência institucional, consubstanciadas em sucessivas oitivas e pleitos perante juízos diversos".

Dessa forma, observa-se um precedente de aplicação do dano *in re ipsa* nos casos envolvendo violência contra a mulher. O caso citado versa sobre a aplicação desse instituto no âmbito da violência doméstica, entretanto, dado o fundamento que embasou a referida aplicação, há cristalino cabimento do instituto em tela nos casos de violência obstétrica, em função da similaridade no que tange à institucionalização da violência de gênero.

Nos termos de Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira,

[...] o dano informativo é um dano autônomo, *in re ipsa*, diverso do dano material, é uma espécie de dano extrapatrimonial, pois decorre da violação do direito à liberdade, um dos substratos da dignidade da pessoa humana e afeta a autonomia privada, diferindo do dano estético e do dano moral característico do insucesso de um procedimento médico (PEREIRA, 2010, p.190).

O STJ entende que, no âmbito da decisão supracitada, uma vez demonstrada a agressão à mulher, os danos psíquicos dela derivados são evidentes e nem têm mesmo como ser demonstrados (STJ, 2018). É evidente a similaridade da lógica de proteção concedida às vítimas de violência doméstica para com as vítimas de violência obstétrica, vez que ambas tratam de violências institucionais decorrentes do gênero.

Vale ressaltar que não existem parâmetros pré-fixados para que, em concreto, determinada conduta venha a ensejar a incidência do dano *in re ipsa*. Contudo, de todo modo, considerando a lógica do STJ acerca da reparação aos danos causados às mulheres em decorrência da violência de gênero, urge a necessidade de reflexão acerca da aplicação do referido instituto aos casos de violência obstétrica.

## 2.5. Mortalidade materna e neonatal

A OMS conceitua mortalidade materna enquanto a

[...] morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida às causas acidentais ou incidentais (OMS, 1997)

De acordo com a OMS e a UNICEF,

[...] a mortalidade materna representa um indicador do status da mulher, seu acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades. É preciso, portanto, ter informações sobre níveis e tendências da mortalidade materna, não somente pelo que ela estima sobre os riscos na gravidez e no parto mas também pelo que significa sobre a saúde, em geral, da mulher e, por extensão, seu status social e econômico (LEAL et al., 2014, p.)

A Recomendação Geral nº 24 sobre Mulheres e Saúde do Comitê CEDAW (2012) reconhece a negativa histórica dos Estados em garantir serviços de saúde que somente as mulheres necessitam, como os relacionados à saúde reprodutiva. Dessa forma, foi consagrado o dever dos Estados de adotarem políticas no sentido de garantir o acesso das mulheres à saúde em todos os ciclos de sua vida, versando sobre a necessidade dos Estados priorizarem a redução de suas taxas de mortalidade materna através da efetivação de serviços para a maternidade segura.

Para a OMS, considera-se aceitável a razão de 20 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Embora o Brasil tenha diminuído o índice de mortalidade materna, ainda não alcançou a meta da ONU. Em 1990, foram registradas 3.800 mortes maternas e, em 2015, este número caiu para 1.300. De 104 mortes para cada 100.000 nascidos vivos, passou-se, em 2015, para 44 mortes para cada 100.000 nascidos vivos. A redução alcançada foi de 52% – e não de 75% (OMS, 2015).

Cumprе ressaltar que o número de mortes maternas provocadas por intercorrências vem diminuindo entre as mulheres brancas e aumentando entre as negras. De 2000 para 2012, as mortes por hemorragia entre mulheres brancas caíram de 141 casos por 100 mil partos para 93 casos. Entre mulheres negras aumentou de 190 para 202 (CANUTO, 2015). Não obstante, um relatório da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra informou que 60% das vítimas de morte materna no país são mulheres negras (BRASIL, 2017). Os dados mostram uma vulnerabilidade diferenciada vivenciada por mulheres negras ao buscarem serviços de saúde e atenção ao parto e que, conseqüentemente, deve ser observada no tocante à eventual reparação.

Para além do sofrimento físico e psicológico, a conduta ilícita do profissional de saúde que causa a morte da gestante ou do seu bebê também é enquadrada enquanto violência obstétrica. As principais causas de mortalidade materna e neonatal no Brasil são consideradas reduzíveis e evitáveis, tendo em vista que são oriundas de falhas na atenção adequada à mulher durante a gestação e parto, bem como ao recém-nascido (MALTA, 2007).

Dessa forma, observa-se que, apesar do alto índice de mortalidade materna e neonatal constatado no Brasil atual, baixa é a reflexão desse indicativo no judiciário no tocante à busca pela reparação em função das vítimas da violência obstétrica. O caso Alyne Pimentel é um referencial que será tratado no próximo capítulo, mas que merece destaque em função da sua importância no tocante à responsabilização nos casos de mortalidade materna e neonatal. Trata-se da primeira denúncia sobre mortalidade materna acolhida pelo Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, bem como a primeira condenação do Estado brasileiro junto a um órgão internacional do Sistema Universal de Direitos Humanos, demonstrando assim a incidência da responsabilidade não só da instituição que provocou o dano, mas também do Estado brasileiro, em especial do judiciário, que não ofereceu uma resposta satisfativa ao ocorrido (CEDAW, 2008).

O dossiê “Parirás Com Dor” apresentou o relato de uma gestante vítima de violência obstétrica, tendo como consequência o falecimento do seu filho, bem como a sua culpabilização pelo ocorrido. K.F.M.T., atendida na Maternidade Santa Therezinha, em Juiz de Fora-MG:

O médico só gritava: ‘puxa ele logo, vocês estão quebrando ele todo, esse bebê já era, sintam o cheiro de podre, vou ter que interditar a sala, puxem!’. Então meu bebê nasceu e logo foram reanimar com apenas 50 batimentos cardíacos por minuto. O médico dizia: ‘Não adianta, esse já era, eu tenho 30 anos de profissão, esse já era, não percam tempo, ele está sofrendo... Já era, sintam o cheiro de podre, como uma mãe pode deixar uma infecção chegar a esse ponto?’. Eu estava em estado de choque, mas eu disse: ‘Estive aqui há 15 dias e o senhor disse que minha dor era frescura.’. O bebê faleceu, todos se calaram e me perguntaram: ‘Quer ver o corpo?’. Eu não quis (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p, 30)

## 2.6. Atendimento ao abortamento

Não obstante a sensibilidade que cerca a temática relacionada à violência obstétrica e a alta incidência de atos ilícitos praticados nesse campo, quando se fala em atendimento em abortamento no Brasil, o índice de violência cresce de forma estratosférica. Cumpre ressaltar que as ocorrências médicas envolvendo o abortamento também se encontram no escopo obstétrico.

Estima-se que a cada ano são realizados 22 milhões de abortos em condições inseguras, onde morrem cerca de 47.000 mulheres, enquanto outras 5 milhões são acarretadas por disfunções físicas ou psicológicas (OMS, 2013). A complicação decorrente do aborto é uma das principais causas de mortalidade materna registradas no Brasil, observando o exponencial número de subnotificações (VICTORA et al., 2011).

O procedimento de curetagem pós-abortamento é o segundo procedimento obstétrico mais realizado na rede pública de saúde no Brasil, perdendo apenas para a realização de partos normais (BRASIL, 2005). Cumpre ressaltar que a utilização de práticas agressivas, tais com a curetagem, constituem, por si só, graves situações de violência obstétrica na medida em que há indicações científicas de substituição pela aspiração manual intrauterina (Amiu) (LANSKY, 2010).

O Supremo Tribunal Federal decidiu, por meio da Ação de Descumprimento de Preceito fundamental nº 54, que o aborto é permitido no Brasil apenas nos casos de gravidez de risco à vida da gestante; gravidez resultante de violência sexual e; anencefalia fetal (BRASIL, 2012).

Nos demais casos, verifica-se a tipificação criminal prevista nos artigos 124 e seguintes do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940).

A Recomendação Geral nº 24 sobre Mulheres e Saúde do Comitê CEDAW (2012) impõe como dever dos Estados a priorização da prevenção da gravidez indesejada e, quando possível, a alteração da legislação que penaliza o aborto, visando a remoção das disposições punitivas impostas às mulheres que se tenham submetido ao aborto.

Não obstante, a OMS entende que eliminar o abortamento inseguro é um dos componentes chaves da estratégia de saúde reprodutiva global, com base nos tratados internacionais de direitos humanos e em declarações globais de consenso voltadas à proteção da mulher (OMS, 2013), sendo certo que o aborto inseguro é um das causas de mortalidade materna mais facilmente evitáveis no campo obstétrico (WHO, 2010).

Apesar do disposto acima, o Brasil vem falhando historicamente no tocante ao cumprimento dessas disposições, ensejando um número devastador de violações de direitos de mulheres em situação de abortamento e, na mesma esteira, uma quantidade irrisória de reparação civil em face daqueles que praticaram e concorreram para a conduta danosa. Nos casos onde é de responsabilidade estatal a garantia do acesso ao aborto legal, a sua omissão ou recusa incide diretamente na violação ao direito à saúde, bem como aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, fazendo nascer a responsabilidade civil objetiva.

A imposição de barreiras ao exercício do aborto, quando diante das hipóteses de exceção admitidas pelo ordenamento jurídico brasileiro, também é caracterizada enquanto violência obstétrica. A maior parte das estatísticas estão voltadas à negligência e ao retardo do atendimento às mulheres em situação de abortamento. A OMS dispõe que censurar, ocultar ou distorcer intencionalmente as informações que envolvem os serviços de abortamento incide na inacessibilidade aos serviços de saúde com o aumento dos riscos para a saúde da mulher (OMS, 2013).

Muitas das vezes, as equipes médicas negam o atendimento ou demoram a realizá-lo pois deduzem ou supõem que o aborto tenha sido provocado, ocasionando grande impacto na morbimortalidade materna (VENTURI; GODINHO, 2013). O atendimento das mulheres em situação de aborto acaba sendo palco de um cenário de punição, seja quando o aborto tenha sido

provocado, ou quando acreditam ter sido provocado, bem como a constante utilização de procedimentos dolorosos praticados intencionalmente para causar sofrimento às mulheres (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002).

O médico deu tapas no rosto dela, chamou de 'vagabunda', disse que ela tinha que morrer. Depois veio uma enfermeira e disse que tinha que ter ficado em casa, xingou ela e foi todo o resto nesse jeito' Verônica, Vitória (ES) (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014).

O Código de Ética Médica, no bojo do art. 73<sup>38</sup>, veda ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal, ou consentimento, por escrito, do paciente. Não obstante, estabelece em seu parágrafo único que o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1990). Dessa forma, nos casos onde os profissionais da área médica comunicam a polícia para que a paciente em situação de abortamento seja presa em flagrante, há violação do artigo supracitado, na medida em que a mulher em questão está sujeita a procedimento processual penal (FRANÇA, 2010, p. 127), sob pena de responsabilização civil do médico em função do descumprimento do dever de sigilo profissional, sem prejuízo das outras sanções cabíveis.

## **2.7. Aplicação normativa de fiscalização e combate à violência obstétrica**

Observa-se que, apesar da disposição normativa garantindo direitos às mulheres gestantes e mães, os casos de violência obstétrica continuam a crescer exponencialmente em função da inobservância das garantias legais. Nessa esteira, a ausência de verificação do cumprimento das disposições normativas corrobora com o aumento de casos, bem como viabiliza a impunidade dos infratores.

Por outro lado, a legislação vigente não prevê penalidades em caso de inobservância das garantias em vigor, restando dificultado o processo de fiscalização e sanção daqueles que descumprem as legislações de proteção à gestante e à parturiente. Dessa forma, observa-se a

---

<sup>38</sup> Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

importância das disposições legislativas para que o sistema de justiça possa atuar de forma efetiva contra a violência obstétrica, levando em consideração a competência concorrente dos Estados e Municípios para legislar acerca da proteção e defesa da saúde, nos termos dos artigos 24, XII<sup>39</sup>, e 30, II<sup>40</sup>, da CF.

Chama atenção o fenômeno do ciberativismo de mulheres enquanto um instrumento de quebra da invisibilidade e mobilização contra a violência obstétrica. De acordo com Muggah e Diniz (2014), o fato da América Latina ser marcada pelo fato de ser uma das regiões mais conectadas virtualmente no mundo inteiro e, ao mesmo tempo, ser uma das mais violentas, os Estados juntamente com a sociedade civil se voltam ao desenvolvimento e aplicação de abordagens inovadoras para inibir as múltiplas formas de violência, valorizando a expansão da conectividade.

Para Garbin et al. (2012), a divulgação de informações no tocante à saúde contribui consideravelmente para o desenvolvimento de habilidades pessoais a serem empregadas na promoção da saúde, sendo certo que o uso de diferentes tecnologias informativas também auxilia nessa promoção coletiva. Dessa forma, a utilização do ciberespaço para divulgação de informações e legislações combativas à violência obstétrica tem o poder de conscientizar mulheres em uma escala global e, como consequência, diminuir a ocorrência dos casos de violência obstétrica a partir da divulgação da informação. Conforme dispõe Ligia e Charles,

[...] o acesso à informação sobre os diferentes elementos que interferem em sua saúde é estratégia fundamental para que os indivíduos adquiram maior controle e poder de decisão sobre tais fatores. Uma vez que as novas tecnologias de informação favorecem, justamente, o maior acesso à informação em saúde, fica fácil perceber a relação que se estabelece entre o potencial da conectividade e a promoção da saúde, em suas mais diferentes áreas (SENA; TESSER, 2017)

O que ocorre, na prática, é que uma vez observado um caso de violência obstétrica, socorre-se ao judiciário para a solução da problemática, seja no âmbito cível, administrativo ou penal. Entretanto, em função do pobre arcabouço jurídico envolvendo a temática da violência obstétrica, a discricionariedade do julgador ganha margem no caso em concreto, na medida em que este se socorre aos dispositivos abstratos já previstos em lei, em especial quando se trata de responsabilização penal e cível.

---

<sup>39</sup> Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre: [...] XII - previdência social, proteção e defesa da saúde.

<sup>40</sup> Art. 30. Compete aos Municípios: [...] II - suplementar a legislação federal e a estadual no que couber.

Observa-se que, no âmbito do ajuizamento das ações, não há diferenciação entre a violência obstétrica e os demais casos de erros médicos que tramitam nos Tribunais, sendo todos tratados com a mesma régua, não havendo diferenciação de gênero, tampouco tipificação específica para a temática em tela, sendo certo que se tratam de problemáticas que demandam enfrentamentos diferentes perante o sistema de justiça, especialmente em função da violência de gênero que caracteriza a violência obstétrica (MARQUES, 2020).

Por sua vez, o Ministério Público vem, aos poucos, se destacando nas promoções de Ações Civis Públicas que visam efetivar o cumprimento da legislação vigente que garante a dignidade obstétrica às mulheres, juntamente com a atuação da Defensoria Pública no que tange ao suporte necessário às mulheres vítimas de violência obstétrica no Brasil. Não obstante, os movimentos sociais referentes à humanização do parto e aos direitos das mulheres têm atuado junto a essas instituições em comento para auxiliar no monitoramento extrajudicial no âmbito da saúde no que tange à violência obstétrica.

## **2.8. Supressão da negligência normativa através de instrumentos extrajudiciais**

Conforme disposto acima, considerando a negligência normativa, bem como a insuficiência das instituições no combate à violência obstétrica, muitas mulheres utilizam de instrumentos extrajudiciais para suprimir a ausência de estrutura legal e garantir um processo e pré parto, parto e pós parto livre de qualquer tipo de violência.

Muitas mulheres aderem ao Plano de Parto enquanto uma garantia da realização do parto humanizado. Trata-se de um documento semelhante às Diretivas Antecipadas da Vontade (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012), sem forma prescrita em lei, onde a parturiente dispõe acerca das suas diretrizes de parto, prévias e expressamente manifestadas pela paciente, especificando os cuidados e tratamentos que deseja receber, ou não, durante o processo de parto. Tratam-se das preferências e desejos para a gestão do trabalho de parto e pós-parto, garantindo maior segurança às gestantes acerca dos procedimentos a serem adotados, sendo certo que, para que sejam revestidos de validade, devem atender ao disposto no art. 104 do Código Civil<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> Art. 104. A validade do negócio jurídico requer: I - agente capaz; II - objeto lícito, possível, determinado ou determinável; III - forma prescrita ou não defesa em lei.

Na sua forma, trata-se de um documento escrito, com força legal por se encaixar enquanto um negócio jurídico, sendo certo que, após processo de consentimento livre e informado por meio das informações sobre a gravidez e o parto, considerando os valores, desejos e expectativas da gestante sobre o parto e suas necessidades médicas particulares, esta deixará registrado suas vontades que devem ser respeitadas pelos profissionais que a assistem. Por outro lado, caso o registro do plano de parto seja feito de forma verbal é de suma importância que seja testemunhado.

Os planos de parto constituem importante ferramenta de manifestação de vontade da mulher grávida, sendo certo que, em caso de ocorrência de algum ato ilícito em decorrência da não observação da autonomia da gestante, caracterizada a violência obstétrica, tal instrumento atua enquanto importante prova documental apta a ensejar a responsabilização civil dos envolvidos. O consentimento documentado e registrado se caracteriza como o melhor meio de prova do paciente, na medida em que normalmente, o médico acaba por dispor de maiores e melhores informações, bem como de maior completude de dados sobre o fato, acabando por assumir o dever lateral de documentação (PEREIRA, 2010). Dessa forma, a comprovação do dano resta facilitada, facilitando a incidência da responsabilização civil.

A importância do plano de parto é reconhecida pelo Ministério da Saúde, na medida em que considera essa ferramenta como um dos passos importantes para um pré-natal de qualidade e baixo risco no Brasil (BRASIL, 2013).

No sentido contrário da garantia dos direitos básicos às parturientes, o CREMERJ editou a Resolução nº 293/2019, de 6 de fevereiro de 2019 (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019, que proíbe os profissionais médicos de observar e atender planos de parto e demais documentos pelos quais a gestante registra suas disposições de vontade acerca de seu próprio trabalho de parto. Não obstante, O Ministério Público Federal (MPF) e a Defensoria Pública da União (DPU) moveram Ação Civil Pública nº 5061750-79.2019.4.02.5101, requerendo a revogação da resolução, apontando, em síntese, a necessidade de adequação da resolução à Constituição Federal, à Lei Estadual 7.191/2016, que assegura o plano de parto no Estado do Rio de Janeiro, ao Código de Ética Médica e às Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto do Ministério da Saúde bem como às recomendações da Organização Mundial de Saúde para assistência ao parto. O pedido foi julgado procedente.

A Defensoria Pública também vem atuando extrajudicialmente. Quando provocada por mulheres em situação de violência obstétrica ou em vias de, observa-se a atuação do órgão com o envio de ofícios às diretorias dos hospitais, pugnando pelo cumprimento legal sob pena do ajuizamento das ações cabíveis.

Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira dispõe que também deve-se observar a presunção da incidência da violência obstétrica a partir do relato da ofendida, em função da hipossuficiência técnica da parturiente,

[...] imputando ao médico a tarefa de provar que informou, até mesmo em razão do disposto no artigo 38 do CDC. Ademais, tem o paciente o direito subjetivo à inversão do ônus probatório previsto no Código de Defesa do Consumidor quando presentes os requisitos da verossimilhança e/ou hipossuficiência do paciente-consumidor (artigo 6º, VIII, do CDC) (PEREIRA, 2010)

O acompanhamento de doulas também é um instrumento cada vez mais utilizado pelas mulheres para garantir um parto livre de violência obstétrica. Conforme orientado pelo Ministério da Saúde,

[...] além do acompanhamento pelo parente ou companheiro, existe também o acompanhamento por outra pessoa, com ou sem treinamento específico para isto, a doula. Ela presta constante apoio a gestante e seu companheiro/acompanhante durante o trabalho de parto, encorajando, aconselhando medidas para seu conforto, proporcionando e orientando contato físico e explicando sobre o progresso do trabalho de parto e procedimentos obstétricos que devem ser realizados (BRASIL, 2001)

O trabalho das doulas é devidamente assegurado por lei em diversos estados e municípios brasileiros, sendo certo que a legislação dispõe acerca da atuação da doula no trabalho de parto junto ao corpo médico. No estado do Rio de Janeiro destaca-se a Lei Estadual nº 7.314/2016 e no município do Rio, a Lei Municipal nº 6305/2017.

## CAPÍTULO 3. DA JUDICIALIZAÇÃO

### 3.1. Mecanismos de reparação

Conforme o exposto, sendo a violência obstétrica a prática de um ato ilícito que enseja a incidência da responsabilidade civil, nasce o dever de reparação em função daquele que praticou o ato ilícito para quem suportou o evento danoso, consoante o art. 927 do Código Civil<sup>42</sup>.

Resta indiscutível que, no que tange aos danos patrimoniais decorrentes da violência obstétrica, o dever de reparação material incide diretamente no caso em tela, sendo cristalina a letra da lei em função do aferível dano ocasionado ao paciente, na hipótese de ocorrer a prática de determinados atos com a finalidade de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos através da violação de direitos já garantidos por lei (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Cumpre observar o prazo prescricional de três anos para a obtenção de reparação civil por dano patrimonial, conforme dispõe o art. 206, §3º, V, do Código Civil<sup>43</sup>.

No que tange aos danos extrapatrimoniais, o artigo 186 do código civil já consagrou a autonomia referente aos danos morais<sup>44</sup>. Dessa forma, sendo certo que as práticas majoritárias envolvendo violência obstétrica ocorrem no âmbito patrimonial, essa espécie de reparação ganha especial relevo no presente trabalho, sendo perfeitamente cabível a reparação indenizatória em função do dano moral decorrente da violência obstétrica. Cumpre ressaltar que, considerando que os direitos da personalidade constituem cláusula pétrea constitucional, estes não são extintos pelo seu não uso. Logo, não há o que se falar em prazos para aquisição ou defesa desses direitos. Considerando os danos morais no âmbito da violência obstétrica enquanto violações aos direitos da personalidade, tais como integridade física ou psíquica, vida, imagem, liberdade de pensamento, etc, observa-se a imprescritibilidade da pretensão indenizatória (DINIZ, 2014).

Na esfera extrajudicial, é possível acionar a Agência Nacional de Saúde Suplementar nos casos envolvendo a rede privada de saúde, bem como recorrer ao Conselho Regional de

---

<sup>42</sup> Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

<sup>43</sup> Art. 206. Prescreve: [...] § 3º Em três anos: [...] V - a pretensão de reparação civil.

<sup>44</sup> Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Medicina ou ao Conselho Regional de Enfermagem para relatar o ocorrido e solicitar providências no âmbito administrativo.

Entretanto, no que tange à reparação indenizatória no âmbito cível, cabe à vítima de violência obstétrica recorrer a um advogado ou à Defensoria Pública do estado concernente para o ajuizamento de uma ação de indenização por danos morais e/ou materiais, não se vislumbrando, a princípio, o cabimento do pedido de tutela de urgência, sem prejuízo de penalização do âmbito penal.

A reparação de ordem civil encontra respaldo nos artigos 186<sup>45</sup>, 187<sup>46</sup>, 389<sup>47</sup>, 402<sup>48</sup> e 942<sup>49</sup> do Código Civil, sendo plenamente cabível o ajuizamento de ação reparatória por danos morais e/ou materiais em face daquele que cometeu ato ilícito. Nos casos envolvendo a rede de saúde privada, observa-se o cabimento do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990) e, nos casos envolvendo a rede pública de saúde, é imprescindível observar o art. 37, § 6º, da CRFB/88<sup>50</sup>.

### **3.2. Casos judiciais em destaque - Caso Alyne Pimentel**

Conforme o exposto é imperioso trazer à baila alguns casos judiciais que merecem destaque no que tange à violência obstétrica suportada por mulheres em âmbito brasileiro.

O caso Alyne Pimentel merece destaque por se tratar da primeira denúncia sobre mortalidade materna acolhida pelo Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher da ONU, na medida em que, no bojo do caso em referência, foi

---

<sup>45</sup> Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

<sup>46</sup> Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.

<sup>47</sup> Art. 389. Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado.

<sup>48</sup> Art. 402. Salvo as exceções expressamente previstas em lei, as perdas e danos devidas ao credor abrangem, além do que ele efetivamente perdeu, o que razoavelmente deixou de lucrar.

<sup>49</sup> Art. 942. Os bens do responsável pela ofensa ou violação do direito de outrem ficam sujeitos à reparação do dano causado; e, se a ofensa tiver mais de um autor, todos responderão solidariamente pela reparação.

<sup>50</sup> Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: [...] § 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

proferida a primeira responsabilização do Estado brasileiro a partir de um órgão do Sistema Universal de Direitos Humanos.

No caso em referência, observa-se a morte de uma gestante, mãe, jovem, negra, suburbana e de baixa renda, decorrente de ausência de assistência médica adequada. Em novembro de 2022 o caso completou 20 anos, sendo certo que o processo judicial interno relativo à responsabilização civil do Estado brasileiro ainda está em trâmite, em que pese tenha sido proferida decisão em primeira instância, ensejando a intervenção dos órgãos internacionais de proteção aos direitos humanos, na medida em que o Estado brasileiro deixou de prestar efetivo provimento jurisdicional. Nos termos da decisão,

[...] o Estado não forneceu explicações adequadas e convincentes de algumas das questões levantadas pelo autor, especificamente o atraso na nomeação dos peritos médicos e a demora nas audiências e julgamento, que continua pendente até agora. (CEDAW, 2008, p. 18)

Em apertada síntese, o que ocorreu com Alyne foi que

Apesar de apresentar sintomas de gravidez de alto risco, o médico que realizou o atendimento a mandou de volta para casa. Contudo, seus sintomas se agravaram nos dois dias seguintes, de forma que ela retornou à clínica. À esta altura os médicos não conseguiram mais detectar os batimentos cardíacos fetais. Seu parto foi induzido seis horas depois, resultando em um feto natimorto. A cirurgia para extrair a placenta ocorreu catorze horas mais tarde, apesar de dever ter ocorrido imediatamente após a indução do parto. Devido ao fato da saúde de Alyne estar se deteriorando rapidamente, ela teve que ser transferida a um serviço de saúde público mais especializado, mas ainda teve que esperar mais de oito horas para ser transferida ao Hospital Geral de Nova Iguaçu. Alyne morreu depois de mais de 21 horas sem receber assistência médica (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, ANO, p.2).

Observa-se que, em que pese tenham decorridos 20 anos desde o fato narrado, o combate à mortalidade materna e neonatal permanece sendo um desafio para o Estado brasileiro, especialmente quando se observa a razão de mortalidade materna no Brasil, qual seja 64.8 por 100.000 nascidos vivos (SUS, ANO), sendo certo que a meta apontada pelos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio dispõe da razão 35 por 100.000 nascidos vivos (IPEA, 2014).

No bojo da decisão proferida pelo CEDAW (2008), o Comitê decidiu que o Estado brasileiro violou o “direito ao acesso à saúde; o direito ao acesso à justiça; e o direito a ter as atividades dos serviços privados de saúde regulados pelo Estado, conjuntamente com o direito a não ser discriminada”. Para além da questão de gênero inerente aos casos de violência

obstétrica, o Comitê também entendeu que as condições sociais de Alyne, tais como raça e condições financeiras, também influenciaram na discriminação referente à negligência do atendimento, *in verbis*: “[...] o Comitê conclui que a Sra. Da Silva Pimentel Teixeira foi discriminada, não apenas com base em seu sexo, mas também com base em sua condição de mulher negra e no seu nível sócio econômico”.

Considerando que o Estado brasileiro aderiu ao Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (BRASIL 1979), a submissão do ente nos termos do protocolo internalizado resta consagrada, com fulcro no art. 7º do referido protocolo<sup>51</sup>. O Comitê entendeu pela responsabilização do Estado brasileiro em função da violação das suas obrigações internacionais. No caso em tela, trata-se de violação expressa do tratado ratificado pelo Brasil em matéria de direitos humanos. A Comissão de Direito Internacional da ONU (2001) classifica como “Responsabilidade dos Estados por fatos internacionalmente ilícitos”.

No bojo da decisão de responsabilização, o ponto central de partida foi a definição do caso em tela enquanto uma morte materna oriunda de violência obstétrica, na medida em que a causa da morte possibilita a identificação de possível violação ao direito à saúde em razão das condições de gênero. Ao contrário do que sustentou o Estado brasileiro, o Comitê consagrou o seu entendimento do caso em referência enquanto morte materna nos seguintes termos:

[...] o Comitê nota que a sequência de eventos descrita pelo autor, e não contestados pelo Estado, bem como a opinião de especialistas fornecida pelo o autor, indicam que sua morte foi realmente ligada a complicações obstétricas relacionadas com a gravidez. Suas queixas de náuseas e dor abdominal durante seu sexto mês de gravidez foram ignoradas pelo centro de saúde, que não conseguiu executar um exame de sangue e urina urgente para determinar se o feto tinha morrido. Os testes foram realizados dois dias depois, o que levou à deterioração da condição de saúde da Sra. da Silva Pimentel Teixeira. O Comitê recorda a sua recomendação geral n.o 24, em que afirma que é dever dos Estados Partes garantir o direito das mulheres à uma

---

<sup>51</sup> Artigo 7. 1. O Comitê considerará as comunicações recebidas segundo o presente Protocolo à luz das informações que vier a receber de indivíduos ou grupos de indivíduos, ou em nome destes, ou do Estado Parte em questão, desde que essa informação seja transmitida às partes em questão.

2. O Comitê realizará reuniões fechadas ao examinar as comunicações no âmbito do presente Protocolo.

3. Após examinar a comunicação, o Comitê transmitirá suas opiniões a respeito, juntamente com sua recomendação, se houver, às partes em questão.

4. O Estado Parte dará a devida consideração às opiniões do Comitê, juntamente com as recomendações deste último, se houver, e apresentará ao Comitê, dentro de seis meses, resposta por escrito incluindo informações sobre quaisquer ações realizadas à luz das opiniões e recomendações do Comitê.

5. O Comitê poderá convidar o Estado Parte a apresentar informações adicionais sobre quaisquer medidas que o Estado Parte tenha tomado em resposta às opiniões e recomendações do Comitê, se houver, incluindo, quando o Comitê julgar apropriado, informações que passem a constar de relatórios subsequentes do Estado Parte segundo o Artigo 18 da Convenção.

maternidade segura e serviços de emergência obstétrica, e atribuir a estes serviços o máximo de recursos. A recomendação também afirma que as medidas para eliminar discriminação contra as mulheres são consideradas inadequadas em um sistema de cuidados de saúde que carece de serviços para prevenir, detectar e tratar doenças específicas de mulheres. À luz destas observações, o Comitê também rejeita o argumento do Estado Parte de que a comunicação não continha um nexo de causalidade entre o gênero da Sra da Silva Pimentel Teixeira e os possíveis erros médicos cometido, mas que as reivindicações são relacionadas à falta de acesso a cuidados médicos relacionados com a gravidez. Assim, o Comitê é da opinião de que a morte da Sra da Silva Pimentel Teixeira deve ser considerada como materna (CEDAW, 2008, p.)

O Estado brasileiro, além de falhar no que tange à prestação e garantia dos direitos inerentes à saúde e, em especial, às parturientes, também deixou de responsabilizar os médicos envolvidos, nas esferas cível, criminal e administrativa. Nessa toada, o Comitê reconheceu a incidência de dano moral causado à mãe de Alyne Pimentel, autora da comunicação, bem como o dano moral e material causado à filha da vítima, que tinha como a mãe enquanto a única provedora (CEDAW. 2008).

No âmbito da responsabilização, o Comitê assegurou recomendações considerando os danos individuais (fixação de dano moral), bem como considerando os impactos coletivos (determinação de diretrizes a serem cumpridas pelo Estado brasileiro). Vejamos:

1. Relativamente à autora e à família de Alyne Pimentel:

Providenciar apropriada reparação, incluindo adequada compensação financeira para a autora e para a filha de Alyne Pimentel, proporcional à gravidade das violações;

2. Geral:

a) Garantir o direito das mulheres à maternidade segura e a preços acessíveis para todas as mulheres aos adequados cuidados obstétricos de emergência, de acordo com a recomendação geral no 24 sobre mulheres e saúde;

b) Proporcionar formação profissional adequada para os trabalhadores de saúde, especialmente sobre os direitos de saúde reprodutiva das mulheres, incluindo tratamento médico de qualidade durante a gravidez e parto, bem como cuidados obstétricos de emergência em tempo oportuno;

c) Assegurar o acesso a remédios eficazes nos casos em que os direitos de saúde reprodutiva das mulheres tenham sido violados e oferecer treinamento para o Judiciário e para o pessoal de aplicação da lei;

(d) Assegurar que os centros de saúde privada cumpram com as relevantes normas nacionais e internacionais sobre os cuidados de saúde reprodutiva;

(e) Assegurar que as sanções adequadas sejam impostas a profissionais de saúde que violam os direitos de saúde reprodutiva das mulheres;

(f) Reduzir as mortes maternas evitáveis através da implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna no nível estadual e municipal, inclusive através da criação de comitês de mortalidade materna onde eles ainda não existem, de acordo

com as recomendações constantes das observações finais para o Brasil, aprovada em 15 de agosto de 2007 (CEDAW, 2008, p. 21-22).

Não obstante, a referida decisão também solicitou que o Estado brasileiro encaminhasse, no prazo de 6 meses, uma resposta escrita informando acerca das ações tomadas em relação às recomendações feitas (CEDAW, 2008, p. 22).

### **3.3. Análise de decisões judiciais em destaque**

Considerando que o reconhecimento da responsabilidade civil de quem pratica a violência obstétrica, bem como a fixação de indenização a título de danos morais e materiais se dá no bojo do Poder Judiciário, cumpre trazer à baila algumas decisões judiciais em destaque que refletem a posicionamento atual do judiciário brasileiro no que tange à compreensão da violência obstétrica.

No capítulo 2.4 do presente trabalho, foi abordada a violência obstétrica sob a ótica do dano *in re ipsa*, considerando a particularidade da violência em tela, observando, sobretudo, a métrica do STJ para considerar a fixação de indenização apenas com a ocorrência do fato danoso. A 5ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo já entendeu pela incidência do dano *in re ipsa* nos casos onde não foi observada a assistência digna e respeitosa durante o parto em função da violência obstétrica. Vejamos a ementa do Acórdão:

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

No caso em referência, os julgadores entenderam pela incidência do dano *in re ipsa* em função dos problemas psicológicos ocasionados em decorrência da violência obstétrica suportada, sendo um precedente de suma importância para a jurisprudência nacional.

Por outro lado, na contramão da evolução jurisprudencial no que tange à reparação dos danos causados em função da violência obstétrica, no ano de 2019, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro publicou a Resolução nº 293/2019, proibindo a adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal. Em outras palavras, ceifando a autonomia da mulher parturiente quanto à condução e informação no que tange ao processo de parto.

Entretanto, no bojo da Ação Civil Pública nº 5061750-79.2019.4.02.5101/RJ movida pelo Ministério Público Federal (MPF) e pela Defensoria Pública da União (DPU), a Justiça Federal anulou a referida resolução, considerando que

[...] a prática do ato médico não pode resultar na redução da gestante à qualidade de mera expectadora do procedimento a que estará submetida, abstraindo-lhe a qualidade de sujeito de direitos plenamente capaz que lhe é inerente. De modo algum o papel da gestante pode se resumir a "sugerir" a ambiência e a indicação de participante na hora de seu parto (RIO DE JANEIRO, 2019)

A referida decisão também considerou que

[...] a autonomia profissional do médico, portanto, deve ser exercida em observância e respeito à autonomia do indivíduo que está se submetendo à intervenção médica, no caso dos autos, mais especificamente, às mulheres em trabalho de parto (RIO DE JANEIRO, 2019).

A atuação do MPF através de Ação Civil Pública ganha especial relevo no que tange à assegurar direitos e garantias das parturientes. Através da ACP nº 1001350-48.2017.4.01.3200, determinou que a União efetive o cumprimento da Lei do Acompanhante no âmbito do Hospital Militar de Área de Manaus, bem como dos demais hospitais militares do Amazonas que encontravam-se violando flagrantemente a legislação federal em vigor.

Apesar da União ter alegado no caso em referência que a entrada de acompanhante no centro cirúrgico não era autorizada durante o parto cesáreo para evitar incidência de infecções hospitalares, a decisão foi assertiva ao dispor que “não se pode negar um direito reconhecido em lei federal por ‘suposta’ falta de estrutura hospitalar” (RIO DE JANEIRO, 2017). A União recorreu da decisão e, até o presente momento, não foi proferido acórdão em segunda instância.

Não obstante, o caso Alyne Pimentel supracitado foi utilizado enquanto um dos fundamentos do HC Coletivo 143.641/SP julgado pelo Supremo Tribunal Federal, ao considerar a incapacidade de o Estado brasileiro garantir cuidados mínimos relativos à maternidade, em especial às mulheres que estão em situação prisional, para determinar a substituição da prisão preventiva pela prisão domiciliar de todas as mulheres presas, gestantes, puérperas ou mães de crianças e deficientes, minimizando assim, a incidência da violência obstétrica sobre os corpos privados de liberdade em condição gestacional (STF, 2018).

Por fim, o Superior Tribunal de Justiça possui jurisprudência pacífica no sentido de assentar a responsabilidade objetiva do Estado nos casos de violência obstétrica, considerando inviável a denunciação à lide de médicos, na medida em que o atendimento dispensado via Sistema Único de Saúde não configura relação de consumo (STJ, 2022). Em que pese os alarmantes dados de incidência de violência obstétrica no Brasil, não constam na jurisprudência do STJ e do STF casos de fixação de responsabilidade civil de instituições de saúde privadas em decorrência de violência obstétrica, ilustrando assim, a inefetividade do judiciário brasileiro no que tange à reparação civil das mulheres vítimas de violência obstétrica no Brasil.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao exposto, considerando a posição da mulher ao longo da história, observa-se que a condicionante referente ao gênero transpassa todas as experiências sociais moldadas na contemporaneidade. Dessa forma, os instrumentos inerentes à sociabilidade encontram-se impregnados com a estrutura de poder dominante da sociedade atual, compreendendo as mulheres uma das facetas vulneráveis desse enquadramento. O parto e a gestação ao longo da história foram apoderados por homens passo a passo, sendo certo que, a patologização da gestação e a cientificização da experiência do parto subjugarão a mulher à condição de mero objeto da relação obstétrica, em que pese figure enquanto sujeito principal.

Para regulamentar os direitos das mães e gestantes, resta evidente que a ínfima legislação disponível se mostra insuficiente para abarcar a problemática em tela, considerando os dados alarmantes de violação às garantias fundamentais de saúde das mulheres. Não obstante, a baixa conjuntura normativa vem sendo constantemente violada em detrimento da prática de violência obstétrica, não sendo raros os casos onde o Ministério Público Federal atua através de Ação Civil Pública para fazer valer a legislação em vigor.

A caracterização da violência obstétrica para além de uma simples violência de gênero para uma violação de direitos humanos no geral tomou forte proporção nos últimos tempos, com forte impulso dos órgãos internacionais de proteção aos direitos humanos. A ONU ocupa um espaço central nesse debate ao reconhecer a gravidade da temática em tela e ao instigar os Estados a garantir o direito à saúde das mulheres. Na medida em que o Estado brasileiro reconhece a incidência da violência obstétrica, há margem para a discussão acerca da responsabilização civil daqueles que violam o direito das parturientes, seja no âmbito público ou privado.

Assim, observando o disposto no Código Civil, é possível obter a reparação civil às mulheres vítimas de violência obstétrica, nos casos onde os elementos elencados na legislação encontram-se preenchidos para a incidência da responsabilização civil. Entretanto, considerando que não há construção normativa específica acerca dos danos oriundos da violência obstétrica, o judiciário vem tratando os casos referentes à violência obstétrica tal como os demais casos referentes a erro médico, ocasionando uma problemática significativa no que

tange à proporcionalidade e razoabilidade indenizatória, considerando a particularidade da temática em tela, levando em consideração o recorte de gênero.

Por fim, observa-se uma irrisória atuação do Poder Judiciário no que tange à responsabilização civil dos que praticam a violência obstétrica no Brasil, constatada através da baixíssima produção jurisprudencial e pelo retrógrado posicionamento adotado pelo Conselho Federal de Medicina, bem como pelos Conselhos Regionais de Medicina. Conclui-se que a demanda em tela carece de especial atenção dos poderes legislativo e judiciário na tentativa de estancar os elevados casos de violência obstétrica no Brasil, estando as mulheres em situação de real desamparo no que tange à garantia de direitos fundamentais no âmbito da saúde gestacional, seja ela pública ou privada.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. de. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

AMARAL NETO, Francisco dos Santos. Autonomia privada como poder jurídico. **Estudos Jurídicos em Homenagem ao Professor Caio Mário da Silva Pereira**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1984.

APÓS recomendação do MPF, Ministério da Saúde reconhece liberdade do uso do termo violência obstétrica. **Ministério Público Federal**, São Paulo, 10 jun. 2019. Disponível em: [https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/apos-recomendacao-do-mpf-sp-ministerio-da-saude-reconhece-liberdade-do-uso-do-termo-violencia-obstetrica?fbclid=IwAR3Q86DSR1iWp7CL3k5mRN6PthGkX9xZfQpzKPxguuJKEfxsovcoqd\\_8pK8](https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/apos-recomendacao-do-mpf-sp-ministerio-da-saude-reconhece-liberdade-do-uso-do-termo-violencia-obstetrica?fbclid=IwAR3Q86DSR1iWp7CL3k5mRN6PthGkX9xZfQpzKPxguuJKEfxsovcoqd_8pK8). Acesso em: 12 nov, 2022

ARGENTINA. **Ley 26.485**: Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres em los ámbitos em que desarrollen sus relaciones interpersonales. Buenos Aires: Congreso Argentino, 2009. Art. 6o, e. Disponível em: [https://www.oas.org/dil/esp/Ley\\_de\\_Proteccion\\_Integral\\_de\\_Mujeres\\_Argentina.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf). Acesso em: 24 ago. 2022.

AMAZONAS. 1ª Vara Federal Cível do Amazonas. **Ação Civil Pública nº 1001350-48.2017.4.01.3200**. Autor: Ministério Público Federal. Réu: União Federal. Juiz: Lincoln Rossi da Silva Viguini. Disponível em: <https://pje1g.trf1.jus.br/consultapublica/ConsultaPublica/DetalleProcesoConsultaPublica/documentoSemLoginHTML.seam?ca=fc5935c66cf7b83fbc5c0f0b1650e40dbc8c9a99a41d164bf3a8093f172a6ad9f687606fe3bc72289cfd591566ec12d5ef1fddd943cf241c&idProcesoDoc=243290376>. Acesso em: 19 nov. 2022.

ANGONESE, Mônica; LAGO, Mara Coelho de Souza. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, n. 26, v. 1, p. 256-270, jan/mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/FqFGGyngpCS9xJp4zrZYBcL/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2022

ATENÇÃO humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

AVELAR, Lúcia. **Mulheres na elite política brasileira**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer: UNESP, 2001.

BARBOZA, Heloisa Helena. Poder familiar em face das práticas médicas. **Revista do Advogado**, São Paulo, v. 24, n. 76, p. 40-45, jun. 2004

BARBOZA, Heloisa Helena. Reflexões sobre a autonomia negocial. *In*: TEPEDINO, Gustavo; Luiz Edson Fachin. (Org.). **O direito e o tempo**: embates jurídicos e utopias contemporâneas. v. 1. 1 ed. Rio de Janeiro: Renovar, p. 407-423, 2008

BARBOZA, Heloisa Helena, Responsabilidade civil médica no Brasil. **Revista Trimestral de Direito Civil - RTDC**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 19, p. 49-64, jul./set. 2004

BENACCHIO, Marcelo. Responsabilidade civil do médico: algumas reflexões. In NERY, Rosa Maria de Andrade; DONNINI, Rogerio (Coord.). **Responsabilidade civil: estudos em homenagem ao Professor Rui Geraldo Camargo Viana**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009. p. 320-349.

BENJAMIN, Antônio Herman V. Manual de direito do consumidor. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008, p. 137.

BOITEUX, Luciana; FERNANDES, Maíra Costa; PANCIERI, Aline Cruvello. Mulheres e crianças encarceradas: um estudo jurídico-social sobre a experiência da maternidade no sistema prisional do Rio de Janeiro. In: Women's World Congress, 13.; Seminário Internacional Fazendo Gênero, 11.. 2017, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. p. 1-13.

BONACCHI, Gabriela; GROPPI, Angela. **O dilema da cidadania**. São Paulo: UNESP, 1995.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. **Direitos de personalidade e autonomia privada**. 2. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 106.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 03 ago. de 2022.

BRASIL. **Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4377.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm). Acesso em: 02 ago. 2022.

BRASIL. **Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 1940. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 20 ago. 2022

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8078compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm). Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm) Acesso em: 22 ago. 2022

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm). Acesso em: 20 ago. 2022

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005.** Altera a lei nº 8,080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm). Acesso em: 20 nov. 2022

BRASIL. **Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato20072010/2007/lei/111634.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.634%2C%20DE%2027,do%20Sistema%20%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2007/lei/111634.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.634%2C%20DE%2027,do%20Sistema%20%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde). Acesso em: 22 ago. 2022

BRASIL. **Lei nº 12.895, de 18 de dezembro de 2013.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, obrigando os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12895.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12895.htm). Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.434, de 12 de abril de 2017.** Acrescenta parágrafo único ao art. 292 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal) para vedar o uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e em mulheres durante a fase de puerpério imediato. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113434.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113434.htm). Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.769, de 19 de dezembro de 2018.** Altera o Decreto-Lei nº 3689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Lei nº 7,210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal), e 8.072, de 25 de julho de 1990 (Lei dos Crimes Hediondos), para estabelecer a substituição da prisão preventiva por prisão domiciliar da mulher gestante ou que for mãe ou responsável por crianças ou pessoas com deficiência e para disciplinar o regime de cumprimento de pena privativa de liberdade de condenadas na mesma situação. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13769.htm#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Lei%20estabelece%20a,de%20condenadas%20na%20mesma%20situa%C3%A7%C3%A3o](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13769.htm#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Lei%20estabelece%20a,de%20condenadas%20na%20mesma%20situa%C3%A7%C3%A3o). Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. **Política nacional de saúde integral da população negra:** uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Despacho de 03 de maio de 2019.** SEI/MS-9087621. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&codigo\\_verificador=9087621&codigo\\_crc=1A6F34C4&hash\\_download=c4c55cd95ede706-d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706-d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0). Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 353 de 14 de fevereiro de 2017**. MS/SAS nº 353/2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20805342/do1-2017-02-20-portaria-n-353-de-14-de-fevereiro-de-2017-20805260](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20805342/do1-2017-02-20-portaria-n-353-de-14-de-fevereiro-de-2017-20805260). Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo em Recurso Especial 2082037**. Relator Min. Manoel Erhardt. Julgado em 27 de junho de 2022. Brasília, DF: Diário da Justiça Eletrônico de 28 jun. 2022

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo Regimental no Agravo em Recurso Especial 1236017/ES**. Rel. Ministro Felix Fischer, quinta turma. Julgado em 05 de abril de 2018. Brasília, DF: Diário da Justiça Eletrônico de 11 abr. 2018.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *In re ipsa*: os entendimentos mais recentes do STJ sobre a configuração do dano presumido. **Superior Tribunal de Justiça – Notícias**, Brasília, 11 set. 2022. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2022/11092022-In-re-ipsa-os-entendimentos-mais-recentes-do-STJ-sobre-a-configuracao-do-dano-presumido.aspx>. Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial 1643051/MS**. Terceira Seção, Rel. Rogério Schietti Cruz. Julgado em 28 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Rescisória 1338803**. Relator Min. Luiz Fux. Julgado em 05 de agosto de 2021. Brasília, DF: Diário de Justiça Eletrônico em 06 ago. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus Coletivo 143.641/SP**. Relator Min. Ricardo Lewandowski. Julgado em 20 de fevereiro de 2018. Brasília, DF: Diário de Justiça Eletrônico em 09 out. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Informativo do STF n. 661**. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Anencefalia. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54 ajuizada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde Voto da Min. Carmem Lúcia. Plenário. Relator: Min. Marco Aurélio Mello. Brasília, DF: STF, 2012. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo661.htm#ADPF%20e%20interruptur%C3%A7%C3%A3o%20de%20gravidez%20de%20feto%20anenc%C3%A9falo%20-%2026>. Acesso em: 23 out. 2022.

CALIXTO, Marcelo Junqueira. **A culpa na responsabilidade civil**: estrutura e função. Rio de Janeiro: Renovar, 2008

CANUTO, Luiz Claudio. Mortalidade materna entre negras aumentou no Brasil. **Agência Câmara de Notícias**, Brasília, 9 jun. 2015. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/489786-MORTALIDADE-MATERNA-ENTRE-NEGRAS-AUMENTOU-NO-BRASIL.html> Acesso em: 16 out. 2022

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2005. p. 59.

CEDAW. **Alyne da Silva Pimentel Teixeira (deceased) v. Brazil**. CEDAW/C/49/D/17/2008

CEDAW. **Concluding observations of the committee on the elimination of discrimination against women**. Brazil: United Nations, 2012. Disponível em: <https://undocs.org/CEDAW/C/BRA/CO/7>. Acesso em: 16 out. 2022.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. **Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (“Alyne”) v. Brasil**. Reproductive Rights, [S.l.], 2014. Disponível em: [https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/LAC\\_Alyne\\_Factsheet\\_Portuguese\\_10%2024%2014\\_FINAL\\_0.pdf](https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10%2024%2014_FINAL_0.pdf). Acesso em: 18 nov. 2022.

CENTRO LEGAL PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLITICAS PÚBLICAS (CRLP). **Silencio y complicidad**: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú. Lima: Cladem; CRLP, 1998.

CONSELHO DA JUSTIÇA FEDERAL. **Enunciado nº 539**. VI Jornada de Direito Civil, Brasília, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Parecer CFM nº 32 de 23 de outubro de 2018**: A expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética. Brasília, 23 out. 2018. Disponível em: <http://estaticog1.globo.com/2019/05/07/ParecerCFMViolenciaObstetrica.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução nº 1.246 de 08 de janeiro de 1988**: Código de Ética Médica. Brasília, 08 jan. 1988. Disponível em [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246\\_1988.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246_1988.htm). Acesso em: 04 out 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução nº 1.627 de 23 de outubro de 2001**. Define o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado. Brasília, 23 out. 2001. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2001/1627\\_2001.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2001/1627_2001.htm). Acesso em: 04 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução nº 1.995 de 31 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, 21 ago. 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 02 nov. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (Rio de Janeiro). **Resolução nº 293 de 06 de fevereiro de 2019**. Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno fetal. Rio de Janeiro, 06 fev. 2019. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2019/293\\_2019.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2019/293_2019.pdf). Acesso em: 22 ago. 2022.

CORDEIRO, António Menezes. **Tratado de direito civil português**. Coimbra: Almedina, 2007. Parte Geral, Tomo I

D'GREGORIO, Rogelio Pérez. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, [S.l.], v. 111, p. 201-202. 2010. Disponível em: [http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo\\_-\\_violencia\\_obstetrica\\_-\\_legislacao\\_na\\_venezuela.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf). Acesso em: 24 ago. 2022.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violence against women in health-care institutions: an emerging problem**. *The Lancet*, v. 359, p. 1681- 1685, maio 2002. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/c231/2f9c85b50cda7777dacede68b06b41fad965.pdf>. Acesso em: 23 out. 2022.

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia**. Rio de Janeiro: Edunf. 1993.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. Tese (Doutorado em Medicina) = Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 253-259, mar 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>. Acesso em: 02 nov. 2022

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. 31ª Edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2014. Volume 1: Teoria Geral do Direito Civil.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 5 ed. rev. aum. e atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DIRETRIZES nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico**. 10. ed., ver. Atual e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2010

GARBIN, Helena Beatriz da Rocha; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues; PEREIRA NETO, André Faria. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. **Physis**, v. 22, n. 1, p. 347-363, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100019>. Acesso em: 27 nov. 2022

GERHARD, Ute. Sobre a liberdade, igualdade e dignidade das mulheres: o direito “diferente” de Olympe de Gouges. *In*: BONACCHI, Gabiella; GROPPi, Angela. (Ed.). **O dilema da cidadania: direito e deveres das mulheres**. São Paulo: Afiliada, 1994.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**. São Paulo: Saraiva, 2021. v. 4: responsabilidade civil

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade civil**. 20. ed. São Paulo, Saraiva Jur, 2021.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; AGUIAR, Janaina Marques de; VENTURI JR., Gustavo. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras. **Coletiva**, UNICAMP, n. 9, set/out/nov/dez 2012. Disponível em: <http://coletiva.labjor.unicamp.br/index.php/artigo/a-violencia-institucional-no-parto-em-maternidades-brasileiras/>. Acesso em: 18 nov. 2022

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília: IPEA, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3205>. Acesso em: 18 nov. 2022.

INTERNATIONAL LAW COMMISSION. **Draft articles on responsibility of states for internationally wrongful acts, with commentaries**. [S.l.]: United Nations, 2008. Disponível em: [http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/commentaries/9\\_6\\_2001.pdf](http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/commentaries/9_6_2001.pdf). Acesso em: 19 nov. 2022.

KAPPAUN, Aneline; COSTA, Marli Marlene Moraes da. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. **Revista Paradigma**, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 71–86, 2020. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1446>. Acesso em: 7 set. 2022.

LANSKY, Sônia. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Rev Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 4, n. 4, p. 191-199, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v4i4.846>. Acesso em: 21 out. 2022

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, S17-S32, ago. 2014. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Acesso em: 16 out. 2022

LUNARDI, Glenda. A IV Conferência Mundial sobre a mulher e as estratégias do estado brasileiro para implementar a igualdade de gênero. **Em Tempo de Histórias**, [S. l.], v. 1, n.

39, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/emtempos/article/view/39621>. Acesso em: 16 out. 2022.

MALAURIE, Philippe; AYNÈS, Laurent. **Cours de droit civil: les obligations**. Paris: Cujas, 1985

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez. parto e puerpério**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 233-244, out-dez. 2007.

MARQUES, Cláudia Lima. A responsabilidade dos médicos e do hospital por falha no dever de informar ao consumidor. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 93, n. 827, p.11-48, set. 2004.

MARQUES, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 9, n. 1, p.97-119, jan/mar, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>. Acesso em: 29 ago. 2022

MARTIN, E. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro, Garamond, 2006.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. História e Saúde Collection. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/jnzhd>. Acesso em: 29 ago. 2022

MCCALLUM, Cecilia; REIS, Ana Paula dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1483-1491, jul. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700012>. Acessado em: 12 out. 2022

MELO, Hildete Pereira de; CONSIDERA, Claudio Monteiro; DI SABBATO, Alberto. Os afazeres domésticos contam. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 435-454, dez. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-06182007000300006>. Acesso em: 02 nov. 2022

MUGGAH, ROBERT; DINIZ, Gustavo. **Prevenindo a violência na América Latina por meio de novas tecnologias**. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé; 2014. Disponível em: [http://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-06\\_Prevenindo-violencia.pdf](http://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-06_Prevenindo-violencia.pdf). Acesso em: 02 nov. 2022.

NAVES, Bruno. Da relação jurídica médico-paciente: dignidade da pessoa humana e autonomia privada. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de (Org.). **Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002. p. 101-127.

O RENASCIMENTO do parto. Direção: Paula E. Chauvel. Brasília: Master Brasil, Ritmo Filmes, 2013. 1 DVD (90 min)

OLIVEIRA, Luaralica Gomes Souto Maior de; Albuquerque, Aline. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XXII, n. 75, p. 36-50, maio/ago. 2018. Disponível em:

[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli\\_servicos\\_produtos/bibli\\_boletim/bibli\\_bol\\_2006/Rev-CEJ\\_n.75.03.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-CEJ_n.75.03.pdf). Acesso em: 29 nov. 2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. Genebra: OMS, 2013. Disponível em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf). Acesso em: 23 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 2 ed. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para classificação de Doenças em Português; EDUSP. 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204114>. Acesso em: 16 out. 2022.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 49, [37] p., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>. Acesso em: 04 out. 2022

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica é violência contra a mulher**: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. São Paulo: Parto do Princípio. Espírito Santo; Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014. Disponível em:

<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>. Acesso em: 23 out. 2022.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Responsabilidade civil**. De acordo com a Constituição de 1988. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1994.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Responsabilidade civil**. 12. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

PEREIRA, Paula Moura Francesconi de Lemos. **Relação médico-paciente**: o respeito à autonomia do paciente e a responsabilidade civil do médico pelo dever de informar. 2010. Dissertação (Mestrado em Direito Civil Constitucional; Direito da Cidade; Direito Internacional e Integração Econômica) – Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

PERLINGIERI, Pietro. **O direito civil na legalidade constitucional**. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p. 764.

PIMENTA, F.F. **Políticas feministas e os feminismos na política**: o conselho nacional dos direitos da mulher (1985-2005). 2010. Tese (Doutorado em História) – Departamento de História, Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: [http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/8424/1/2010\\_Fabr%20adciaFaleirosPimenta.pdf](http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/8424/1/2010_Fabr%20adciaFaleirosPimenta.pdf). Acesso em: 20 jul. 2022.

REDE INTEGRAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores de mortalidade**. Ministério da Saúde: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/C03b.htm>. Acesso em 18 nov. 2022.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da violência obstétrica**: “Parirás com Dor”. Brasília, DF: Senado Federal, 2012.

RIO DE JANEIRO. **Lei nº 6.305 de 26 de dezembro de 2017**. Permite a presença de doulas nos estabelecimentos hospitalares durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Rio de Janeiro: Câmara Municipal, 2017. Disponível em: <https://doulasrj.com.br/wp-content/uploads/2018/09/Lei-6305.17-Lei-das-Doulas-Rio.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2022

RIO DE JANEIRO. **Lei nº 7.191 de 06 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública e privada de saúde no estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Rio de Janeiro: Assembleia Legislativa, 2016. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rj/lei-ordinaria-n-7191-2016-rio-de-janeiro-dispoe-sobre-o-direito-ao-parto-humanizado-na-rede-publica-de-saude-no-estado-do-rio-de-janeiro-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 18 out. 2022

RIO DE JANEIRO. **Lei nº 7.314 de 15 de junho de 2016**. Dispõe sobre a obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada do estado do Rio de Janeiro em permitir a presença de doulas durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente. Rio de Janeiro: Assembleia Legislativa, 2016. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/c8aa0900025feef6032564ec0060dfff/f6a4bdfe5bb46c4383257fd4005a506c?OpenDocument>. Acesso em: 18 out. 2022

RIO DE JANEIRO. 12a Vara Federal do Rio de Janeiro. **Ação Civil Pública nº 5061750-79.2019.4.02.5101**. Autores: Ministério Público Federal (MPF) e Defensoria Pública da União (DPU). Réu: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro - CREMERJ. Juiz: João Augusto Carneiro Araújo. Disponível em: [https://eproc.jfrj.jus.br/eproc/externo\\_controlador.php?acao=principal&msg=Link%20sem%20assinatura](https://eproc.jfrj.jus.br/eproc/externo_controlador.php?acao=principal&msg=Link%20sem%20assinatura). Acesso em: 22 ago. 2022.

RODRIGUES, Silvio. **Direito civil**. São Paulo: Saraiva, 1973-1975, v. 5, n. 7

SABATINO, Hugo; DUNN, Peter M.; CALDEYRO-BARCIA, R. **Parto humanizado**: formas alternativas. Campinas: Editora da Unicamp; 1992.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017.** Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Santa Catarina: Assembleia Legislativa, 2017. Disponível em: [http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_lei.html#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2017.097%2C%20DE%2017%20DE%20JANEIRO%20DE%202017&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20de,no%20Estado%20de%20Santa%20Catarina..](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2017.097%2C%20DE%2017%20DE%20JANEIRO%20DE%202017&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20de,no%20Estado%20de%20Santa%20Catarina..) Acesso em 22 ago. 2022.

SANTA CATARINA. **Lei nº 18.322, de 5 de janeiro de 2022.** Consolida as Leis que dispõem sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Santa Catarina: Assembleia Legislativa, 2022. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=425990>. Acesso em 22 ago. 2022.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 645-650, 2008

SANTOS, Maria de Fátima de Souza. Representações sociais e violência doméstica. *In*: SOUZA, Lídio de. TRINDADE, Zeidi Araujo. (Org.) **Violência e exclusão: convivendo com paradoxos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SARMENTO, Daniel. Ubiquidade constitucional: os dois lados da moeda. *In*: SOUZA NETO, Cláudio Pereira de (Coord.). **A constitucionalização do direito: fundamentos teóricos e aplicações específicas**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, [S. l.], v. 20, n. 2, 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 20 jul. 2022.

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 21, n. 60, p. 209-220, jan/mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>. Acesso em: 02 nov. 2022

SERPA LOPES. Curso de direito civil. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1964-71. v. 5, n. 144, p. 188.

SESC. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

STOCO, Rui. **Tratado de responsabilidade civil**. 6 ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004. p. 531.

STORTI, Juliana de Paula Louro. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal**. 2004. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-13102004-152521/publico/mestrado.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2022

TARTUCE, Flavio. **Manual de direito civil**: volume único. 12. ed. Rio de Janeiro, Forense; METODO, 2022.

TEPEDINO, Gustavo. A evolução da responsabilidade civil no direito brasileiro e suas controvérsias na atividade estatal. *In: Temas de direito civil*. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

TEPEDINO, Gustavo. A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea. **Revista Trimestral de Direito Civil - RTDC**, Rio de Janeiro, ano 01, v. 2, p. 41-75, abr./jun. 2000.

TORNQUIST, Carmen Suzana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, v.10, n. 2, p. 483-492, 2002

TRIBUNAL DE JUSTIÇA (Rio de Janeiro). Responsabilidade civil solidária. Plano de saúde. Ausência de informação. **Apelação Cível n.º 2007.001.51219 (0007310-71.2004.8.19.0209)**. Relator: Exmo. Des. Marcos Alcino A. Torres. Órgão Julgador: Primeira Câmara Cível. Julgamento: 29/01/2008. Disponível em: <http://www.tjrj.jus.br/>. Acesso em: 12 out. 2022.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA (São Paulo). **Apelação Cível n.º 0001314-07.2015.8.26.0082**. Relator Des. Fabio Podestá. Julgado em 11 de outubro de 2017. São Paulo: Diário da Justiça Eletrônica em 11 out. 2017

UNITED NATIONS. **Declaration on the elimination of violence against women**. New York: UN, 1993.

VASCONCELLOS, Maurício Teixeira Leite et al. Desenho da amostra Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 49-58, ago. 2014. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nHsybvJMNBHThZpVnwrFwdw/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2022

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>. Acesso em: 04 ago. 2022.

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violéncia**. Caracas: Asamblea Nacional, 2001. Art. 15, 13 e 51. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2022.

VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau (Org.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Editora Sesc, 2013.

VICTORA, Cesar Gomes et al. **Maternal and child health in Brazil**: progress and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4). Acesso em: 12 nov. 2022

VINEY, Genéviève. La responsabilité civile. *In*: Jacques Ghestin (coord.). **Traité de droit civil**. Paris: Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1965. n. 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in maternal mortality: 1990 to 2008**. Geneva: WHO; 2010. Disponível em:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44423/9789241500265\\_eng.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44423/9789241500265_eng.pdf;sequence=1).  
Acesso em: 12 nov. 2022