

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL MACHADO DE ASSIS  
FACULDADES INTEGRADAS MACHADO DE ASSIS  
CURSO DE DIREITO**

**DIÓRGENES NATIEL ROCHINHESKI**

**RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO OBSTETRA E A VIOLÊNCIA  
OBSTÉTRICA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Santa Rosa  
2017

**DIÓRGENES NATIEL ROCHINHESKI**

**RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO OBSTETRA E A VIOLÊNCIA  
OBSTÉTRICA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Monografia apresentado às Faculdades Integradas Machado de Assis como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> LetíciaLassenPetersen

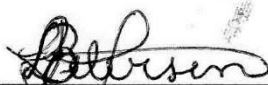
Santa Rosa  
2017

**DIÓRGENES NATIEL ROCHINHESKI**

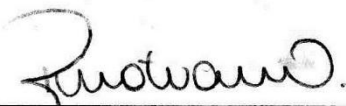
**RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO OBSTETRA E A VIOLÊNCIA  
OBSTÉTRICA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Monografia apresentado às Faculdades Integradas Machado de Assis como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Direito.

Banca Examinadora



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leticia Lassen Petersen – Orientadora



Prof.<sup>a</sup> Ms. Renata Maciel



Prof.<sup>a</sup> Ms. Rosmeri Radke

Santa Rosa, 08 de Julho de 2017

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho para minha mulher Jéssica T. Rolim de Moura e para minha filha Isabela de Moura Rochinheski, que serviram de exemplo para a criação da pesquisa do trabalho.

Fico feliz em poder trazer um assunto que é de caráter comum, mas está sendo pouco debatido no Brasil, e ao mesmo tempo triste de ter vivenciado todo sofrimento de minha mulher para ter nossa filha.

Uma dedicatória mais que merecida para uma mulher que enfrentou toda a violência obstétrica, mas não se deu por vencida e luta para combater que essa violência não se estenda as demais parturientes.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha família pelo apoio, carinho, amor e compreensão recebidos em todos esses anos, principalmente meus pais, irmãs, minha mulher e minha filha.

Agradeço a meus professores da Fema e toda a instituição por ter me proporcionado um conhecimento que vou levar para a vida toda, agradeço a minha orientadora para que esse trabalho pudesse ser concretizado.

Um agradecimento para todos os amigos que a faculdade me deu, foram muitas aulas, risadas e cervejas para contar histórias.

Obrigado a todos, sem vocês não teria graça e eu não conseguiria terminar o que sempre sonhei.

"Não se contente em trilhar um caminho estabelecido. Ao contrário vá para onde não há caminho algum e deixe seu rastro."

Johnnie Walker

## RESUMO

O presente trabalho trata sobre a responsabilidade civil do profissional médico obstetra, voltando sua delimitação para os casos em que se evidencia a prática de violência obstétrica no decorrer do parto. O objeto deste estudo tem ganhado atenção especial em todo mundo, mas parece não evoluir no sistema normativo brasileiro, que carece de uma regulamentação específica sobre a situação. Nesse sentido, a pesquisa é motivada pelos seguintes questionamentos: as poucas previsões normativas que responsabilizam o profissional médico e que coíbem essa violência são possíveis de serem aplicadas e repudiarem tal prática? as informações acerca do direito da parturiente são prestadas corretamente? Assim, o trabalho tem como objetivo oferecer ao leitor uma sistematização bibliográfica e pesquisa normativa atualizada acerca da Responsabilidade Civil do profissional médico no exercício de sua profissão, voltando a discussão para a atuação do profissional obstetra no momento do parto. Com a construção deste referencial teórico, voltar-se-á para a análise dos tipos de violência obstétrica praticados e para a ausência de legislação no Brasil para punir o profissional que assim age, reparando o sofrimento da parturiente. O estudo se justifica pela inquestionável vulnerabilidade da mulher e do nascituro no momento do parto, pelo poder da classe médica no Brasil (que envolve tanto a questão econômica quanto o lugar social ocupado pelo “suposto” conhecimento deste profissional), condições que acabam por gerar sofrimento às vítimas de agressão e sentimento de impotência em relação aos algozes. A metodologia utilizada na presente monografia é essencialmente teóricoempírica, para então viabilizar a análise dos tipos de violência obstétrica a partir de um relato de uma vítima desta prática odiosa. A investigação utilizará a fundamentação teórica para construir o conhecimento acerca de delimitação temática do projeto, possibilitando ao pesquisador analisar e compreender o que acontece com as parturientes. O trabalho organiza a abordagem proposta em dois capítulos, onde o primeiro trata sobre a Responsabilidade civil do médico e o segundo se dedica, a partir de um relato prático, evidenciar os tipos de violência obstétrica.

Palavras-chave: Responsabilidade civil – Violência obstétrica - Proteção da Parturiente

## **ABSTRACT**

This study is about the civil liability of the obstetric professional, setting its boundaries to the cases in which the practice of obstetric violence during the birth is evidenced. The object of this study has gained special attention all over the world, but it does not have such interest by the Brazilian normative system, which lacks a specific regulation on this subject. This way, the present research is motivated by the following questions: are the few normative predictions that hold the medical professional accountable and restrain this violence possible to be applied, repudiating such practice? Is the information about the parturient rights provided correctly? Therefore, the goal of this study is to offer the reader a bibliographical systematization and an updated normative research about the Civil Liability of the medical professional in the exercise of his/her profession, focusing the discussion in the action of the obstetrician at the time of the birth. With the construction of this theoretical reference, we can then analyze the types of obstetric violence committed by the professionals, and to the absence of legislation in Brazil to punish such professionals, relieving the suffering of the parturient. The study is justified by the unquestionable vulnerability of the woman and the unborn child at the birth, and by the authority of the medical class in Brazil (involving both the economic power and the social status from the "supposed" knowledge of this professional), These conditions end up causing suffering to the victims of aggression and a feeling of helplessness towards the tormentors. The methodology used in this monograph is essentially theoretical-empirical, to enable the analysis of the types of obstetric violence based on a testimony of a victim of this awful practice. The investigation will use the theoretical basis to build the knowledge about the thematic delimitation of the project, allowing the researcher to analyze and understand what happens to the parturient. The proposed approach is organized in two chapters, where the first one deals with the doctor's civil liability and the second chapter is dedicated to highlight the types of obstetric violence from an actual testimony.

Keywords: Civil liability - Obstetric violence - Parturition protection.



## **LISTA DE ABREVIações, SIGLAS E SÍMBOLOS**

Arts – Artigos

CC – Código Civil

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CFM – Conselho Federal de Medicina

FEMA – Fundação Educacional Machado de Assis

ISEA - Instituto de Saúde Elpídio de Almeida

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

SUS – Sistema Único de Saúde

p. – Página

§ - Parágrafo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>1 A CONSTRUÇÃO DO INSTITUTO DA RESPONSABILIDADE CIVIL E A REPARAÇÃO DOS DANOS NA ESFERA DA PRÁTICA PROFISSIONAL</b> .....	<b>13</b>
1.1A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DA RESPONSABILIDADE CIVIL NO DIREITO.....	13
1.2ASPECTOS HISTÓRICOS.....	15
1.3PRESSUPOSTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA .....	20
1.3.1 A Conduta Humana.....	21
1.3.2 A Culpa .....	23
1.3.3 O Dano .....	24
1.3.4 Nexo de Causalidade .....	26
1.4RESPONSABILIDADE CIVIL SUBJETIVA E OBJETIVA .....	27
1.5RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL MÉDICA .....	29
<b>2DO NECESSÁRIO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DA RESPONSABILIZAÇÃO DO PROFISSIONAL QUANDO DA SUA PRÁTICA</b> .....	<b>34</b>
2.1CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	34
2.2 HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	37
2.3IDENTIFICANDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....	39
2.3.1Procedimentos de Caráter Físico.....	40
2.3.2Procedimentos de Caráter Psicológico .....	44
2.3.3 Procedimentos de Caráter Sexual .....	46
2.4 PREVISÕES NORMATIVAS INTERNACIONAIS E NO BRASIL.....	50
2.4.1 Histórico da Construção Normativa Internacional.....	50
2.4.2 Construção Normativa no Brasil.....	53
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>60</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho, se dedica ao estudo da responsabilidade civil do profissional da medicina e da violência obstétrica praticada por alguns profissionais. Partindo desse estudo, tem-se uma análise sobre os tipos de violência obstétrica. As mulheres que estão gestantes, em situação de pré-parto, em trabalho de parto, e mais especificamente, no parto, esperam ser atendidas da melhor forma possível tanto na saúde pública como privada, pois o nascimento de um filho é um momento esperado e idealizado para a maioria das mães. Infelizmente grande parte delas sofre com variadas formas de violência por parte da equipe médica e hospitalar. Sendo assim, a falta de aplicabilidade de leis e a falta de legislação resultam em aumento da violência obstétrica.

Com isso, o objetivo é oferecer ao leitor uma bibliografia de entendimento quanto a responsabilidade civil do médico obstetra, situando-osobre as formas de violência obstétrica para ter o conhecimento adequado sobre esse tema específico. Constrói-se assim, um referencial teórico doutrinário e normativo acerca da responsabilidade civil do profissional médico,apurando a proteção específica da parturiente na legislação brasileira.

O estudo da responsabilidade civil do profissional médico é de extrema importância para o direito, uma vez que a atuação deste profissional recai sobre a vida dos sujeitos. Voltar o estudo da responsabilidade civil para a atuação do obstetra guarda em si importância ainda maior; pela situação de vulnerabilidade que a mulher se encontra neste momento em que espera uma nova vida, e pelo fato deste profissional estar diante da necessária preservação de duas vidas (da mãe e do nascituro).

Em tempos em que se discute a humanização das relações de parto - o que deveria ser natural quando se fala em saúde, neste momento de vida nova - pensar na prática dos profissionais da saúde e sua responsabilidade é oferecer ao leitor um material organizado das regras que norteiam esta atuação.

A metodologia utilizada na presente monografia é essencialmente teórico-empírica, para então viabilizar a análise dos tipos de violência obstétrica a partir de relatos de vítimas, documentados em pesquisas sobre o tema. A investigação utilizará a fundamentação teórica para construir o conhecimento acerca de delimitação temática do projeto, possibilitando ao pesquisador analisar e compreender o que acontece com as parturientes.

Em relação aos procedimentos técnicos, reúne-se metodologicamente, um conjunto de informações sendo o método de abordagem principal a ser utilizado o método qualitativo e explicativo, e como método secundário o histórico comparativo, partindo da construção de uma análise dos elementos apurados em pesquisa bibliográfica e documental, materiais expostos na mídia e julgados.

O presente trabalho foi dividido em dois capítulos, o primeiro aborda a responsabilidade civil do médico, apresentando os conceitos e peculiaridades históricas que revestem o instituto, sistematizando os pressupostos da responsabilidade civil, bem como a classificação dos casos que envolvem sua caracterização da forma objetiva e subjetiva.

Já no segundo capítulo é sistematizada a violência obstétrica em si, com seu conceito e histórico, a apresentação dos tipos de violência obstétrica de caráter físico, psicológico e sexual, abordando as regulamentações já existentes no Brasil e no mundo. É de se destacar que a Organização Mundial da Saúde (OMS), organização internacional, tem alertado os países para a necessidade desta regulamentação, uma vez que está diretamente relacionada à questões culturais de superação do poder do médico, da vulnerabilidade da parturiente e do nascituro que merecem proteção especial, de aspectos econômicos que legitimam ainda mais o poder do médico, entre outros. E são por todas estas razões que esta pesquisa se justifica: para dar voz e propagar os direitos do nascituro – que ainda não fala – e da mulher parturiente, historicamente vítima de preconceitos que envolvem gênero, neste momento de sensibilidade do parto, em que os interesses econômicos levam os profissionais a optar pelo parto cesáreo, dos interesses sexuais de pessoas que sequer poderiam encontrar-se no exercício da profissão médica, entre outras inúmeras razões, que não se esgotariam em uma redação monográfica. A utilidade

da pesquisa não se resume à formação do jurista. Os elementos postos para a reflexão neste texto discutem relações dos profissionais da saúde com parturientes, estendendo sua importância para estes dois grupos, além de servir de subsídio para a comunidade acadêmica que se interessa pelo tema.

# 1 O INSTITUTO DA RESPONSABILIDADE CIVIL E A REPARAÇÃO DOS DANOS NA ESFERA DA PRÁTICA PROFISSIONAL

A proposta de abordagem da responsabilidade civil do profissional médico, tem como objetivo demonstrar que o profissional tem obrigação de desempenhar sua função com todo o empenho possível, tendo a devida atenção, zelo e dedicação para com os pacientes que estão sob seus cuidados.

A responsabilidade civil surgiu no direito enquanto um compromisso de reparar o dano causado por uma pessoa à outra. Essa abordagem envolve a compreensão de diversas estruturas sociais e suas consequências jurídicas. Então para o melhor entendimento sobre a responsabilidade civil, se faz necessário a construção do referencial teórico que sustenta a pesquisa, apresentando os registros históricos e bibliográficos acerca da temática, para alcançar melhor concepção (CAVALIERI FILHO, 2008).

## 1.1 A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DA RESPONSABILIDADE CIVIL NO DIREITO

Para compreender o exercício profissional enquanto uma prática responsável e revestida de técnica e prudência, se faz necessário compreender a construção do instituto da responsabilidade civil no direito, buscando significados históricos, na legislação e na doutrina.

Para Gagliano e Pamplona Filho, a linha de raciocínio é que a responsabilidade civil deriva da agressão por interesse particular, onde o infrator compensa o dano com pagamento à vítima (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2009). Tal prática, necessária no mundo capitalista, visa reestabelecer o *status quo ante*. Grifa-se a necessidade de consolidação deste instituto pela vulnerabilidade técnica de conhecimento que a maior parte da população está exposta, especialmente na área médica.

O interesse particular é um dos fatores para a aplicação da responsabilidade civil, uma vez que deseja reparar a agressão realizada na seara jurídica do direito do outro. O limite entre o direito de um sujeito e o de outro é tênue, percebido na esfera social e atualmente respaldado pelo sistema jurídico. A busca da reparação depende do sentir-se lesado e da demonstração dos requisitos impostos pela norma, para se

ter certeza do nexo de causalidade e do dano alegado. É odioso ao Estado de direito conhecer a prática individualista não comprometida com a função social do capital e do próprio conhecimento, causando danos de qualquer ordem (moral ou material) a outra pessoa. Assim, para ver a operacionalização deste instituto **ainda** se faz necessário que alguém sinta seu direito lesado e busque tal reparação. Grifa-se a expressão “ainda” em razão de que a prática de certas categorias profissionais, como a prática do profissional médico, expõe seus clientes a determinados riscos possíveis de atingir a própria saúde, e por esta razão mereceria um olhar diferenciado do poder público, retirando a discussão da reparação da esfera privada.

Gonçalves explica que a palavra responsabilidade teve origem na raiz latina *spondeo*, onde se vinculava o devedor, nos contratos verbais do direito romano. Podemos destacar a noção de responsabilidade como um aspecto de realidade social, criando uma ideia de reparação de dano (GONÇALVES, 2009).

Maria Helena Diniz elabora um conceito mais extenso de responsabilidade:

A aplicação de medidas que obriguem a reparar o dano moral ou patrimonial causado a terceiros em razão de ato próprio imputado, de pessoa por quem ele responde, ou de fato ou de coisa de animal sob sua guarda (responsabilidade subjetiva), ou ainda, de simples imposição legal (responsabilidade objetiva). Definição esta que guarda, em sua estrutura, a ideia de culpa quando se cogita da existência de ato ilícito e a do risco, ou seja, da responsabilidade sem culpa. (DINIZ, 2003, p. 308).

A jurista ainda conclui que o vocábulo “responsabilidade” é oriundo do verbo latino “*respondere*”, designando o fato de alguém ter se constituído garantidor de alguma coisa. Esse termo contém, a raiz latina “*spondeo*”, fórmula pela qual se vinculava, no direito romano, o devedor, nos contratos verbais (DINIZ, 2003).

A lei, em todo momento, busca reconstruir o ordenamento jurídico violado, fazendo com que a pessoa causadora do dano pague por seus atos, que é reparar o dano causado, sendo por reparação pecuniária, censura, advertência, suspensão ou até mesmo o cancelamento do registro profissional, dependendo da gravidade da situação, tentando assim equilibrar as partes de forma coerente.

Gagliano e Pamplona Filho, nos trazem a conclusão que a noção jurídica da responsabilidade civil diz respeito à atividade danosa do sujeito, que atuando em princípio de forma ilícita, viola um direito preexistente, devendo arcar com as consequências de seu ato, ou seja, com a obrigação de reparação do dano (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2009). Sendo o ato ilícito, a violação de direitos e

o dano que é causado a outrem. Comete o ato ilícito aquele que viola o ornamento jurídico.

Assim, na maioria dos casos, aquele que praticar o ilícito civil, causando dano a outrem, e não puder repor o estado anterior das coisas, deverá ressarcir ou compensar a vítima com alguma indenização capaz de reestabelecer o status quo atingido. Quando não é possível reestabelecer o evento danoso em seus exatos termos (exemplos: reestabelecer a perna de alguém que foi atropelado e ficará impossibilitado de caminhar, reestabelecer uma obra de arte que fora danificada, etc), será apurado o valor pecuniário capaz de indenizar a perda material e moral sofrida pela vítima.

Para ofertar ao leitor a dimensão da construção da responsabilidade civil na esfera da prática profissional, se faz necessário buscar os aspectos históricos, destacando a atividade profissional enquanto uma atividade que exige prudência, perícia e capacidade para ser operacionalizada. Tais questões exigiram uma reflexão mais apurada da esfera social, especialmente quando da estruturação do sistema capitalista, a fim de não expor as pessoas às circunstâncias de dano, em nome do desejo de lucro desmedido.

## 1.2 ASPECTOS HISTÓRICOS

O Direito tem por finalidade a busca da pacificação social, criando normas e tentando solucionar conflitos. Durante toda evolução histórica dos institutos civis, no que concernem as questões patrimoniais, o dano causado a outro sempre foi combatido pelo Direito. As modificações que acontecem perante essa evolução são as formas de ação tomadas contra os atos praticados em descumprimento a um dever de conduta.

Para Gagliano e Pamplona Filho:

Para a nossa cultura ocidental, toda reflexão, por mais breve que seja, sobre raízes históricas de um instituto, acaba encontrando seu ponto de partida no Direito Romano. Com a responsabilidade civil, essa verdade não é diferente. (GAGLIANO, PAMPLONA FILHO, 2009, p. 10).

O instituto da responsabilidade civil surgiu para evitar que um agressor saísse impune após causar dano a outrem, o que poderia suscitar o desejo de vingança. A



necessidade de evitar o desejo da justiça pelas próprias mãos fez com que se discutisse o instituto e se consolidasse conceitos de dano, ato ilícito, dever de reparar e responsabilidade civil. Há que se pontuar que, inicialmente não se diferenciava a responsabilidade civil e a criminal.

A citação de Besson (1927, p. 5 apud Gonçalves 2009, p. 6) entende que “[...] a responsabilidade civil se assenta, segundo a teoria clássica em três pressupostos: um dano, a culpa do autor e a relação de causalidade entre o fato culposo e o mesmo dano”. O autor traz a evolução histórica no que tange ao dano e a culpa, pois, nesse sentido, entrelaça o fato culposo com o dano causado.

Gonçalves (2009, p. 6) registra que: “Nos primórdios da humanidade, entretanto, não se cogitava do fator culpa. O dano provocava reação imediata, instintiva e brutal do ofendido. Não haviam regras nem limitações. Não imperava, ainda, o direito”.

Com o passar do tempo, a sociedade e o agredido foram criando consciência que a forma pecuniária era mais vantajosa do que a vingança privada. Por essa razão separou-se a responsabilidade civil da criminal, fazendo com que cada uma fosse aplicada de forma justa a cada agressor. A partir deste momento as relações criminais tiveram sua persecução promovida em nome do próprio interesse social do Estado, sendo a punição voltada para a restrição da liberdade e as relações civis ficaram destinatárias do interesse daqueles que se entendem lesados. A partir deste momento, o reestabelecimento do status quo material lesado, inquestionavelmente passou a ser objeto de análise do direito com vistas à reparação. Mais tarde a esfera do dano moral também obteve espaço nas discussões sociais e jurídicas. Assim, no contexto de uma sociedade capitalista, a responsabilidade civil em relação ao exercício de profissões, acabou sendo uma regulamentação inquestionavelmente necessária, consequência da discussão que se traçava.

O que Gonçalves cita nas palavras de Mazeaud: “O Estado assumiu assim, ele só, a função de punir. Quando a ação repressiva passou para o Estado, surgiu a ação de indenização. A responsabilidade civil tomou seu lugar ao lado da responsabilidade penal.” (MAZEAUD; t1, n 19, 3ª. Ed., apud GONÇALVES, 2009, p. 7).

Gagliano e Pamplona Filho pontuam que o marco da evolução histórica da responsabilidade civil, se dá com a edição da *Lex Aquilia*, que foi a responsável pela

designação da responsabilidade civil delitual ou extracontratual (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2009).

Para Gonçalves (2009, p. 7) “É na Lei Aquília que se esboça, afinal, um princípio geral regulador da reparação do dano.” Pois é a partir da lei aquiliana que se regula a reparação do dano, seja por omissão voluntária, negligência ou imprudência, uma vez que se verifica a violação do direito de outrem.

Nos países, as regulamentações acerca do instituto da responsabilidade civil ocorriam de forma individualizada, com características peculiares. De acordo com o direito francês da época do Código de Napoleão na Revolução Francesa, a responsabilidade civil se fundava na culpa, pois a definição partiu desse momento para inserir-se na legislação do mundo inteiro (AGUIAR DIAS, 1997 apud GONÇALVES, 2009).

Já sobre o direito português, como caracteriza Gonçalves, não assinala muita informação, uma vez que não se identifica semelhança com a responsabilidade civil e responsabilidade criminal, pois eles confundiam reparação, pena e multa (GONÇALVES, 2009).

No Brasil a responsabilidade civil passa por vários estágios de desenvolvimento, até alcançar os contornos atuais. Acerca da evolução da responsabilidade civil no direito brasileiro Gonçalves apresenta importantes considerações sobre os registros históricos, considerando os pontos de congruência entre o direito criminal e a responsabilidade civil, que deu início a discussão e posterior construção do instituto:

O código criminal de 1830, atendendo às determinações da Constituição do Império, transformou-se em um código civil e criminal fundado nas sólidas bases da justiça e da equidade, prevendo a reparação natural, quando possível, ou a indenização; a integridade da reparação, até onde possível; a previsão dos juros reparatórios; a solidariedade, transmissibilidade do dever de reparar e do crédito de indenização aos herdeiros etc. (GONÇALVES, 2009, p. 9).

Merece destaque que, em um primeiro momento, a reparação estava condicionada a condenação criminal. Logo após, foi adotada a independência da jurisdição civil e criminal. Assim, o instituto da responsabilidade civil teve como marco, no direito brasileiro, a regulamentação realizada no Código Civil de 1916 (CC/1916) que aderiu à teoria subjetiva, exigindo prova de culpa ou dolo do causador do dano para que seja obrigado a repará-lo.

Com o desenvolvimento industrial, acabaram surgindo novas teorias, as quais puderam propiciar maior proteção às vítimas (GONÇALVES, 2009). Tais teorias passaram a ser discutidas e gradativamente incorporadas na legislação brasileira.

A responsabilidade civil é marcada pela identificação de um ato lesivo causado a outrem, principalmente pela presença de algum dano caracterizado pela lesão a um interesse jurídico tutelado, material ou moral. A fundamentação da teoria da culpa veio através de uma linha histórica de responsabilidade civil, com base no direito romano, sendo a culpa fundada no direito francês, onde para reparar os danos causados em qualquer hipótese, a culpa precisava existir.

Cabe ressaltar, como refere Gagliano e Pamplona Filho, que a inserção da culpa como elemento básico da responsabilidade civil aquiliana que decorre de inobservância de norma jurídica, causando danos a outrem por omissão voluntária, imprudência ou negligência. Fato, esse que foi incorporado no maior monumento legislativo da Idade Moderna, o Código Civil de Napoleão, que influenciou várias legislações do mundo, inclusive o Código Civil Brasileiro de 1916 (GAGLIANO e PAMPLONA FILHO, 2009).

Explica Gonçalves que, a teoria da responsabilidade objetiva quanto ao direito moderno, é classificado em duas faces: a teoria do risco e a teoria do dano objetivo. Nessa linha, o jurista expõe que se tem procurado fundamentar a responsabilidade na ideia de culpa e, nos casos em que esta se torna insuficiente, o legislador tem decidido de forma independente desta noção (GONÇALVES, 2009).

Para encerrar as considerações históricas, Gagliano e Pamplona Filho citam Alvino Lima (1999):

[...] e, a despeito das afirmações de que a teoria do risco desfaleceu no ardor de seu ataque, seus defensores persistem na tarefa, e as necessidades econômicas e sociais da vida moderna intensa obrigam o legislador a abrir brechas na concepção da teoria clássica da responsabilidade. Ambas, porém, continuarão a subsistir, como forças paralelas, convergindo para um mesmo fim, sem que jamais, talvez, se possam exterminar ou se confundir, fundamentando, neste ou naquele caso, a imperiosa necessidade de ressarcir o dano, na proteção dos direitos lesados. (LIMA, 1999 apud GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2009, p. 12 e 13).

Portanto, o longo caminho da responsabilidade civil, é marcado pela discussãoda reparação por dano causado a alguém. Uma vez que passa-se por momentos de confusão entre responsabilidade civil e criminal, até o momento atual,

de reparação fundada na culpa. Pois, quando se tratar de responsabilidade civil, se deve analisar com detalhe, onde uma ou outra ação ou omissão poderá vir a caracterizar outro tipo de desdobramento de responsabilidade, tanto objetiva como subjetiva.

Tendo em vista que o Código Civil vigente contém modificações essenciais quanto a responsabilidade civil, com aumento das hipóteses da responsabilidade civil objetiva, tirando a necessidade da prova da culpa do causador do dano. Nesse sentido, os artigos 186, 187 e 188 do CC/2002 traz a regra geral que é da responsabilidade civil subjetiva, que trata sobre os atos ilícitos. Veja o que sua redação pontua:

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.

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.

Art. 188. Não constituem atos ilícitos:

I - os praticados em legítima defesa ou no exercício regular de um direito reconhecido;

II - a deterioração ou destruição da coisa alheia, ou a lesão a pessoa, a fim de remover perigo iminente.

Parágrafo único. No caso do inciso II, o ato será legítimo somente quando as circunstâncias o tornarem absolutamente necessário, não excedendo os limites do indispensável para a remoção do perigo.(BRASIL, 2002).

Já a responsabilidade civil objetiva encontra amparo na previsão normativa do artigo 927 do CC/2002 e claramente traz a necessidade da reparação desse dano, em seu parágrafo único uma exceção quanto a responsabilidade civil subjetiva, pontuando uma situação em que a culpa não é avaliada, bastando a demonstração da relação entre o dano e o nexa causal; Veja que o causador do dano teria o dever de zelar pelos direitos de outrem, não causando danos pelo exercício de atividades regulares, como o é o trabalho no sistema capitalista.

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

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem. (BRASIL, 2002).

Assim, o profissional médico deve se encaixar nos termos do CC/2002, uma vez que, no exercício da profissão, ele pode causar atos ilícitos em desfavor do

paciente que está sob seus cuidados. Ou até mesmo por negligência ou imprudência chegar a um fato causador de dano sem sua real intenção.

O Brasil, em seu código civil antigo tinha como base a responsabilidade civil baseado na culpa, no CC/2002 ela não foi afastada, mas passou a se prever também a responsabilidade objetiva. Com isso, a responsabilidade subjetiva surge quando inexistente previsão legal sobre a responsabilidade objetiva. Ou seja, ela é a regra geral.

### 1.3 PRESSUPOSTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Tratando-se de responsabilidade civil, o dano é causado pela conduta (ação ou omissão) do agente, quando isso acontece, ele tem o dever de reparação. Nesse sentido, para configurar o dever de indenizar, tem que ter o nexo causal entre o dano sofrido pela vítima e a conduta ou omissão praticada pelo agente. Na responsabilidade civil, o dolo se encontra presente, isso quando o agente tem a intenção de causar o dano. Caso ocorra o dano por negligência, imprudência ou imperícia, caracteriza-se a culpa do agente e passa-se a discutir a responsabilização subjetiva, sendo o dever de reparar o dano diretamente proporcional à contribuição da conduta do agente para que tal evento danoso pudesse ocorrer na prática.

Seguindo essa linha de raciocínio, chega-se à conclusão que a responsabilidade civil e a obrigação de reparar o dano vem da conduta ilícita do agente causador. Sabe-se que o ato ilícito acaba gerando o dever de reparação a vítima, mas nem toda reparação do dano é derivado do ato ilícito. Assim afirma Silvio de Salvo Venosa:

Na realidade, o que se avalia geralmente em matéria de responsabilidade é uma conduta do agente, qual seja, um encadeamento ou série de atos ou fatos, o que não impede que um único ato gere por si o dever de indenizar. No vasto campo da responsabilidade civil, o que interessa saber é identificar aquele conduto que reflete na obrigação de indenizar. Nesse âmbito, uma pessoa é responsável quando suscetível de ser sancionada, independentemente de ter cometido pessoalmente um ato antijurídico. Nesse sentido, a responsabilidade pode ser direta, se diz respeito ao próprio causador do dano, ou indireta, quando se refere a terceiro, o qual, de uma forma ou de outra, no ordenamento, está ligado ao ofensor. (VENOSA, 2003, p. 12).

O que trata Venosa, nada mais é do que a obrigação de indenizar a vítima, somente com a identificação do ato lesivo, sendo esse o primeiro passo, para fazer o agente causador do ato ter a obrigação de indenizar, indiferente se ele estava acompanhado ou não de mais pessoas, o importante é a obrigação de indenizar a vítima por ter sofrido o ato ilícito.

São quatro os elementos essenciais e ensejadores gerais da responsabilidade civil: a conduta humana que irá gerar o ato ilícito, a culpa, o dano experimentado pela vítima e o nexo de causalidade. Tais elementos serão abordados em tópicos individuais, com o objetivo de apresentar ao leitor, de forma didática, a configuração destes pressupostos.

### **1.3.1 A Conduta Humana**

A conduta humana é um ato de ação ou omissão, que pode causar dano ou prejuízo a outrem. Esse fato se dá em relação ao ato do agente ou daquele que está sob responsabilidade do agente que produz resultado danoso, seja por dolo, negligencia, imprudência ou imperícia, onde esse ato gera a obrigação de reparação. A conduta humana se classifica em dois sentidos: da prática por parte do agente de ato que não deveria fazer, ou do fato de deixar de praticar ato que deveria ter feito (VENOSA, 2003).

A responsabilidade civil é uma consequência obrigacional presente nas atividades humanas, de forma que somente o homem por si só, ou por meio das personalidades jurídicas que forma, poderá ser civilmente responsabilizado. Então, jamais um fato da natureza, por exemplo, poderia gerar um dano civilmente indenizável, uma vez que este não poderá ser atribuído ao homem (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2009).

Segundo Gagliano e Pamplona Filho, trata-se “[...] da conduta humana, positiva ou negativa (omissão), guiada pela vontade do agente, que desemboca no dano ou prejuízo.” Assim, o núcleo fundamental dessa noção de conduta humana baseia-se no livre arbítrio do agente imputável, o qual usa de seu discernimento consciente para agir, o que significa que sem o condão da voluntariedade, não existe conduta humana e conseqüentemente, não há a responsabilidade civil (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2009).

Ainda os mesmo autores que elucidam com propriedade acerca da conduta do agente que:

[...] a voluntariedade, que é pedra de toque da noção de conduta humana ou ação voluntária, primeiro elemento da responsabilidade civil, não traduz necessariamente a intenção de causar o dano, mas sim, e tão somente, a consciência daquilo que se está fazendo. E tal ocorre não apenas quando estamos diante de uma situação de responsabilidade subjetiva (calcada na noção da culpa), mas também na responsabilidade objetiva (calcada na ideia de risco), porque em ambas as hipóteses o agente causador do dano deve agir voluntariamente, ou seja, de acordo com sua livre capacidade de auto determinação. Nessa consciência, entenda-se o conhecimento dos atos materiais que se está praticado, não se exigindo, necessariamente, a consciência subjetiva da ilicitude do ato. (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2009, p. 28).

Ocorre que a conduta humana independe da noção de causar o dano ou não, o importante nesse sentido é o fato do agente estar consciente do que ele está fazendo. Independe o fato se dar em culpa ou dolo, na conduta humana o agente age voluntariamente, com a capacidade de auto determinação.

Sendo a conduta humana de risco ou com culpa, o agente é capaz de causar o dano, levando em conta sua forma de agir, que pode-se determinar em uma omissão voluntária ou uma conduta negativa, bem como negligência, imprudência e imperícia, caracterizados pela culpa ou ainda por dolo. Ao mesmo tempo pode ser interpretada como uma conduta positiva, dependendo da ação que derivar tal ato.

Para Gagliano e Pamplona Filho, a omissão diz respeito a uma atuação omissiva ou negativa que gera algum dano para outrem, ou seja, no plano do Direito, um “não fazer” pode gerar dano indenizável ao omitente. A ação positiva se traduz pela prática de uma ação ativa positiva, como exemplo um dano causado pelo sujeito que embriagado, colide o seu veículo contra a residência de um vizinho (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2009).

Tartuce então conclui:

Percebe-se que a regra é a ação ou conduta positiva; já para a configuração da omissão é necessário que exista o dever jurídico de praticar determinado ato, bem como a prova de que a conduta não foi praticada. Em reforço, para a omissão é necessária ainda a demonstração de que, caso a conduta fosse praticada, o dano poderia ter sido evitado. [...] (TARTUCE, 2013, p. 345).

Para a configuração da omissão, conforme exposto, é fato que deve existir o dever de praticar o ato jurídico, sendo caracterizado como omissão aquilo que o agente deixa de fazer, ou seja, ele não poderia ter sido omissivo no caso concreto.

Assim exposto, infere-se que existem dois tipos de condutas, a positiva e a negativa; sendo a positiva mais fácil de identificar, por ser a mais caracterizada, ao contrário da conduta negativa, que por ser omissiva se torna mais difícil sua comprovação.

### **1.3.2 A Culpa**

A culpa tem duas concepções: *lato sensu* e *stricto sensu*; a primeira é caracterizada por dolo ou culpa e a segunda depende de uma posição ou situação psicológica do agente para com o fato (GONÇALVES, 2011).

Para Rizzardo, o dolo corresponde a “conduta voluntária de um dever legal, onde o agente atua deliberadamente no equilíbrio e ordem natural das coisas, de tal forma que a infração é pretendida e repercute em maior gravidade nas suas consequências.” (RIZZARDO, 2009).

Tartuce assinala no sentido de que o dolo diz respeito a uma violação intencional de um dever jurídico com o fim de prejudicar outra pessoa. Trata-se da ação ou omissão já citados anteriormente, a qual está vinculada ao art. 186 do Código Civil (TARTUCE, 2013).

Por outro lado, na culpa estrita, conceitua-se como sendo um desrespeito a um dever legal, entretanto, neste caso, não há uma intenção própria de violar esse dever preexistente, o qual acaba sendo violado por outro tipo de conduta. Casos esses da imprudência, negligência e imperícia (TARTUCE, 2013).

Diante do exposto, tem-se a diferenciação entre o dolo e a culpa, sendo o dolo de tipo mais grave que a culpa, definindo-se como uma infração consciente com o propósito de causar dano a outrem. A culpa, em sentido estrito, se refere a vontade do agente, dirigida ao fato causador da lesão. E ele não queria o resultado, mas assumiu o risco de causa-lo, violando um direito. Nesse sentido, a culpa e o dolo partem da conduta voluntária do agente, diferenciando-se por sua intenção pois com o dolo ele age de forma ilícita, esperando o resultado final acontecer. Com a culpa, o ato ilícito também ocorre, mas o agente causador esperava que fosse ocorrer outro final, sem ter a real intenção de produzir tal resultado.



### 1.3.3 O Dano

O dano é causador de prejuízo para uma pessoa, lesando um bem jurídico, ele é essencial para a responsabilidade civil, pois não é possível ter indenização, nem ressarcimento sem a sua existência.

Agostinho Alvim, citado por Gonçalves, traz concepções importantes acerca desta terminologia:

Dano, em sentido amplo, vem a ser a lesão de qualquer bem jurídico, e aí se inclui o dano moral. Mas, em sentido estrito, dano é, para nós, a lesão do patrimônio; e patrimônio é o conjunto das relações jurídicas de uma pessoa, apreciáveis em dinheiro. Aprecia-se o dano tendo em vista a diminuição sofrida no patrimônio. Logo, a matéria do dano prende-se à indenização, de modo que só interessa o estudo do dano indenizável. (ALVIM, p. 171-172 apud GONÇALVES, 2009 P. 365).

Para ter a responsabilização do agente, deve ter o dano, que uma pessoa sofre contra sua vontade, tanto patrimonial, como moral. Nada mais é que um ato ilícito lesando um patrimônio. Portanto, o dano não é somente o fato constitutivo, mas também determinante no dever de indenizar (CAVALIERI FILHO, 2008).

Rizzardo aduz que o dano é o pressuposto central da responsabilidade civil, bem como envolve um comportamento contrário ao jurídico. É caracterizado por uma conduta antijurídica ou um desrespeito à lei. Há também a possibilidade que nenhuma infração seja consumada, e mesmo assim nasça o dever de reparação (RIZZARDO, 2009).

Gagliano e Pamplona Filho julgam o dano como indispensável para que seja configurada a responsabilidade civil, até quando se tratar de responsabilidade contratual, uma vez que nesse caso, a conduta de uma das partes deixa de cumprir com a obrigação estabelecida, gerando um dano e conseqüentemente, a responsabilidade, o dever de indenizar (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2009).

Sérgio Cavalieri Filho salienta acerca da inafastabilidade e importância do dano:

O dano é, sem dúvidas o grande vilão da responsabilidade civil. Não haveria que se falar em indenização, nem em ressarcimento, se não houvesse o dano. Pode haver responsabilidade sem culpa, mas não pode haver responsabilidade sem dano. Na responsabilidade objetiva, qualquer que seja a modalidade do risco que lhe sirva de fundamento – risco profissional,

risco proveito, risco criado etc. -, o dano constitui o seu elemento preponderante. Tanto é assim que, sem dano, não haverá o que reparar, ainda que a conduta tenha sido culposa ou até dolosa. (CAVALHIERI FILHO, 2008, p. 70).

O dano pode ser moral ou patrimonial, Cavalhieri Filho trata o dano moral como algo de dor, vexame e humilhação. É algo que foge da normalidade, que interfere diretamente no psicológico do indivíduo, que causa angústia aflição e desequilíbrio em seu bem estar. Nada mais é do que a agressão à dignidade humana (CAVALHIERI FILHO, 2008).

O dano patrimonial, por sua vez, para Cavalhieri Filho é aquele que atinge os bens do patrimônio da vítima, um conjunto de relações jurídicas de uma pessoa apreciáveis em dinheiro. A violação de bens personalíssimos como a reputação, o nome, a saúde, a imagem e a honra, pode também refletir no patrimônio da vítima, gerando despesas ou perdas de receitas (CAVALHIERI FILHO, 2008).

Já Aguiar Dias, citado por Gagliano e Pamplona Filho, traz no que se refere a coletividade:

Do ponto de vista da ordem social, consideramos infundada qualquer distinção a propósito da repercussão social ou individual do dano. O prejuízo imposto ao particular afeta o equilíbrio social. É, a nosso ver, precisamente nesta preocupação, neste imperativo, que se deve situar o fundamento da responsabilidade civil. Não encontramos razão suficiente para concordar em que à sociedade o ato só atinge em seu aspecto de violação da norma penal, enquanto que a repercussão do patrimônio do indivíduo só a este diz respeito. Não pode ser exata a distinção, se atentarmos em que o indivíduo é parte da sociedade; que ele é cada vez mais considerado em função da coletividade; que em todas as leis estabelecem a igualdade perante a lei, fórmula de mostrar que o equilíbrio é interesse capital da sociedade. (AGUIAR DIAS, 1994, p. 7-8, apud GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2009, p. 38).

Assim, conclui-se que a peça chave da responsabilidade civil é o dano e talvez o pressuposto mais importante para a sua caracterização, que enseja a reparação e conseqüentemente à indenização e ressarcimento do prejuízo causado à vítima, seja por questões econômicas, psicológicas ou harmonização social. Tudo com o propósito de que a justiça social seja efetivada e a convivência social pacífica seja mantida.

### 1.3.4 Nexos de Causalidade

O nexo causal é a ligação entre o fato ilícito e o dano produzido pelo agente, esse pressuposto é imprescindível para a imputação da responsabilidade civil. Sem ele não se verifica o dever de indenizar, uma vez que é o vínculo lógico que relaciona ação e prejuízo.

Nesse sentido, Serpa Lopes, citado por Gagliano e Pamplona Filho, disserta sobre a complexidade deste pressuposto:

Uma das condições essenciais à responsabilidade civil é a presença de um nexo causal entre o fato ilícito e o dano por ele produzido. É uma noção aparentemente fácil e limpa de dificuldade. Mas se trata de mera aparência, porquanto a noção de causa que se reveste de um aspecto profundamente filosófico, além das dificuldades de ordem prática, quando os elementos causais, os fatores de produção de um prejuízo, se multiplicam no tempo e no espaço. (SERPA LOPES, 2001, p. 218 apud GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2009, p. 85).

Deste modo, para que a responsabilidade civil seja configurada, é necessária a existência de um dano, um antijurídico, considerando que não esteja em consonância com o direito, que importe em reparação, sua verificação, além de que atribua ao agente causador sua efetivação. O nexo causal pode ser verificado entre tal fato, determinado dano e um sujeito causador (RIZZARDO, 2009).

Como o nexo causal é um dos pressupostos da responsabilidade civil, pode-se decidir que, se o agente agiu ou não com culpa através de sua conduta veio o resultado. A simples prática de um ato ilícito ou que possa resultar em um evento danoso, não basta, mas sim, que entre eles exista a necessidade de causa e efeito, onde o ato ilícito seja a causa do dano e que o prejuízo sofrido seja resultado desse ato. Sem determinado fato, o prejuízo não tem lugar (VENOSA, 2003).

O limite da causalidade, é um elemento imaginário da responsabilidade civil, é a relação de causa e efeito sobre a conduta do agente e o dano suportado por alguém. A responsabilidade civil, ainda que objetiva, não tem existência em a causalidade, de forma que se ocorrer o dano sem que sua causa esteja relacionada com o comportamento do sujeito causador, não se pode falar em nexo de causalidade e, conseqüentemente em dever de indenizar (TARTUCE, 2013).

Um dever jurídico de agir é imposto ao agente quando adquirida relevância causal, no tocante as condutas omissivas. Quando deixa de realizar conduta a que

estava obrigado e não impedir, significa permitir que a causa se opere. Um exemplo de conduta omissiva é a responsabilidade civil do Estado por morte de detento causada por rebelião, em que é reconhecida à responsabilidade objetiva em razão da omissão de seus agentes no cuidado e vigilância de seus presidiários (GONÇALVES, 2009).

Portanto, para chegar ao dano que foi causado, depende da conduta que foi tomada. É preciso ligar o fato ilícito com o dano causado. Mas, conforme exposto, há inúmeros fatores que devem ser analisados corretamente para que se possa chegar a uma conclusão.

#### 1.4 RESPONSABILIDADE CIVIL SUBJETIVA E OBJETIVA

A presença de elementos básicos é necessária para a caracterização da responsabilidade civil, como o vínculo entre ação e o dano causado, onde a falta de um desses elementos acarreta na impossibilidade de responsabilização. Traz-se a seguir, a diferença entre responsabilidade civil subjetiva e objetiva.

A culpa será ou não elemento para a obrigação de indenizar, segundo o fundamento que se dê à responsabilidade. Por isso, na teoria subjetiva, pressupõe-se a culpa como fundamento, ou seja, não havendo incidência da culpa, não há que se falar em dever de indenizar (GONÇALVES, 2009).

No caso da responsabilidade subjetiva, para que se tenha o dever de indenizar o agente responsável civilmente pelo dano, é imprescindível a comprovação da sua culpa genérica, aquela que inclui o dolo e a culpa em sentido estrito (TARTUCE, 2013).

A regra predominante acerca da responsabilidade civil é a subjetiva. O Código Civil se organiza por razões históricas, pois adotar a responsabilidade objetiva como regra pode gerar abusos, provocando, com isso, o enriquecimento sem causa e também, por entender que o Código Civil traz mais hipóteses de responsabilidade objetiva do que subjetiva, lembrando que é da técnica legislativa positivizar as exceções e não as regras. Assim, o futuro se encaminha para que a culpa e o risco sejam abandonados, onde a principal preocupação é o ressarcimento das vítimas (TARTUCE, 2013).

Na responsabilidade subjetiva, a prova da culpa do agente é algo que não pode faltar para que seja configurado o dano, somente configurando a responsabilidade nos casos em que o agente agiu com dolo ou culpa (GONÇALVES, 2009).

Desta maneira, Anderson Schreiber, citado por Tartuce, traz o que segue:

A culpa continua sendo relevante para a responsabilidade civil. Embora tenha perdido aplicação em uma ampla gama de relações – hoje regida pela responsabilidade objetiva – a noção de culpa, não em sua versão psicológica ou moral, mas em sua roupagem contemporânea, continua desenvolvendo papel importante na etiologia da responsabilidade subjetiva. Mesmo aí, contudo, a função de filtro dos pedidos de indenização que, outrora, se lhe atribuía vem sofrendo continuado desgaste. A demonstração da culpa libertou-se, ao longo dos últimos anos de muitos de seus tormentos originais. As transformações vividas no âmbito da própria responsabilidade subjetiva corroboram tal constatação. A proliferação das presunções de culpa, as alterações no método de aferição da culpa, a ampliação dos deveres de comportamento em virtude da boa-fé objetiva, e outros expedientes semelhantes vem contribuindo, de forma significativa, para a facilitação da prova da culpa, hoje não mais uma *probatio diabólica*. (SCHREIBER, 2007, P. 48 apud TARTUCE, 2013, p. 465/466).

Porém, a lei prevê, em certos casos, a reparação de dano causado independente de culpa. Nessas situações, a responsabilidade é objetiva e independe de culpa, ao passo que a culpa pode ou não existir, porém, será insignificante para que se configure o dever de indenizar. Do outro lado, porém, será indispensável a relação de causalidade entre a conduta humana e o dano causado, uma vez que mesmo nos casos de responsabilidade objetiva, não há possibilidade de acusar quem não tenha dado ensejo ao evento danoso (GONÇALVES, 2009).

Gonçalves disserta sobre a teoria do risco de profissionais que exercem atividades de riscos:

Uma das teorias que procuram justificar a responsabilidade civil objetiva é a teoria do risco. Para esta teoria, toda pessoa que exerce alguma atividade cria um risco de dano para terceiro e deve ser obrigada a repará-lo, ainda que sua conduta seja isenta de culpa. A responsabilidade civil desloca-se da noção de culpa para a ideia de risco, ora encarada como “risco proveito”, que se funda no princípio segundo o qual é reparável o dano causado a outrem em consequência de uma atividade realizada em benefício do responsável [...] ora mais genericamente como “risco criado”, a que se subordina todo aquele que, sem indagação de culpa, expuser alguém a suporta-lo. (GONÇALVES, 2009, p. 48/49).

A responsabilidade subjetiva é empregada como regra, uma vez que a pessoa deve ter reponsabilidade pelas suas condutas culposas, dolosas e até mesmo omissas. Do outro lado, cada caso deve ser analisado com cuidado, pois

dependendo do modo em que foi gerado, o que deverá prevalecer é a responsabilidade objetiva, em especial nos casos previstos na legislação brasileira.

Por fim, a responsabilidade subjetiva depende de o agente provar que houve dolo ou culpa por parte do causador do dano. A responsabilidade objetiva não depende da comprovação de dolo ou culpa do agente causador do dano, basta apenas ter o nexo causal entre a sua conduta e o dano causado a vítima, ou seja, mesmo que o agente causador não tenha agido com dolo ou culpa, deverá indenizar a vítima.

## 1.5 RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL MÉDICA

A responsabilidade civil do profissional médico, em que pese merecesse uma regulamentação específica, ainda carece deste olhar pelo legislador. Deste modo, a sua discussão encontra respaldo na legislação civil e consumerista, e atrela os juristas a todas as demonstrações do nexo de causalidade e pressupostos processuais já abordados neste trabalho.

A função do médico, foi considerada por muito tempo como função de caráter religioso e mágico, pois as pessoas achavam que todas interferências médicas eram apenas um ritual necessário, mas que tudo era resolvido sob o prisma divino. A cultura pátria, até pela carência destes profissionais em toda extensão territorial, revestia a atuação destes profissionais com uma prática de poder capaz de intervir sobre a vida e a morte das pessoas. Mesmo na contemporaneidade a palavra do médico (prescrições e determinações) não são questionadas pela população.

Na legislação percebe-se uma evolução. Hoje médicos e pacientes já são chamados de usuários e prestadores de serviço, a função médica e os pacientes são tratadas por vezes de forma mecanizada, no caso sendo pouco humanizado, o que deixa a relação entre os dois lados com pouca confiança (paciente) e com menos consciência (médico).

A teoria da culpa no agir do médico, é o que embasa a sua responsabilidade civil, sendo que a manifestação se dá através da culpa e do dolo, onde há a intenção consciente do médico, ou o risco que ele assume podendo causar dano ao paciente, o que é vedado pelo Código de Ética Médico:

É vedado ao médico:

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

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

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

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

Art. 4º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal. (BRASIL, 2009).

A atividade profissional designa a soma de ações, atribuições, encargos ou serviços que a pessoa desempenha. Representa o âmbito da atividade desenvolvida tanto pela pessoa ou pela entidade jurídica, tendo assim por finalidade de distinguir as espécies de serviços ou funções (GAGLIANO e PAMPLONA FILHO, 2009).

Gagliano e Pamplona Filho destacam a importância da distinção entre obrigação de meio e de resultado. Na obrigação de meio eles trazem o seguinte:

A obrigação de meio é aquela em que o devedor se obriga a empreender sua atividade, sem garantir, todavia, o resultado esperado.

[...] As obrigações do médico, em geral, assim como as do advogado, são fundamentalmente, de meio, uma vez que esses profissionais, a despeito de deverem atuar segundo as mais adequadas regras técnicas e científicas disponíveis naquele momento, não podem garantir o resultado de sua atuação (a cura dos pacientes, êxito no processo). (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2009, p. 206).

Na obrigação de resultado eles trazem o que segue:

Já na obrigação de resultado, o devedor se obriga não apenas a empreender a sua atividade, mas principalmente, a produzir o resultado esperado pelo credor.

É o que ocorre na obrigação decorrente de um contrato de transporte, em que o devedor se obriga a levar o passageiro, com segurança, até o seu destino. Se não cumprir a obrigação, ressalvadas hipóteses de quebra do nexos causal por eventos fortuitos (um terremoto), será considerado inadimplente, devendo indenizar o outro contratante. (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2009, p. 206).

Tanto na obrigação de meio como a de resultado a atividade deve ser empreendida, mas a finalidade difere, sendo a de meio sem garantir o resultado e na obrigação de resultado, como já diz, o resultado deve ser produzido.

A ciência tem se desenvolvido de forma rápida e eficaz, facilitando a vida dos médicos e também dos pacientes. Mas como já citado, essa forma deixa os lados

mecanizados e faz com que o médico, por vezes, se afaste de seu paciente, não lhe dando o amparo necessário em um momento de dificuldade. Esse desamparo por parte dos profissionais de medicina é que faz o paciente buscar o judiciário para resolver essas questões. A negligência do profissional retrata em reparação ao paciente. É desse modo que o paciente busca um amparo, na maioria das vezes pecuniário, para superar o momento de dor, seja ela moral ou física.

O código civil traz em seu artigo 951 o seguinte:

Art. 951. O disposto nos Arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho. (BRASIL, 2002).

É o chamado erro médico, causado pela teoria da culpa, ferindo seu código de ética, que faz causar um dano ao paciente, fugindo da sua responsabilidade profissional.

A responsabilidade civil do médico sempre foi objeto de controvérsias. A responsabilidade subjetiva é fundada na culpa, a objetiva no risco. No entanto, para que haja a responsabilidade civil do médico oriundo de evento danoso, deve haver conduta imprudente, negligente ou imperita, fazendo que com isso cause danos ao paciente. Quando se tem obrigação de resultado e o mesmo não seja atendido, pode ocorrer responsabilização objetiva do médico.

Outro fato é o dever de informar do médico, tais como necessidade de tratamentos, intervenções, riscos, possíveis efeitos da medicação prescrita, consequências e demais informações do serviço a ser prestado. O dever de informar é pré-requisito a obtenção do consentimento do paciente.

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

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. (BRASIL, 2009).

É de responsabilidade do médico informar ao paciente e documentar a informação sob a forma de termo de consentimento, autorizando a realização de tal ato, demonstrando os riscos a que está se submetendo. Desta forma, o médico



demonstra que cumpriu seu dever de informação, estabelecendo uma relação de confiança com o paciente e agindo dentro das normas da ética médica.

Por fim, o médico por vezes age no sentido estrito ou com dolo. No sentido estrito é o erro em geral, quando ele não quis causar o dano, mas está assumindo o risco. E o dolo é quando ele tem consciência do que está fazendo, assim provocando resultado danoso ao paciente, ou de alguma forma assume o risco de sua ocorrência. Essa conduta é uma afronta aos direitos humanos que se caracterizam com a liberdade e igualdade dos seres humanos, onde cada um tem a liberdade de escolha. Sendo direitos básicos dos cidadãos na defesa de sua igualdade. Como trata Souza:

O conjunto dos Direitos Humanos Fundamentais visa garantir ao ser humano, entre outros, o respeito ao seu direito a: vida, liberdade, igualdade e a dignidade; bem como ao pleno desenvolvimento da sua personalidade. Eles garantem a não ingerência do estado na esfera individual, e consagram a dignidade humana. (SOUZA, 2013 p. 3)

Os direitos fundamentais por vezes são confundidos com direitos humanos, sendo que os direitos humanos tem caráter internacional enquanto que os direitos fundamentais estão previstos na nossa Constituição Federal.

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, [...]. (BRASIL, 1988).

Sendo assim, a igualdade faz com que as pessoas tem seu livre arbítrio para fazer suas escolhas, o que é tratado no referido artigo. Desse modo não existe hierarquia nos direitos fundamentais, uma vez que eles são individuais de cada cidadão.

O Artigo 5º da CF/88 no seu inciso II trata que “[...] ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;” (BRASIL, 1988), sendo assim em momento algum o médico pode obrigar o paciente a fazer alguma intervenção que contém alto risco sem o consentimento do próprio paciente.

A relação médico e paciente não deixa de ser de consumo, pois o médico fornece seus serviços, sendo eles particulares ou públicos, pois nos dois casos o profissional médico recebe a prestação pecuniária perante o serviço realizado.

Nesse sentido o Código de Defesa do Consumidor distingue o fornecedor e o consumidor:

Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista

Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.

Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos.(BRASIL,1990).

Desse modo, a relação de consumo, quando gera dano ao paciente é do seu direito a reparação do mesmo, como já visto no CC/2002 com reforço no Código de Defesa do Consumidor de 1990:

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. (BRASIL, 1990).

Portanto, o CDC/90 se entrelaça com o CC/2002 quanto a reparação dos danos causados em desfavor dos pacientes, sendo eles tanto por dolo ou até mesmo por culpa, pois com ou sem a intenção o dever de reparar deve acontecer, uma vez que o paciente em nenhum momento quis sofrer o dano, partindo do princípio da confiança no profissional médico.

## **2 DO NECESSÁRIO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DA RESPONSABILIZAÇÃO DO PROFISSIONAL QUANDO DA SUA PRÁTICA**

A abordagem das questões relacionadas à violência obstétrica tem por objetivo dar visibilidade à dimensão real do problema enfrentado pelas mulheres em situação de pré-parto e parturientes. Neste período da vida, em que inúmeras mudanças corporais, afetivas e sociais são enfrentadas, a maioria das mulheres espera por um atendimento digno, pautado na segurança, respeito e acompanhamento adequado, para receber seu filho(a) de forma especial, mais próximo possível do que fora idealizado. Infelizmente algumas mulheres nesta condição sofrem com diversas formas de violência por parte da equipe médica e hospitalar, tornando esse momento única situação de vulnerabilidade e trauma.

O presente trabalho, sobre o enfrentamento das adversidades referentes à violência obstétrica, pretende oferecer ao leitor a relação da teoria da responsabilidade civil e da prática da busca de seus direitos, ainda não integralmente protegidos, quando da ocorrência de violência. Também expressa a discussão internacional que vem se construindo sobre a temática e a adoção isolada de medidas no território nacional para regulamentar a questão. O texto produzido zela pelo bem estar das mulheres que passam ou passarão pela experiência da gestação e pelo momento do parto. Dessa forma, no decorrer da escrita, pretende-se relacionar definições importantes que configuram violência obstétrica, trazendo a pauta a questão negligenciada pelo nosso ordenamento jurídico e as formas de configurações possíveis para eventuais circunstâncias que ensejam a busca pela reparação civil.

### **2.1 CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

A terminologia “violência obstétrica” é um assunto considerado novo, tanto para as discussões públicas e sociais, e ainda mais na esfera jurídica. No entanto, a temática ganha cada vez mais espaço nestes meios, pressionando para que ocorra uma regulamentação normativa unificada no território nacional. De início, um passo importante em direção à elucidação do problema é mostrar como muitos atos, até então considerados corriqueiros dentro de hospitais e clínicas, passaram a ser hostis

à saúde feminina. Mesmo sua regulamentação sendo pouco conhecida e ausente, em muitos aspectos no Brasil, sua vivência é comum.

O parto é considerado, para a maioria das parturientes, um momento único, pois se trata de um período de mudanças corporais, de amadurecimento psicológico, normalmente destinado à realização do sonho de ser porto de amparo de alguém: seu filho(a). O momento requer muito respeito e cuidado, para garantir-lhes o acolhimento necessário para qualquer situação de risco ou intercorrência, que possa causar um parto prematuro.

Algumas parturientes, por vezes, tem essa assistência negligenciada por parte da equipe médica: por estarem vulneráveis acabam sendo pressionadas a realização de cesarianas, sem real justificativa, ou ainda, submetidas a intervenções desnecessárias que, em alguns casos, colocam a saúde e a vida da parturiente e do bebê em risco. Essa prática que atenta contra a mulher, muitas vezes não é vista como uma violência em si, pois, em teoria, todos os atos realizados na parturiente partem do princípio de que os profissionais que estão exercendo sua profissão deveriam ser capacitados para tal, porém em alguns casos acabam aproveitando-se dessa condição para exercer pressão psicológica, práticas abusivas e injustificadas, sem mesmo informar ou pedir autorização da paciente.

Em âmbito mundial a temática da violência obstétrica vem ganhando espaço dentro do tema “violência contra a mulher”, tema negligenciado por décadas no Brasil. A violência contra mulher é definida pelo Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”(COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER 1996). A invisibilidade da violência contra a mulher é consequência da cultura machista, que não respeita àqueles elementos e situações que dizem respeito ao gênero feminino, e que acaba repercutindo nas negligências que envolvem a abordagem em relação aos princípios que compõem este gênero.

A violência contra a mulher é muito ampla e abrange diversos meios, a violência obstétrica é uma ramificação da mesma. Cometida por profissionais da saúde em um processo desumano com sua paciente, abusando da sua autoridade médica para cometer atos ilícitos para com a parturiente.

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos. (JUAREZ, 2012 apud ANDRADE, AGGIO, 2014, p. 1).

Analisando que as graduações da área da saúde baseiam-se em encontrar “problemas” e resolvê-los, muitas vezes o foco da equipe acaba sendo este: solucionar um problema. Quando se deparam com uma gestante de baixo risco, acabam procurando ou mesmo provocando determinado problema, muitas vezes inexistente, para poder aplicar seus conhecimentos e resolvê-lo. Assim, dando a falsa impressão de que “salvaram a vida”, sem se dar por conta que, na realidade, colocaram a vida em risco desnecessariamente.

Por vezes, mãe e bebê são tratados como peças de um quebra-cabeça a ser resolvido, de maneira que o profissional julga ser mais conveniente, sem levar em consideração as escolhas e os riscos que essa conduta representa para a parturiente, não se importando com a carga psicológica que a mesma carregará depois de todo esse processo. Essa cultura de procurar problemas está trazendo diversas consequências ruins para a sociedade brasileira, pois a realização de um procedimento desnecessário gera efeitos colaterais que precisam de outra intervenção, que por sua vez traz mais efeitos negativos e se transforma em um círculo vicioso, dando ao médico a sensação de estar no controle da situação, desprezando e violando direitos básicos da mulher.

A mulher e seu corpo têm sido vistos como máquina, onde o engenheiro é o profissional médico que detém todo o saber sobre ela, negligenciando informações, emoções, sentimentos, percepções e direitos da mesma no gestar e parir, sendo impedidas de ter a presença de acompanhante, de decidir a posição que querem ter seus bebês e de expressar suas emoções e sentimentos, contrariando a Política Nacional de Humanização e mudando o foco da mulher para o procedimento, deixando-as mais vulneráveis à violência, silenciada pelos profissionais e pela própria parturiente. Porém, a amarga vivência e o trauma acompanham a mulher porta a fora da instituição. (ANDRADE, AGGIO, 2014 p. 3).

O combate a violência obstétrica tem como base os direitos humanos, para proteger a mulher perante tratamento desumano que pode vir a receber em instituições de saúde. Para a segurança das garantias sexuais e reprodutivas e dos direitos da parturiente, deve ser praticado uma obstetrícia mais humana e menos mecanizada, tendo transparência na relação entre médico e paciente, para que

ocorra da melhor forma para todos, enfatizando sempre o bem-estar do binômio mãe-bebê.

## 2.2 HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Para ter uma melhor compreensão sobre a prática violenta, é importante observar como, ao longo do tempo, o parto se tornou um evento médico. O mesmo sofreu uma profunda mudança desde meados do século XIX. É o que destaca Nari, quando aponta que, com a apropriação da defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades pelo campo da obstetrícia, o parto deixa de ser visto como um evento íntimo e familiar, para ser um evento público e com a intervenção de outras pessoas (NARI, apud BELLI, 2013)

Há anos atrás o parto acontecia na residência da mulher e era assistido por parteiras tradicionais, que mesmo não dominando conhecimento científico, detinham de boas práticas para atender a parturiente. Em regiões isoladas do país, ainda é comum a atuação de parteiras, devido ao difícil acesso a hospitais e centros obstétricos. Com os anos e a hospitalização dos partos, mesmo em casos de baixo risco, fez com que esse evento íntimo se tornasse um ato médico, o que trouxe por consequência a rotina de intervenções, mesmo quando não se faziam necessárias. Porém, essa hospitalização não trouxe somente consequências negativas, pois com a parturiente já em ambiente hospitalar, as chances de resolver emergências intra-parto são maiores, reduzindo assim os índices de mortalidade materna da época, salvando muitas mulheres de complicações no parto.

O problema das intervenções é quando estas não são necessárias, e sendo feitas rotineiramente, acabam colocando a vida da parturiente em risco. Pesquisas comprovam que apenas uma baixa porcentagem de partos tem intercorrências que precisam de intervenção (MUNIZ, 2012).

Com essas mudanças, a mulher acaba por ter seu papel transformado em coadjuvante, sendo que ela deveria ser a protagonista do seu parto, deixando, em função dos novos processos tecnológicos sofridos pela medicina, por ocupar um lugar de subordinação em relação aos profissionais da saúde encarregados em dirigir esse momento (BRENES, apud MUNIZ, 2012). Então a mulher passou a ser submetida a normas institucionais e práticas de intervenção, sem que fossem

repassadas a ela informações adequadas acerca dos procedimentos adotados e sem obter o seu consentimento.

Pensa-se que as práticas intervencionistas têm uma suposta segurança e, por isso, muitos médicos, julgam inoportuna a prática de informar a mulher e obter sua permissão. Ocorre que as intervenções desnecessárias são causa da maior parte de infecções e complicações que exigem nova intervenção médica e, até, de morte materna, como demonstram estudos. (MOURA, 2007).

Nari sustenta que a classe médica surge como detentora única de um novo saber resultando na deslegitimação e rechaço sistemático a todos os saberes que não possam ser acomodados dentro dos paradigmas vigentes (NARI, apud BELLI, 2013). Esse saber médico que por muitos é visto de forma incontestável sobre qualquer outro conhecimento científico e a consequente intervenção no corpo feminino, devem ser postos na balança, aos mais recentes resultados obtidos de estudos científicos na área, às políticas de saúde e às práticas de atenção médica, razão pela qual tal mecanismo se torna essencial para enfrentamento dessas práticas rotineiras desnecessárias (MUNIZ, 2012).

O que médico fala, tem muito mais poder do que a fala da mulher no atendimento ao parto, ou seja, as vontades e opiniões delas não são, na maior parte das ocorrências, reconhecidos para o discurso dominante, resultando assim em um distanciamento entre os dois principais envolvidos no atendimento (MUNIZ, 2012).

Faúndes realizou um estudo onde pesou a opinião de médicos e pacientes sobre a preferência da via de parto. Então, como resultado, notou-se que os médicos dizem como sendo a vontade das parturientes e o que as mesmas manifestam como via preferencial de parto, a cesárea. Já as mulheres tiveram opinião distinta, em sua maioria, relataram preferência pelo parto vaginal (FAÚNDES, apud MUNIZ, 2012).

Atualmente, são os profissionais da saúde que decidem o que deve ou não ser feito no momento do parto, mesmo sem consultar a vontade, a escolha das mulheres, e muitas vezes sem informar a parturiente sobre os procedimentos realizados, ignorando a presença da mesma. Com isso contraria-se as disposições da bioética, que são defendidas por instrumentos normativos internacionais, como a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, segundo a que deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões que na ocasião possam ser responsáveis por essas decisões e elas respeitem a autonomia dos demais.

Essa Declaração Universal trata ainda, que qualquer intervenção médica com o intuito de ser preventiva e terapêutica, somente deve ser feita com o consentimento prévio e livre do indivíduo envolvido, sendo essa informação adequada.

A violência obstétrica, ainda, se dá quando se impede que a parturiente, assistida pelo médico, possa opinar, decidir e ser informada sobre os procedimentos que serão tomados sobre seu próprio corpo, sabendo os riscos e os benefícios dos mesmos; quando, desnecessariamente, se impede ou se retarda o contato da mãe com o bebê logo após o nascimento, até mesmo quando se impede ou se dificulta o aleitamento materno logo na primeira hora de vida ou, ainda, quando, por conveniência do hospital, impede-se a internação em conjunto da mãe e de seu bebê, levando o mesmo para o berçário, sem ter a plena necessidade médica.

### 2.3 IDENTIFICANDO A VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Nesse contexto em que se encontra a violência no atendimento à parturiente ou no parto em si, é de suma importância que o assunto seja debatido, chegando ao conhecimento das mulheres que têm seus direitos violados, fazendo com que elas tenham condições de identificar a ocorrência da violência obstétrica, para que possam impedir e também denunciar, com isso tem-se a possibilidade de evitar que a mesma prática ocorra com outras parturientes usuárias do sistema hospitalar.

Como tratam Diniz e Chacham sobre o reconhecimento das práticas da violência obstétrica: “Reconhecendo e caracterizando a violência obstétrica. É chegado o momento de reconhecer as práticas dolorosas, perniciosas e não-científicas adotadas nas maternidades como problemas de saúde pública e direitos humanos”. (DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 84).

No ano de 2010, surgiu uma parceria entre a Fundação Perseu Abramo e SESC, que resultou na realização de uma pesquisa sobre mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. A pesquisa revelou que 25% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido algum tipo de violência durante a gestação, sendo em consultas pré-natais e/ou no parto, do total de 25%, somente 2% informaram que não ouviram frases como “*não chora não que ano que vem você está aqui de novo*”; “*na hora de fazer não chorou, porque está chorando agora?*”; “*se gritar eu paro agora o que estou fazendo, não vou te atender*”. (VENTURI; GODINHO, 2010, p. 173-177).



Afora essa pesquisa, diversos outros meios sociais trazem apontamentos de violência sofrida pelas parturientes durante o parto. Algumas referências são da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, a Rede Parto do Princípio, que até mesmo apresentou um dossiê “Parirás com Dor” na CPMI de violência contra as mulheres. Existe também a ONG Artemis, cujo objetivo é combater a violência contra a mulher, incluindo também a violência obstétrica. A Artemis foi recentemente reconhecida, internacionalmente, como a organização que mais tem agido em defesa dos direitos das mulheres (SOUSA, 2015).

Esses tipos de violência cometida contra as parturientes durante sua gestação, até chegar ao parto, e até mesmo após o parto, deu-se o nome de violência obstétrica. Conforme a *Leyorgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, que será analisada posteriormente, que foi promulgada na Venezuela, em 2007.

A Rede Parto do Princípio, apresentando seu dossiê, tem como finalidade esclarecer e delinear o tema, definindo os atos caracterizadores da violência obstétrica: “[...] são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis”. (PARTO DO PRÍNCÍPIO, 2012 p. 60).

Sendo assim, todos os procedimentos que atentam contra os direitos da mulher, não interessando o grau e o caráter em que se enquadram, são caracterizados como violência obstétrica. Trata-se, nos próximos tópicos, de alguns procedimentos tomados que caracterizam esse tipo de violência.

### **2.3.1 Procedimentos de Caráter Físico**

Procedimento de caráter físico são os atos praticados diretamente sobre o corpo da parturiente sem possuir nenhuma recomendação baseada em evidências científicas atuais, ou seja, sem que tenha elementos suficientes para ter seu amparo legal, sem comprovação da devida necessidade, com isso causando-lhe dor e danos físicos, sendo eles de grau leve a intenso. Dentre esses, os procedimentos mais comuns são: privação de alimentos, fazer o uso de fórceps, interditar a parturiente de se movimentar, tricotomia (raspagem de pelos), uso rotineiro de

ocitocinasintética, não utilização de analgesia quando esta for tecnicamente indicada, manobra de Kristeller e cesárea eletiva sem real indicação clínica (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

Dos procedimentos indicados, a Manobra de Kristeller pode ser considerado um dos procedimentos com grau mais intenso, pois é mais ofensivo e danoso ao corpo da mulher. Trata-se de uma manobra em que o médico ou enfermeiro apoia-se sobre a mulher e com seus braços e cotovelos pressiona sua barriga para acelerar a saída do bebê. Segundo Reis:

A manobra de kristeller é reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma que se seguirá indefinidamente (REIS, apud PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 105)

Mesmo com a evidente contraindicação, a pesquisa de título “Nascer no Brasil”, feita pela Fiocruz, constatou que em aproximadamente 36% dos partos vaginais analisados, foi praticada a Manobra de Kristeller (SOUSA, 2015, p. 19), assim demonstrando um grande desacordo entre as recomendações voltadas à proteção à saúde da parturiente e as técnicas adotadas. Foi publicado um estudo pela Agência Nacional de Saúde, com o nome “Medidas de estímulo ao parto normal na saúde suplementar”, tratando que o parto é uma questão de saúde, e para cada caso o método utilizado deve ser o mais seguro para a parturiente e seu bebê.

O Brasil lidera o ranking mundial de cesárias, estando muito acima do índice recomendado pela OMS, onde se estabelece que apenas 15% dos partos ocorram por cesáreas (BRASIL, 2001). A análise quantitativamente da pesquisa “Nascer no Brasil” registrou a alta taxa de cesarianas no Brasil, onde 55% dos partos realizados no país são cesarianas. Na saúde suplementar a porcentagem sobe para 84,60% e na rede pública é de 40%. De acordo com a Agência Nacional de Saúde a probabilidade de o bebê ter síndrome de angústia respiratória e o risco de mortalidade materna é 120 vezes maior no nascimento por meio cirúrgico. As complicações se estendem também para a mulher, pois a cesariana implica no aumento da perda de maior volume de sangue, infecções puerperais e acidentes anestésicos (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2014).

A Carta de Campinas, documento que deu origem ao Rehuna (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento), em 1993, esclarece que:

[...] no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres intrometem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor. (DINIZ, 2005, p. 631)

Conforme o dossiê Parirás com Dor, das cesarianas realizadas, a grande maioria delas não tem justificativa baseada em evidências científicas, são as chamadas cesáreas eletivas, ou seja, não tem nenhuma indicação que traga real benefício à mãe ou ao bebê. Em decorrência disso;

[...] existe uma alta proporção de cesáreas eletivas sendo realizadas antes das 39 semanas. E que pode ser atribuída a uma série de fatores, incluindo o desejo da mulher em retirar o bebê assim que atingisse o tempo de ser considerado “a termo” e o desejo do obstetra em agendar a cirurgia à sua própria conveniência. Esses nascimentos foram associados a um aumento evitáveis de mortalidade neonatal e internação em UTIn, que demanda um alto custo financeiro”. (TITA et al, 2009, apud PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 112).

As cesáreas ocorrem muitas vezes por conveniência médica, pois muitas obstetras preferem agendar uma cesárea a esperar o trabalho de parto acontecer espontaneamente, já que a cirurgia cesariana demanda menos tempo do que todo o processo do trabalho de parto, podendo ser surpreendido em datas comemorativas, folgas e feriados. Por vezes é mais fácil o agendamento antes de um final de semana ou data importante para o profissional, justamente para que o mesmo não “perca” esse período de descanso, ou para não deixar muitas parturientes para o próximo plantão. Com esse fato, conhecido também como “limpeza ou esvaziamento da área”, indica um aumento elevado de cesárias no país.

Esvaziar a enfermaria é também um recurso usado pelos profissionais de saúde para gerenciar sua carga de trabalho e encontrar tempo para dormir antes do próximo turno. Deixar a enfermaria cheia para o próximo turno é considerado incorreto, então os médicos entendem ser sua obrigação “limpar” a enfermaria usando indução ou cesáreas. (DINIZ, 2006, p. 83)

Assim, na hora que a escolha pela cesárea é feita somente pelo obstetra, por sua conveniência, a integridade física da parturiente e o seu direito em cuidar do seu próprio corpo são revogados quanto à vontade do profissional. Por mais surpreendente que essa realidade pareça ser, é comum e acontece muito. É uma

total inversão de valores, onde o profissional que estudou para tal especialidade, deveria zelar e contribuir para o bem da paciente, coloca suas vontades acima disso.

Esse índice elevado de cesáreas no Brasil pode ser justificado em razão da falta de informação das parturientes e demais mulheres, sobre o que pode acontecer em uma cesariana. “As mulheres estão extremamente vulneráveis às indicações de cesáreas questionáveis, submetendo-se a uma cirurgia de grande porte, com riscos e complicações para a mãe e bebê”. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 119).

Em suma, o médico obstetra deve estimular a parturiente para ser livre perante sua escolha na hora do parto, fornecendo informações corretas para ela, sobre quais são as alternativas disponíveis por ele e pela instituição. O médico deve cuidar quanto a sua influência, justamente para evitar que a parturiente escolha o que atende os anseios e interesses do médico. A influência no processo de decisão e no direito de escolha no processo de parto, ainda que por indução, pode ser entendido como postura contrária à ética profissional (BARCELLOS et al, 2009, apud PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 122).

Essa falta de informação faz com que as mulheres optem pelo parto cirúrgico por achar que é a forma mais benéfica para ela e o bebê, sem mesmo ter conhecimento de outra via de parto, pois por vezes alguns médicos discretamente influenciam na decisão da gestante, manipulando essa decisão, em conveniência com a sua vontade. A rede Parto do Princípio apresenta alguns depoimentos que permitem essa conclusão:

Sentindo dores desde às 6 da manhã, meu médico me diz às 15h da tarde de sábado, que o ‘termometro para parto normal’ dele estava quebrado e por parto normal o bebê não nasceria antes da meia noite. Quando entrei na sala de cirurgia, uma enfermeira fez o toque e viu que tinha 9cm de dilatação. Se esperassem uma ou duas horas, eu teria condição de ter o parto normal como planejei nos 9 meses anteriores. Porém, a equipe já estava toda montada para a cirurgia e foi feita uma cesárea sem me dar outra opção.

Fiz uma ultrassonografia quando estava de 20 semanas e minha bebê ainda estava sentada. Por isso, minha médica pediu para marcar a cesárea para quando a gestação completasse 37 semanas. Ninguém me examinou antes de abrirem minha barriga. Durante a cirurgia ouvi ela dizer que a bebê tinha virado e poderia ter sido um lindo parto normal.

Meu obstetra, que era meu médico há 9 anos, me disse que meu bebê não nasceria de parto normal porque meu colo de útero estava ainda grosso e ela não estava encaixada com 39 semanas de gestação. Marcou a cesárea para dali a alguns dias. Procurei outro profissional e tive meu parto normal com 41 semanas.

Meu médico disse que eu poderia sofrer mais no parto normal. Como eu tinha medo de ficar sentindo dor, ele conseguiu me convencer a fazer a cesárea. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 120).

Alguns obstetras brasileiros, na opinião de Simone Grilo Diniz e Ana Cristina Duarte (2004, p. 66-67), são intervencionistas, comparados com a de países com baixas taxas de mortalidade materna e neonatal. Existem obstetras que não conhecem também não utilizam as evidências científicas e as recomendações da OMS no atendimento ao parto, preferindo a previsibilidade ritualística típica do ato cirúrgico, à imprevisibilidade do parto normal orientado pelos processos fisiológicos do corpo feminino.

### 2.3.2 Procedimentos de Caráter Psicológico

O fenômeno de caráter psicológico acontece quando o médico obstetra acaba por deixar a mulher parturiente em um sentimento de inferioridade, causando-lhe insegurança quanto a qual método de parto ela vai escolher. Esse tipo de pressão psicológica atinge também os familiares da parturiente, que por vezes, acabam convencendo ela sobre o método a ser tomado, mesmo contra a sua vontade. Parto do Princípio, traz o que o procedimento de caráter psicológico é:

Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

Esses procedimentos de caráter psicológico por vezes acontecem pela falta de informação, abandono da parturiente pelo médico e sua equipe durante o trabalho de parto, desprezo e também humilhação, assim como restrição da assistência ao parto.

Destaca-se o fato de que muitos dos procedimentos feitos durante o parto não são diretamente informados ou esclarecidos de qual a sua necessidade. O dossiê, Pariras com Dor, traz variados relatos de mulheres que apontam inconformismo em submeter-se a procedimentos sem sequer serem informadas e tranquilizadas quanto a realização dos mesmos:

Durante um exame de toque, eu pedi para parar pois estava sentindo muita dor. O médico disse: 'na hora de fazer tava gostoso, né?'. Nessa hora me senti abusada.

Depois que ela nasceu que eu soube que me cortaram. Eu não queria ter uma seqüela sexual do parto. Já se passaram 3 anos e ainda sinto dor para ter relação. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 101-102)

#### Referente a relatos de abandono e desprezo:

Eu estava lá em cima daquela mesa de parto com as pernas para cima com o médico ali me mandando fazer força. A bebê não nascia. Daí o médico disse para eu continuar fazendo força e saiu da sala. Eu sabia que o meu bumbum estava no final da mesa, e que minha filha poderia cair no chão, pois não tinha ninguém na sala para 'pegar'. Aí eu travei todo o meu corpo durante as contrações. Eu não sabia mais o que fazer (p. 133).

Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga! (p. 135).

Quando eu estava me arrumando para ir embora da maternidade, uma mulher da equipe de enfermagem me disse: 'Tchau! Até o ano que vem!'. Estranhei, e perguntei o porquê. Eu deveria voltar para maternidade no ano seguinte para realizar alguma outra avaliação? E ela continuou: 'Você volta sim, vocês são tudo assim, ano que vem você vai ter outro.' Meio sem entender, me despedi e só quando cheguei em casa entendi a ofensa (p. 136).

Na manhã seguinte do parto o médico passou na porta da enfermaria e gritou: 'Todo mundo tira a calcinha e deita na cama! Quem não estiver pronta quando eu passar vai ficar sem prescrição!'. A mãe da cama do lado me disse que já tinha sido examinada por ele e que ele era um grosso, que fazia toque em todo mundo e como era dolorido. Fiquei com medo e me escondi no banheiro. E fiquei sem prescrição de remédio pra dor (p. 137).

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. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 133 a 138).

Esses relatos mostram a pressão psicológica que alguns obstetras fazem com as mulheres, cometem procedimentos errôneos e antiéticos, tudo para manter sua postura de superioridade, uma falsa impressão que pode ocasionar até mesmo a morte de uma parturiente e/ou do seu bebê.

### 2.3.3 Procedimentos de Caráter Sexual

Invadir o espaço sexual da mulher é uma agressão, um assédio, e por vezes médicos utilizam-se de seu poder profissional para cometer esses abusos.

Toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. São exemplos a episiotomia, assédio, exames de toque invasivos constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

Desses procedimentos que são de agressão à sexualidade da mulher, destaca-se a episiotomia. Trata-se de um procedimento cirúrgico que “[...]consiste num corte da musculatura perineal da vagina até o ânus ou em direção à perna, com o intuito de aumentar a área de acesso do obstetra ao canal vaginal de parto”. (SOUSA, 2015, p. 15).

Como fala a cartilha do Parto do Princípio sobre a episiotomia:

Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 80).

A Organização Mundial da Saúde, orienta que a episiotomia deve ter uma restrição de 10% dos partos, “[...] sendo indicada nos casos em que há extrema necessidade de retirada imediata do bebê do canal de parto – como é o caso do prolapso de cordão umbilical (quando o cordão sai antes do bebê, podendo ser ‘apertado’ e impedir o fluxo de oxigênio para o bebê ainda no ventre)” (SOUSA, 2015, p. 15-16), nesse caso deve ser utilizado quando se constata sofrimento fetal.

Uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz teve como mostra que no ano de 2011 no Brasil, teve um índice de 53% da realização de episiotomia nos partos, mesmo que a OMS tem como limite apenas 10% dos partos para o uso desse tipo de procedimento. Nesse sentido o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG, atestou a desnecessidade da episiotomia ao revelar uma taxa de 5,8% em 2013 e de 4,5% no primeiro trimestre de 2014. Com a mesma iniciativa, a obstetra Melania Amorim e sua equipe conseguiram chegar à taxa de 0% de

episiotomia ao desenvolver um projeto no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISEA, em Campina Grande-PB (SOUSA, 2015, p. 25-26).

Como mostra o dossiê, Parirás com dor, do Parto do Princípio, se o processo do parto for do modo natural e ocorrer em concordância com o ritmo que é de um parto natural, na grande maioria a mulher terá o períneo íntegro, sem qualquer tipo de lesão. “Estudos mostram que mulheres que não sofreram episiotomia tiveram menos trauma no períneo, precisaram levar menos pontos, com uma melhora mais rápida do tecido”. (MATTAR, 2007; LARSSON, 1991; ANDREWS, 2008, apud PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 82). Alguns obstetras afirmam que a não realização da episiotomia pode acarretar lacerações graves, mas isso não tem uma base científica comprovada.

Outra alegação para realização da episiotomia consiste na prevenção de incontinência urinária e fecal, fato não comprovado cientificamente. Não há, até o momento, estudos de longo prazo que verifiquem a ocorrência de incontinência em idades mais avançadas da mulher, relacionando-a à realização ou não da episiotomia. Porém, estudos que compreendem horizontes mais curtos apontam que a episiotomia tem justamente o efeito contrário, de provocar ou agravar incontinência urinária, fecal e de flatos. (AMORIM; KATZ, 2008; ROBINSON, 2012; VISWANATHAN, M. et al., 2005, apud PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 82).

Muitas vezes na hora do fechamento da episiotomia é feito o chamado “ponto do marido”, para deixar a vagina mais apertada com o objetivo de dar mais prazer ao parceiro, dessa maneira causando dor para a mulher durante a relação sexual. Outros tipos de complicações são: “dor, infecção, deiscência, maior volume de sangramento, dor nas relações sexuais, maior risco de laceração perineal em partos subsequentes, resultados anatômicos e estéticos insatisfatórios, prolongamento da incisão e hematoma”. (ALPERIN et al., apud PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 82).

Sobre a recuperação da episiotomia e o que pode afetar depois de cicatrizada, Simone Grilo Diniz e Ana Cristina Duarte trazem:

A recuperação da episiotomia pode ser bastante desconfortável, os pontos podem inflamar e infeccionar. A cicatriz muscular pode afetar posteriormente o prazer sexual e provocar dor durante a penetração. Em alguns casos, é necessária uma segunda cirurgia para se corrigirem as sequelas de uma episiotomia mal costurada ou mal cicatrizada. (DINIZ; DUARTE, 2004, p. 96).



O procedimento de episiotomia é um dos mais temidos pela mulher que está prestes a realizar seu parto, isso porque na maioria das vezes esse procedimento é realizado pela equipe de saúde sem prestar qualquer esclarecimento à paciente e principalmente sem o seu consentimento. Em alguns casos a mulher pede para que a episiotomia não seja realizada, mas o pedido por vezes é ignorado e os profissionais fazem o corte contra a sua vontade, praticando grave tipo de violência obstétrica.

A rede Parto do Princípio traz alguns depoimentos de algumas vítimas de como elas se sentiram durante e após a realização desse procedimento:

Quando eu ouvi ele pedindo o bisturi, meu Deus, quase morri! Eu pedi para que não fizesse a episio, mas ele me respondeu: 'O seguro morreu de velho. Quem manda aqui sou eu.' (DANIELLE MOURA)

Senti muita dor com uma manobra de 'massagem perineal' que foi feita durante o parto e pedi para a médica tirar a mão dali. Ela respondeu 'Quem manda aqui sou eu'. Logo em seguida, foi feita uma episiotomia sem aviso. Até hoje tenho sonhos e flashes dos momentos que passei na sala de parto, chorei muito, e até hoje, choro porque dói dentro de mim, dói na alma. (ELIS ALMEIDA)

Minha cicatriz ficou maior ainda na minha alma. Me senti violentada, me senti punida, me senti menos feminina, como se por ser mãe, precisasse ser marcada nessa vida de gado. [...] Chorei muito, sentia dor, vergonha da minha perereca com cicatriz, vergonha de estar ligando para isso, sentia medo, medo de não conseguir mais transar. Tenho pavor de cortes, tinha medo de que o corte abrisse quando fosse transar. Demorei uns cinco meses para voltar a transar mais ou menos relaxada, sentia dores, chorava quando começava, parava. Me sentia roubada, me tinham roubado minha sexualidade, minha autoestima, me sentia castrada. (JACQUELINE FIUZA)

Além da episiotomia gigantesca tive laceração de 3º grau. Infeccionou, tomei antibiótico, passei 12 dias deitada porque não conseguia ficar em pé de tanta dor, um mês sem conseguir me sentar, usei o travesseirinho da humilhação por 3 meses, sexo também deve ter sido uns 5 meses depois do parto. Doeu pra caramba. Doeu e ardeu. Demorou para melhorar. Passei anos sem coragem de olhar o estrago. A cicatriz até hoje as vezes inflama e dói ou incomoda. Depois de 3 ou 4 anos criei coragem e olhei com um espelhinho, está horrível, a cicatriz vai altinha e fofinha até quase ao lado do ânus. (ISABELLA RUSCONI). (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 83-84).

Diniz e Chacham falam da forma de aceitação da mulher sobre o procedimento de episiotomia:

As mulheres aceitam a episiotomia de rotina no Brasil porque a maioria acredita que ela seja necessária, do ponto de vista médico, para proteger sua saúde e a do bebê. Como a episiotomia é uma decisão do médico, as mulheres presumem que este está fazendo a coisa mais correta. Se a mulher acreditar que terá problemas sexuais e uma vagina flácida depois do

parto normal, e que a episiotomia é solução para isto, ela concorda. (DINIZ, CHACHAM, 2006, p. 86).

Bases científicas mostram que a episiotomia piora o estado genital. Se não bastasse, ainda existe divergências entre médicos obstetras sobre a anestesia durante o procedimento de episiotomia e a sutura, causando traumas psicológicos e físicos na mulher. Sendo esse tipo de violência inaceitável, afinal, qualquer corte e sutura sem anestesia causa dor.

Assim, após o que já foi esclarecido, pode-se ver que o processo do parto acaba por ser uma produção insensível e covarde contra a mulher, uma vez que, contraria sua vontade, sendo que ela está no seu direito e merece o mínimo de respeito.

Dessa forma, não se podem desconsiderar os fatos danosos com os procedimentos apresentados, pois o dano físico, por menor que for, pode acarretar danos sexuais e principalmente psicológicos para as mulheres, sem contar o fato de esses atos serem cometidos em um dos momentos mais sublimes na vida da mulher, que tem o sonho de se tornar mãe.

As tecnologias criadas para facilitar e contribuir com os avanços técnico-científicos, para auxiliar as mulheres nesse momento, nem sempre são usadas de acordo com o direito que a mulher tem, como mostra o Ministério da Saúde:

Não se pode negar as contribuições que os avanços técnico-científicos trouxeram à humanidade e à mulher em especial. Esses avanços abriram, teoricamente, espaços para que a mulher se tornasse dona de seu corpo e de seu destino. Os métodos contraceptivos provocaram mudanças qualitativas na vida da mulher a partir dos anos 60, favorecendo a vivência da sexualidade sem o ônus da gravidez indesejada. Porém, a mesma sociedade que criou tais instrumentos não reconhece ideologicamente o direito da mulher à sexualidade plena, torna-a a exclusiva responsável pela reprodução humana e não lhe dá acesso a informações sobre direitos reprodutivos. (BRASIL, 2001, p. 16).

Dessa forma, com esse avanço da tecnologia os procedimentos deveriam ser mais benéficos para as mulheres. Aliados a isso, se vê a necessidade de leis mais severas quanto a punição desses tipos de violência, como demonstra-se no próximo tópico, sobre as previsões normativas no Brasil e na América Latina.

## 2.4 PREVISÕES NORMATIVAS INTERNACIONAIS E NO BRASIL

As medidas para redução e erradicação da violência obstétrica no Brasil, ainda estão em desenvolvimento, ao contrário de alguns países na América Latina e pelo mundo. O Brasil, de forma lenta, vai se adequando conforme as políticas de saúde, mas muito aquém dos outros países da América Latina que vem trabalhando com veemência nas normas jurídicas para o combate da violência obstétrica.

### 2.4.1 Histórico da Construção Normativa Internacional

A Argentina foi um dos pioneiros a tratar do assunto na América Latina, criando em 2004 a chamada *Ley do Parto Humanizado* ou a *Ley 25.929*. Mas ainda sem oferecer uma definição para a violência, mesmo tratando dela. A lei 25.929 da Argentina, foi de suma importância para garantir diversos direitos às parturientes, no decorrer de sua gravidez, até o nascituro efetivamente nascer (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2014).

Alguns direitos assegurados da Lei 25.929 da Argentina são: a) da parturiente estar acompanhada por uma pessoa de confiança de sua escolha para estar presente durante o processo do parto e após o nascimento; b) direito a ser informada das intervenções médicas que possam ocorrer durante a gestação ou no momento do parto, de forma que possa optar livremente dentre as diferentes alternativas; c) ser tratada com respeito, sem padronização, sem intervenções de rotina, mas apenas e estritamente quando necessárias; d) ter o seu filho a seu lado durante a estada no hospital com exceção, apenas, dos casos em que o recém-nascido requeira cuidados especiais que impossibilite tal prática (ARGENTINA, 2004).

No ano de 2009 foi sancionada e promulgada na Argentina a *Ley 26.485*, que é conhecida como uma lei para prevenir e proteger as mulheres, trazendo com isso a definição da violência obstétrica na Argentina. Tal definição comporta todos os profissionais que, de alguma forma, participam ou tiveram contato com a parturiente no serviço de saúde, até os que atuaram no processo do parto. Também aponta, que a violência obstétrica se dá quando há violência física ou psíquica (ARGENTINA, 2009).

A finalidade da lei 26.485 da Argentina é de informar a população sobre as práticas violentas que são feitas contra as parturientes, mas também com o intuito de aumentar os direitos das mulheres. A lei dispõe também, que não haverá criação de novos tipos penais, e nem será modificado os tipos vigentes nos casos de conduta, atos ou omissões (ARGENTINA, 2009).

A Venezuela, outro país da América Latina, em 2007 sancionou, já com uma definição sobre violência obstétrica e também tipificada como delito a *Leyorgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* (VENEZUELA, 2007).

De acordo com a lei da Venezuela é expressamente tratada como violência obstétrica o que realmente acontece no decorrer dos anos pelo mundo, pois a lei assegura o direito da parturiente quando ela precisar de atendimento adequado nas instituições de saúde. Também dá a mulher o direito de escolha da via de parto, sem ser obrigada a aceitar imposições injustificáveis dadas pelas equipes hospitalares. Outro fato a ser frisado é que logo após o parto a mãe não pode ser impedida de ficar com seu bebê e amamentar, o impedimento somente pode ocorrer em causas necessárias e justificadas. A parturiente, ainda, tem o direito de ter o parto natural, sem sofrer intervenções, quando a gestação for de baixo risco e se necessário o uso de algumas técnicas de aceleração ou outro tipo de intervenção a parturiente deve ser informada e deve consentir com o ato (VENEZUELA, 2007).

Quando ocorre qualquer violência descrita no parágrafo anterior, importa no pagamento de título de indenização às parturientes que foram vítimas da violência obstétrica, ou em caso de morte decorrida do delito sofrido, deve ser paga aos seus herdeiros. Ainda tem a obrigação de custear todo tratamento psicológico e médico, quando de necessidade da vítima. Destaca-se que na Venezuela houve a criminalização da violência obstétrica, o que garante maior respaldo à vítima desta prática (VENEZUELA, 2007).

Segundo a lei venezuelana, a sentença condenatória poderá, aplicar pena acessória de suspensão temporária do cargo ou do exercício profissional da profissão quando o delito tiver sido cometido no exercício de suas funções ou por ocasião dessas. Aqueles que forem considerados culpados deverão participar, obrigatoriamente, de programas de orientação, atenção e prevenção dirigidos a modificar suas condutas violentas e a evitar a reincidência, na modalidade e duração que forem previstos na sentença condenatória (VENEZUELA, 2007).

Pelo mundo, são várias parturientes que vem sofrendo violência obstétrica, sendo algumas etnias e grupos sociais mais prejudicados que outros, mas em nenhum momento uma parturiente está livre de sofrer este tipo de abuso.

Nesse sentido, a OMS fez uma declaração em 2014 sobre a violência obstétrica sofrida por milhares de mulheres “[...] No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde [...]”. Onde com isso faz com que as mulheres por vezes deixam de procurar auxílio médico por medo do tratamento que podem receber, podendo trazer graves consequências para sua saúde e do seu filho, onde diz o seguinte:

[...]Embora o desrespeito e os maus tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto. Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança [...] (OMS, 2014, S.P).

Traz também, que as parturientes acabam sofrendo diversos tipos de violência, como abusos verbais, procedimentos médicos sem consentimento da mulher, humilhação, violação da privacidade e todo o cuidado necessário no parto e pós-parto. Deixando de lado os direitos que a parturiente tem e merece, violando assim os direitos humanos fundamentais.

[...] Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva [...] (OMS, 2014, S.P).

A OMS mostra que os países pelo mundo ainda não tomaram uma iniciativa para coibir a violência obstétrica, alguns países tem leis especificas, outros apenas tratam como informação e alguns nem consideram o tema. Com isso, a OMS adota o discurso de que essa violência tem que acabar, e passa algumas medidas a serem tomadas, quais são:

1. Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos.
2. Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência.
3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto.
4. Produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais.
5. Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas. (OMS, 2014, S.P).

Com isso, a OMS tenta de alguma forma coibir a violência obstétrica pelo mundo, tentando explicar de forma mais clara para que as instituições de saúde, as mulheres e demais população fique por dentro do assunto e ajuda a combater esses atos violentos.

Portanto a mulher perante sua escolha na hora de ter o parto desejado e também na hora de ser atendida devem prevalecer sobre ela os direitos humanos que cada cidadão possui. Pois no caso da violência obstétrica seus direitos são feridos e ela acaba sendo tratada de forma desumana.

#### **2.4.2 Construção Normativa no Brasil**

A regulamentação da violência obstétrica tem sido realizada de forma muito lenta no Brasil. Atualmente na legislação federal do Brasil não existe amparo jurídico para impedir a violência obstétrica, o que ainda causa muitas brechas para realizar os ilícitos contra as parturientes.

Após algumas denúncias das mulheres que sofreram violência obstétrica, o assunto começou a chamar atenção do Poder Judiciário brasileiro, uma vez que o tema é caracterizado como uma violência e não somente um simples incômodo.

Algumas garantias das parturientes de combater a violência obstétrica no Brasil são:

a) Primeiramente determina uma garantia à igualdade e inviolabilidade do direito à vida e à liberdade, bem como à não obrigatoriedade a fazer alguma coisa caso não previsto em lei e de que ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante, fundamento no artigo 5º da Constituição Federal;

b) O artigo 6º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, traz um direito à informação e à tomada de decisões livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada;

c) Direito à integridade pessoal como trata o Artigo 5º da Convenção Interamericana de Direitos Humanos, onde o qual é direito de todos a proteção e respeito a sua integridade física, psíquica e moral. Olhando para o tema sobre a violência obstétrica, esse direito se vê violentado a partir de práticas desnecessárias e que invadem a privacidade da mulher como ocorre no caso de fazer uma episiotomia e cesáreas sem a devida indicação de necessidade quanto ao estado de saúde da mãe ou de seu filho;

d) Artigo 196, Constituição Federal, que traz as medidas sociais e econômicas que devem ser empreendidas pelo Estado a fim de reduzir o risco de doença e de outros agravos no acesso à saúde, assim incluindo a parturiente perante ao atendimento público, para que possa ser bem atendida sem sobre a violência obstétrica;

e) Respeito à autonomia e responsabilidade individual (art. 5º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos), que determina que deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por elas e desde que essas respeitem a autonomia dos demais;

f) Lei 11.108/2005, que tratada presença de acompanhante durante o parto;

g) Artigos 129, (lesão corporal), art. 140 (injúria) e art. 146 (constrangimento ilegal) do Código Penal;

h) Estatuto da Criança e do Adolescente, que trata acerca da obrigatoriedade do menor internado em hospital estar acompanhado pelo responsável;

No ordenamento jurídico um pré-parto e parto digno, mas que muitas vezes não são cumpridas com a falha justificativa de que são normas da instituição hospitalar. Com isso acabam por negligenciar o atendimento a parturiente para seguir essas regras que são impostas sem perguntar para a parturiente o que ela realmente quer em seu parto.

Em 2000 o Ministério da Saúde editou a portaria nº 569<sup>1</sup>, onde busca o acesso e garantia à saúde tanto para a parturiente como para o bebê. O art. 1º fundamenta sobre o programa de humanização durante a gestação no SUS. Já o art. 2º e suas alíneas estabelecem a estruturação do programa de humanização bem como: o direito da parturiente em um atendimento digno e adequado durante a gestação, assegurando o acesso a maternidade, assim como a assistência ao recém-nascido de forma segura. Isso tudo com responsabilidade das autoridades sanitárias.

Por diante foi editada a lei 11.108/05 onde a parturiente tem o direito de escolher um acompanhante no período de pré-parto, parto e pós-parto.

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo (BRASIL, 2005).

No estado de Santa Catarina, foi editada a Lei nº 17.097 de janeiro de 2017, onde trata especificamente sobre violência obstétrica, que serve como modelo para o Brasil e até mesmo ser adotada em âmbito nacional. O artigo 3º dessa lei traz especificamente os tipos de violência obstétrica que devem ser coibidos.

---

<sup>1</sup> Art. 1º Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

a - toda parturiente tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

b - toda parturiente tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

c - toda parturiente tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

d - toda parturiente tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;

e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima; (BRASIL, 2000).



Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

I – tratar a parturiente ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – fazer a parturiente ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII – promover a transferência da internação da parturiente ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;

XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando está assim o requerer;

XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;

XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;

XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;

XVII – submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;

XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia (SANTA CATARINA, 2017).

Por fim, o Brasil ainda é muito atrasado perante outros países da América Latina, o estado de Santa Catarina é o mais próximo de uma realidade que deveria

ser nacional. Pois, o Brasil por ser um país que se atualiza quanto ao seu judiciário, deveria se tornar modelo em combate a violência obstétrica.

Tendo em vista que a violência obstétrica vem se agravando e trazendo consequências desastrosas as vítimas, o Brasil precisa com urgência de leis que coíbam essa prática. Muitas vítimas sentem-se reprimidas e não encontram amparo legal para a denúncia, sofrendo em silêncio. A falta de leis específicas para esses casos faz com que o número de denúncias seja baixo, e a violência siga sendo praticada. Esclarecer as formas de denunciar e debater o assunto tem grande importância para conscientizar a sociedade quanto aos abusos cometidos por parte da classe obstétrica.

## CONCLUSÃO

O momento da gestação costuma ser cercado de cuidados e anseios. Um dos assuntos que mais aflige as futuras mães é o momento do parto. Em meio a tantas mudanças a gestante se vê tendo que se aprofundar em assuntos que antes, muitas vezes, não eram presentes em seu cotidiano. No decorrer das semanas o corpo se transforma e as preocupações aumentam, além de ter que aceitar um novo ritmo de vida e todas as mudanças sociais consequentes da gestação, a mulher precisa buscar informações sobre essa nova fase.

Nesse período repleto de dúvidas quando se pensa em parto muitas mulheres ficam frustradas. Confiando apenas que a equipe esteja preparada e que o momento de dar à luz será pleno e seguro, não questionando e se informando verdadeiramente sobre seus direitos. Então a parturiente é surpreendida pela má conduta e assistência da equipe que a cerca. A falta de informação dessas mulheres sobre assuntos e procedimentos relacionados ao parto dificulta a defesa diante de situações de violência, mais precisamente a violência obstétrica. Outro fator agravante é a forte influência dos médicos na decisão da via de parto, já que muitas vezes os mesmos omitem da gestante informações cruciais para tal decisão.

Considerando que os médicos tem a responsabilidade civil já vista, a forma de agir perante as parturientes deveriam ser de acordo com a conduta ética e moral que rege sua profissão. Informar suas pacientes sobre escolhas seguras, respeitar sua vontade, não realizar procedimentos sem o consentimento da parturiente, incentivar aleitamento materno na primeira hora de vida, promover o contato imediato do bebê saudável com a mãe, deveriam ser práticas normais dentro das maternidades brasileiras, mas não é isso que se vê. O crescente número de relatos de violência obstétrica traz à tona uma discussão essencial, e o respaldo jurídico é fundamental para erradicar essa violência.

Apesar das conhecidas recomendações dadas por entidades e respaldadas em diversos estudos científicos, algumas práticas desnecessárias e abusivas ainda são recorrentes no Brasil. Por mais difícil que seja aceitar que isso acontece, a violência obstétrica é rotina nas maternidades brasileiras. Porém pouco se é noticiado e discutido, é o lado omissos e obscuro do cenário obstétrico brasileiro.

São necessárias uma série de medidas, tanto nas atitudes dos profissionais da saúde, quanto no âmbito jurídico. Várias instituições, como a Organização Mundial da Saúde e a Agência Nacional de Saúde, vem se esforçando e lançando campanhas para conscientização e debate sobre o tema. Ainda ineficazes na prática para erradicar essa violência nos centros obstétricos.

No Brasil ainda não há legislação que coíba esse tipo de violência, como acontece em países vizinhos como a Argentina e a Venezuela. Isoladamente em alguns Estados, como Santa Catarina, em decorrência do movimento de profissionais apoiadores de uma assistência humanizada, já existem leis estaduais que amparam e auxiliam no combate a violência obstétrica. O que deveria servir de modelo para todo o País, já que a violência obstétrica fere direitos fundamentais do ser humano, trazendo diversas consequências na saúde física e mental da vítima.

Não havendo leis de âmbito nacional e políticas públicas eficazes para a prevenção e o combate da violência obstétrica, a vítima muitas vezes, quando sofre desse mal, sente-se desamparada pela justiça para fazer valer os seus direitos. É de extrema importância a abordagem jurídica sobre a violência obstétrica e a responsabilidade civil do médico no debate e erradicação da violência obstétrica, uma vez que com leis específicas o direito a um atendimento digno e respeitoso será preservado.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Briena Padilha. AGGIO, Cristiane de Melo. **Violência Obstétrica: a dor que cala.** Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Londrina: 2014. Disponível em: <[http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3\\_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf](http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf)> Acesso em: 06 de Abr. 2017.

ARGENTINA. **Ley 25.929 de 2004.** Disponível em: <[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicas\\_profesionales/824\\_rol\\_psico\\_rha/material/descargas/unidad\\_1/12\\_ley\\_25929.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/824_rol_psico_rha/material/descargas/unidad_1/12_ley_25929.pdf)> Acesso em: 20 de Fev. 2017.

\_\_\_\_\_. **Ley 26.485 de 2009.** 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 20 de Fev. de 2017.

BELLI, Laura. **La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos.** Revista RedLatinoamericana y Del Caribe de Bioética ,[S.l.], ano 4, v. 1,n.7, Jan-Jun. 2013.

BRASIL. **Constituição Da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)> Acesso em: 29 de Jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.406 Código Civil de 2002.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm)> Acesso em: 11 de Out. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.078 Código de Defesa do Consumidor de 1990.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm)> Acesso em: 20 de Out. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.108 de 2005.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm)> Acesso em: 14 de Novembro 2016.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)> Acesso em 17 de Abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Portaria, 569 de 2000.** Brasília, Ministério da Saúde, 2000. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>  
Acesso em 15 de Jun. 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução 1.931/09**. Brasília: 2010. Disponível em:  
<<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>> Acesso em: 20 de Jun. de 2017.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de Responsabilidade Civil**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**. Instituto para Promoção da Equidade, Assessoria, Pesquisa e Estudos. 'Convenção Belém do Pará'. São Paulo: KMG, 1996.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>> Acesso em 20 de Mar. 2017.

\_\_\_\_\_, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. Questões Saúde Reprod. v.1, n.1, 2006. Disponível em:  
<[http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista\\_rhm1/revista1/80-91.pdf](http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm1/revista1/80-91.pdf)> Acesso em 13 de Abr. 2017.

\_\_\_\_\_, Carmen Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. Rio de Janeiro: UNESP, 2004.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

\_\_\_\_\_, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**, 16ª ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

GAGLIANO, Pablo Stolze. PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo Curso de Direito Civil**. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade Civil**. São Paulo: Saraiva, 2011.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires. **A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal**. Revista brasileira de enfermagem. v. 60, Brasília: Scielo, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400018&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 de Abr. 2017.

MUNIZ, Beatriz Maia de Vasconcelos; BARBOSA, Ruth Machado. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?** Memórias Convención Internacional de Salud Pública, Cuba, Havana, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Suíça, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)> Acesso em: 13 de Jun. 2017.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica: "Parirás com Dor"**. Dossiê Elaborado pela Rede Parto do Princípio. Brasília: 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 03 de Abr. 2017.

REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Barbosa. **Obstetricia Fundamental**. 13 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014.

RIZZARDO, Arnaldo. **Responsabilidade Civil**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

SANTA CATARINA. **Lei 17.097 de 2017**. Disponível em: <[http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_lei.html](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html)> Acesso em: 15 de Jun. 2017.

SOUSA, Valéria. **Violência Obstétrica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento**. São Paulo: Artemis, 2015.

TARTUCE, Flávio. **Direito Civil – Direito das Obrigações e Responsabilidade Civil**. 8. ed. São Paulo: Método, 2013.

VENEZUELA. **Ley Organica Sobre el Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia**. Disponível em: <[http://oig.cepal.org/sites/default/files/2014\\_ven\\_feminicidio\\_ley\\_organica\\_sobre\\_der echo\\_de\\_mujeres\\_a\\_una\\_vida\\_libre\\_de\\_violencia\\_25\\_11\\_14-1.pdf](http://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_ven_feminicidio_ley_organica_sobre_der echo_de_mujeres_a_una_vida_libre_de_violencia_25_11_14-1.pdf)> Acesso em: 25 de Mai. De 2017.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil: Responsabilidade Civil**. Vol.4. 3ªed. São Paulo: Atlas S.A, 2003.

VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. Disponível em: <[http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra\\_0.pdf](http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf)> Acesso em 20 de Mar. 2017.