

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
DEPARTAMENTO DE DIREITO  
CURSO DE DIREITO

Camila Aguiar Fritzen

**Violência obstétrica e responsabilidade civil dos profissionais e das instituições de saúde:  
análise da jurisprudência**

Florianópolis

2021

Camila Aguiar Fritzen

**Violência obstétrica e responsabilidade civil dos profissionais e das instituições de saúde:  
análise da jurisprudência**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Direito  
do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade  
Federal de Santa Catarina como requisito para a  
obtenção do título de Bacharel em Direito  
Orientador: Prof. Dr. Guilherme Henrique Lima Reinig

Florianópolis

2021

### Ficha de identificação da obra

Fritzen, Camila

Violência obstétrica e responsabilidade civil dos profissionais e das instituições de saúde: análise da jurisprudência / Camila Fritzen ; orientador, Guilherme Henrique Lima Reinig, 2021.

99 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas, Graduação em Direito, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Direito. 2. profissionais de saúde, violência obstétrica, responsabilidade civil. I. Lima Reinig, Guilherme Henrique. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Direito. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

TERMO DE APROVAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “Violência obstétrica e responsabilidade civil dos profissionais e das instituições de saúde: análise da jurisprudência”, elaborado pelo(a) acadêmico(a) “**Camila Aguiar Fritzen**”, defendido em **24/09/2021** e aprovado pela Banca Examinadora composta pelos membros abaixo assinados, obteve aprovação com nota **10,0 (DEZ)**, cumprindo o requisito legal previsto no art. 10 da Resolução nº 09/2004/CES/CNE, regulamentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, através da Resolução nº 01/CCGD/CCJ/2014.

Florianópolis, 24 de Setembro de 2021.



Documento assinado digitalmente  
Guilherme Henrique Lima Reinig  
Data: 24/09/2021 18:27:57-0300  
CPF: 292.785.258-80  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

---

**Guilherme Henrique Lima Reinig**  
Professor Orientador



Documento assinado digitalmente  
Daniel Deggau Bastos  
Data: 24/09/2021 18:33:10-0300  
CPF: 047.611.909-06  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

---

**Daniel Deggau Bastos**  
Membro de Banca

---

**Eliseu Jusefovicz**  
Membro de Banca



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
COORDENADORIA DE MONOGRAFIA

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE TCC (VIRTUAL)  
(Autorizada pela Portaria 002/2020/PROGRAD)

Aos 24 dias do mês de setembro do ano de 2021, às 17 horas, foi realizada a defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), no modo virtual, através do link: “<https://conferenciaweb.rnp.br/webconf/guilherme-henrique-lima>” intitulado “**Violência obstétrica e responsabilidade civil dos profissionais e das instituições de saúde: análise da jurisprudência**”, elaborado pelo(a) acadêmico(a) **Camila Aguiar Fritzen**, matrícula **19150669**, composta pelos membros **Guilherme Henrique Lima Reinig**, **Daniel Deggau Bastos** e **Eliseu Jusefovicz**, abaixo assinados, obteve a aprovação com nota 10,0 (DEZ), cumprindo o requisito legal previsto no art. 10 da Resolução nº 09/2004/CES/CNE, regulamentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, através da Resolução nº 01/CCGD/CCJ/2014.

( X ) Aprovação Integral  
 ( ) Aprovação Condicionada aos seguintes reparos, sob fiscalização do Prof. Orientador

Florianópolis, 24 de setembro de 2021.



Documento assinado digitalmente  
Guilherme Henrique Lima Reinig  
Data: 24/09/2021 18:27:30-0300  
CPF: 252.785.258-80  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

---

**Guilherme Henrique Lima Reinig** (ASSINATURA DIGITAL)  
Professor Orientador



Documento assinado digitalmente  
Daniel Deggau Bastos  
Data: 24/09/2021 18:32:38-0300  
CPF: 047.611.909-06  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

---

**Daniel Deggau Bastos** (ASSINATURA DIGITAL)  
Membro de Banca

---

**Eliseu Jusefovicz** (ASSINATURA DIGITAL)  
Membro de Banca



**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**Centro de Ciências Jurídicas**  
**COORDENADORIA DO CURSO DE DIREITO**

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO INEDITISMO DO TCC E  
ORIENTAÇÃO IDEOLÓGICA

Aluno(a): Camila Aguiar Fritzen

RG: 5.210.990

CPF: 074.917.119-79

Matrícula: 19150669

Título do TCC: Violência obstétrica e responsabilidade civil dos profissionais e das instituições de saúde: análise da jurisprudência

Orientador(a): Guilherme Henrique Lima Reinig

Eu, Camila Aguiar Fritzen, acima qualificado(a); venho, pelo presente termo, assumir integral responsabilidade pela originalidade e conteúdo ideológico apresentado no TCC de minha autoria, acima referido.

Florianópolis, 24 de setembro de 2021.



Documento assinado digitalmente

Camila Aguiar Fritzen

Data: 24/09/2021 18:51:32-0300

CPF: 074.917.119-79

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

---

**CAMILA AGUIAR FRITZEN**

Este trabalho é dedicado aos meus queridos pais, à minha irmã  
por tudo quanto me ensinaram e ensinam diuturnamente!  
Ao meu grande amor, Tássio, com quem divido a vida.

## AGRADECIMENTOS

Iniciar uma segunda graduação não foi fácil, há muitas cobranças, não só de terceiros, mas de si próprio, contudo, esse caminho torna-se mais leve e recompensador se trilhado com apoio familiar. Agradecer é o gesto mais puro e coerente que se pode ter quando se recebe apoio em qualquer momento, por isso, agradeço primeiramente a Deus por me dar disposição e força necessárias para a elaboração deste trabalho de conclusão de curso e por colocar em minha vida pessoas que compartilham dos meus sonhos.

Nesse momento, faltam palavras para mensurar minha alegria e para agradecer por tudo e por tanto. Agradeço à minha família por me dar todo o suporte emocional e familiar desde o início de minha vida. Obrigada por me ensinarem a caminhar e assim poder seguir meus próprios passos. Sou eternamente grata pelo interesse tão grande e genuíno na minha felicidade. Ao meu pai, Altino, que é meu exemplo de superação, de perseverança e de profissionalismo e que diuturnamente me faz ser mais forte. À minha mãe, Miriam, que sempre me incentivou a ver a vida com leveza e otimismo. Por muitas vezes, o desânimo tomou conta dos meus pensamentos e era ela a primeira a me dar forças para prosseguir e alcançar meus objetivos. Ela tinha razão. Se hoje concluí essa etapa, foi graças aos seus incentivos, às suas palavras amigas e ao seu apoio incondicional. Obrigada por nunca negar uma palavra de afeto, força e apoio ao longo dessa etapa da minha vida. À minha irmã, Karine, pela sua amizade e atenção dedicadas quando sempre precisei. Agradeço pelas trocas de aprendizado que tivemos ao longo da vida e da graduação. Foi com ela que aprendi a dividir, a viver em parceria e a evoluir como pessoa. À minha vó amada que me inspira a ser melhor a cada dia. Por fim, e não menos importante, ao meu companheiro, Tássio, que acima de tudo é um grande amigo e que ao longo desses 09 anos não mediu esforços para me ver feliz, me dando suporte e acreditando na minha capacidade. Agradeço imensamente pelo estímulo ao longo desses anos e por compreender minha ausência em virtude dos estudos. Teus cuidados comigo foram essenciais. Obrigada por jamais me negar apoio, carinho e amor.

Deixo um agradecimento em especial ao meu orientador pela confiança depositada na proposta do projeto, por aceitar o difícil encargo de me orientar à distância e por indicar a direção correta que o trabalho deveria trilhar. Agradeço a disponibilidade dos membros da banca e, em especial, do prof<sup>o</sup> Eliseu Jusefovicz, que foi responsável pelo meu interesse na disciplina de responsabilidade civil.

Obrigada a todos por me manter motivada durante todo o processo. Concluir essa etapa não seria possível sem vocês.

"Que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância, já que viver é ser livre". (BEAUVOIR, S., 1967)

## RESUMO

**Introdução:** A violência obstétrica, presente nas instituições de saúde, constitui na utilização arbitrária e desumanizada, por parte dos profissionais de saúde, de procedimentos invasivos, desnecessários e contrários à vontade da parturiente, bem como no emprego do sofrimento psicológico e sexual, o que ocasiona a violação da autonomia da mulher e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos. **Objetivo:** Este trabalho tem como pilar discutir a temática da violência obstétrica no Brasil a partir da análise dos acórdãos proferidos pelos Tribunais de Justiça, propondo-se a fazer uma reflexão sobre a forma de atuação do Judiciário em relação à responsabilidade civil dos profissionais de saúde. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo que utilizou para o seu desenvolvimento tanto a pesquisa bibliográfica como a documental e os acórdãos dos Tribunais de Justiça, utilizando o descritor “violência obstétrica” nos sítios de busca. **Resultados:** Foram encontrados **48** acórdãos sobre o tema, entre os anos de 2013 a setembro de 2020, dos quais todos foram analisados para verificar a responsabilização civil do profissional de saúde. **Conclusões:** Verificou-se o desconhecimento por parcela dos magistrados sobre o tema em questão, bem como das parturientes e procuradores, uma vez que apenas foram ajuizados 48 recursos aos Tribunais de Justiça, além de 17 estados não apresentarem recurso algum. Fica claro, portanto, a necessidade de difundir o conceito de violência obstétrica, principalmente para as parturientes, bem como efetuar a responsabilização dos profissionais a fim de dissuadir a sua prática e evitar reincidências.

**Palavras-chave:** Profissionais de saúde. Violência obstétrica. Responsabilidade Civil.

## ABSTRACT

**Introduction:** Obstetric violence, throughout the health institutions, constitutes the arbitrary and dehumanized use, by health professionals, invasive procedures, unnecessary and against the parturient will, as well as the use of psychological and sexual suffering, which causes the violation of women's autonomy to decide freely about their bodies. **Objective:** This work has as its pillar to discuss the theme of obstetric violence in Brazil from the analysis of judgments handed down by the Courts of Justice, proposing to reflect on the form of Judiciary acting in relation to the civil liability of health professionals. **Methodology:** This is a descriptive study that used both bibliographic and documentary research and judgments of the Courts of Justice for its development, using the descriptor “obstetric violence” in search websites. **Results:** 48 judgments on the subject were found, between the years 2013 to September, 2020, all of which were analyzed to verify the civil liability of the health professional. **Conclusions:** There was a lack of knowledge on the part of magistrates about the subject in question, as well as parturients and prosecutors, since only 48 appeals were filed in the Courts of Justice, however, in 17 states it couldn't find it at all. It is clear, therefore, the need to spread the concept of obstetric violence, especially for parturients, as well as to hold professionals accountable in order to dissuade their practice and avoid recurrences.

**Keywords:** Health professionals. Obstetric violence. Civil responsibility.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Ação Civil Pública
Art.	Artigo
BU	Biblioteca Universitária
CC	Código Civil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRM	Conselho Regional de Medicina
DOU	Diário Oficial da União
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde a Mulher
TJ/SC	Tribunal de Justiça de Santa Catarina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1	OBJETIVOS .....	17
<b>1.1.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1.2</b>	<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....</b>	<b>18</b>
2.1	HISTÓRIA DO PARTO .....	18
2.2	MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO NO PARTO .....	21
2.3	MODALIDADES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....	23
<b>2.3.1</b>	<b>Violência Obstétrica Física .....</b>	<b>29</b>
2.3.1.1	<i>Episiotomia.....</i>	29
2.3.1.2	<i>Manobra de Kristeller .....</i>	31
<b>2.3.2</b>	<b>Violência Obstétrica Psicológica .....</b>	<b>32</b>
<b>2.3.3</b>	<b>Violência Obstétrica Sexual.....</b>	<b>33</b>
2.3.3.1	<i>Episiorrafia.....</i>	33
2.3.3.2	<i>Toque vaginal .....</i>	34
2.3.3.3	<i>Cesárea.....</i>	34
<b>2.3.4</b>	<b>Violência Obstétrica No Abortamento.....</b>	<b>36</b>
<b>3</b>	<b>DIREITOS DA MULHER DISPOSTOS NA CF/88 E NA LEGISLAÇÃO ..</b>	<b>37</b>
3.1	DIREITOS DA PARTURIENTE .....	40
<b>4</b>	<b>RESPONSABILIDADE CIVIL.....</b>	<b>43</b>
4.1	CONCEITO JURÍDICO DE RESPONSABILIDADE CIVIL.....	43
4.2	NATUREZA JURÍDICA DA RESPONSABILIDADE CIVIL E FUNÇÃO DA REPARAÇÃO CIVIL .....	45
4.3	ELEMENTOS.....	46
<b>4.3.1</b>	<b>Conduta Humana (positiva ou negativa).....</b>	<b>46</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Dano ou Prejuízo.....</b>	<b>47</b>

4.3.2.1	<i>Dano moral ou extrapatrimonial</i> .....	48
4.3.2.2	<i>Dano material ou patrimonial</i> .....	48
<b>4.3.3</b>	<b>Nexo de causalidade</b> .....	<b>48</b>
4.4	RESPONSABILIDADE CIVIL SUBJETIVA.....	50
4.5	RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA.....	51
4.6	RESPONSABILIDADE CIVIL POR ATO DE TERCEIRO.....	52
4.7	RESPONSABILIDADE MÉDICA.....	52
4.8	RESPONSABILIDADE MÉDICA EMPRESARIAL E DOS PRESTADORES DE SERVIÇO PÚBLICO.....	55
<b>5</b>	<b>ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA DOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA</b> .....	<b>57</b>
5.1	LEI DO ACOMPANHANTE.....	58
5.2	MANOBRA DE KRISTELLER.....	63
5.3	EPISIOTOMIA.....	69
5.4	ESPÉCIES DE PARTO (CESÁREA OU NORMAL) E PROCEDIMENTOS....	71
5.5	VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA.....	79
<b>5.5.1</b>	<b>Abandono</b> .....	<b>86</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>89</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>92</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A violência praticada, ao longo da história, contra a mulher representa um problema de Estado. A violência obstétrica, por sua vez, caracteriza-se pelos abusos, desrespeito e/ou maus-tratos sofridos ao longo do ciclo gravídico-puerperal, podendo ser perpetrada de modo verbal, físico, psicológico ou até mesmo sexual tanto na esfera pública como na esfera privada. Dessa forma, o desenvolvimento das condutas mencionadas faz com que a parturiente, a verdadeira protagonista na condução do processo de parir, seja gradativamente substituída pelas várias intervenções médicas, muitas delas invasivas e desnecessárias, podendo transformar o momento tão aguardado e especial, que é o nascimento de seu bebê, em um traumático episódio de intenso potencial devastador.

Dessa forma, faz-se necessário compreender, através da jurisprudência aplicada, em processos autuados no âmbito dos Tribunais de Justiça estaduais, como a responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica é julgada.

Para isso, foi realizada pesquisa jurisprudencial em 48 (quarenta e oito) acórdãos não amparados por segredo de justiça e selecionados com base no descritor “violência obstétrica” nos sítios dos Tribunais de Justiça estaduais de 2013 até setembro de 2020. Utilizou-se, também, para o seu desenvolvimento tanto o procedimento de pesquisa bibliográfica como documental através da abordagem quanti-qualitativa a fim de verificar a tendência das decisões dos tribunais no tocante ao problema do presente projeto.

Para determinar se ocorreu ou não a prática da violência obstétrica por parte dos profissionais de saúde, a primeira parte desse trabalho adentrou no universo das ciências biológicas a fim de entender os procedimentos que envolvem o período gravídico-gestacional, além das técnicas cirúrgicas empregadas no momento do parto. Fez-se imprescindível, inclusive, conhecer a história do parto, bem como suas modalidades e o que constitui a violência obstétrica. Por fim, com o objetivo de verificar se há culpa e, conseqüentemente, responsabilidade civil do profissional pelos abusos de suas condutas, analisou-se os direitos da mulher dispostos na Constituição Federal e na legislação brasileira, bem como o direito das parturientes.

Já a segunda parte do presente estudo teve como objeto compreender a posição adotada pelos Tribunais de Justiça estaduais acerca dos casos de violência obstétrica contra gestantes e puérperas no ambiente hospitalar/ambulatorial à luz da legislação brasileira. Assim, com a análise os julgados, pôde-se verificar se os tribunais estão reconhecendo os

casos de violência obstétrica e, em caso positivo, quais as consequências desencadeadas pelo emprego da violência.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Compreender através da jurisprudência aplicada, em processos autuados no âmbito dos Tribunais de Justiça brasileiros, como a responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica é julgada.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

a) Verificar os processos a respeito da responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica;

b) Utilizar a doutrina e a legislação brasileira para fundamentar a pesquisa;

c) Analisar a violência obstétrica no ambiente hospitalar;

d) Contribuir para o debate em torno da violência obstétrica contra as mulheres no Brasil;

e) Trazer conhecimento e propor reflexões à sociedade, em especial, aos agentes de saúde, aos agentes dos sistemas de justiça, e às parturientes em relação ao fenômeno em questão;

f) Promover uma melhor conscientização em relação aos danos provocados pelas condutas médico-hospitalares;

g) Verificar como os tribunais julgam os danos provenientes da violência obstétrica.

## 2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica, por sua vez, ainda não está amparada de forma específica pela legislação nacional. Assim, para destacar a sua importância e a necessidade da sua posituação no ordenamento pátrio, o capítulo irá fazer a breve análise histórica do parto, a inserção da medicalização do corpo feminino e as modalidades de violência obstétrica.

### 2.1 HISTÓRIA DO PARTO

O nascimento caracteriza-se por ser um evento fisiológico, natural e se trata de um fenômeno mobilizador em que até mesmo as primeiras civilizações agregam, a este acontecimento, inúmeros significados culturais, e, ainda, celebram a vinda ao mundo como um dos momentos mais sublimes da vida (BRASIL, 2010a; WOLFF; MOURA, 2004).

Diuturnamente, o procedimento do parto era uma experiência compartilhada entre mulheres, sendo uma atividade exclusivamente desse gênero e desenvolvida pelas denominadas parteiras. Dessa forma, as parturientes comumente recebiam o cuidado de outras mulheres, que pertenciam ao seu ciclo social como familiares, vizinhas, amigas ou mulheres sábias, experientes e competentes para a realização do parto – as parteiras (BRASIL, 2010a).

Assim, a obstetrícia, no século III até o XVI, era objeto de preocupação da parteira, e não do médico (BONSER, 1963). Entretanto, há evidências abundantes nos escritos de Hipócrates, Soranus e Celsus de que os médicos da Antiguidade ajudavam as parteiras em casos difíceis, especialmente quando uma cirurgia era necessária. Essa realidade, contudo, começou a ser alterada, no século XIV e XVII, com o processo de caça às bruxas, o qual ocasionou a perseguição e a execução de várias mulheres, dentre elas as curandeiras e as parteiras, haja vista serem consideradas uma ameaça ao saber (DEL PRIORE, 2004; SPINK, 2010).

O que antes era monopólio feminino passou a ser desenvolvido por profissionais com educação universitária dotados de capacidade técnica, porém com abrangência reservada aos homens, uma vez que eram eles e apenas eles que tinham acesso à formação científica. Dessa forma, em consequência do emprego do saber científico cada vez mais difundido nessa seara e do aparato instrumental utilizado nos partos difíceis fizeram com que a profissão de parteira entrasse em declínio, negando, então, a validade do seu saber, e introduzindo a figura masculina no cenário do parto (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

Assim, a obstetrícia firmava-se como matéria médica ao desenvolver as primeiras ações voltadas à disciplina do nascimento. Isto posto, foi no decorrer dos séculos XVII e

XVIII que a atividade do parto passou a ser uma disciplina científica e se tornou uma especialidade da medicina europeia (BRASIL, 2010b).

Nessa toada, verifica-se que, ao longo da história, ocorreram mudanças na esfera de abrangência do parto, haja vista que este, até então, pertencia ao âmbito íntimo, feminino e privado, no entanto, devido à imensa mortalidade materna e perinatal, começou a ser discutida, na esfera pública, por uma necessidade político-econômica, com a presença de outros atores sociais.

No Brasil, a história da medicina iniciou-se apenas com a chegada da corte portuguesa, em 1808, através da implementação das primeiras escolas nos estados do Rio de Janeiro e da Bahia, mas, apenas na primeira havia o ensino da obstetrícia. Apesar da presença das escolas de medicina e do emprego do conhecimento médico, existia desconfiança e receio por parte das mulheres em relação aos métodos que não estavam habituadas a realizar e às modernidades advindas dessa área até então inexplorada (ALMEIDA, 2018).

Um impeditivo para que as mulheres parissem em ambiente público, cheio de doenças, como o hospital, decorria da ausência de maternidades, as quais foram criadas apenas a partir do início do século XX. Somado a esse fato, nem sempre havia profissionais capacitados para efetuar o parto em hospitais além de não haver enfermarias isoladas para parturientes, de modo a ficarem em contato com os demais pacientes, fazendo com que a morte e as infecções fossem frequentes (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018).

Assim, com o objetivo de dissuadir o uso dos serviços obstétricos modernos por parte das parturientes, o discurso médico propagou a ideia de que as mulheres não teriam a capacidade física, psicológica e/ou biológica de parir sem o auxílio da medicina moderna, uma vez que aquelas eram consideradas como seres frágeis, isto é, necessitavam do auxílio de profissionais com formação hospitalar para, assim, reduzir a mortalidade (ALMEIDA, 2018).

A institucionalização do parto, no Brasil, no entanto, apenas ocorreu ao longo da década de 40 e, segundo o Ministério da Saúde, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública voltada à mulher. Em que pese o emprego da política pública voltada ao público feminino, importa destacar o papel secundário desempenhado pela gestante, uma vez que a preocupação com a saúde materna até então se restringia à assistência ao parto. Ademais, a introdução da medicina preventiva no país e a implantação dos centros de saúde, através dos programas de pré-natal, na realidade, tinham como foco o neonato e não a parturiente, uma vez que o objetivo principal era reduzir a mortalidade infantil (BRASIL, 2010a).

Apenas nos anos 80, a atenção começou a voltar-se para a protagonista do processo de parir com o uso de algumas iniciativas locais direcionadas para a redução da mortalidade materna como através da implementação do “Programa de Assistência Integral à Saúde a Mulher” (PAISM) que incluía a assistência pré-natal entre suas ações (BRASIL, 2010a).

Posteriormente, em 1996, o Ministério da Saúde, em parceria com outras entidades como a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), lançou o “Projeto Maternidade Segura” que tinha como objetivo precípua elevar a qualidade da atenção à saúde materno-infantil, reduzindo a morbimortalidade, através da melhoria do credenciamento de instituições que promovam a assistência integral à saúde da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 2010a).

A fim de demonstrar a forma adequada de se desenrolar a relação médico-paciente, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (BOYACIYAN, 2011), publicou a obra intitulada de “Ética em Ginecologia e Obstetrícia”, em que destaca que:

[...] o médico deve apresentar competência profissional (privacidade/confidencialidade), manter apropriado relacionamento, destinar tempo adequado às consultas, facilitar o acesso de pacientes, atualizar continuamente os conhecimentos, se transparente nos conflitos de interesse e, acima de tudo, ter responsabilidade profissional. Considerando-se, ainda, o sofrimento humano um fardo presente no doente, um ser fragilizado, desgastado e desequilibrado, a presença dos princípios de afetividade e do acolhimento são essenciais, pois geram, nas partes, sentimentos de confiança, profissionalismo, respeito, urbanidade e credibilidade. Esses princípios constituem a essência da vertente humanitária do atendimento médico (BOYACIYAN, 2011, p. 80–81).

A prática da violência obstétrica evidencia as relações de poder existentes entre médico e paciente, distanciando-se dos princípios preceituados pelo Conselho de Medicina de São Paulo (ALMEIDA, 2018). Embora não se possa negar o progresso na implantação de iniciativas de valorização da saúde feminina desenvolvidas nos últimos anos, permanecem problemas na assistência à gestação e ao parto, indo de encontro aos direitos básicos da dignidade e da cidadania e, dessa forma, colocando em risco a vida de mulheres e de seus filhos. Dentre as dificuldades encontradas, podem-se destacar a segmentação entre a rede básica e hospitalar e a intervenção excessiva sobre o parto e, conseqüentemente, o corpo feminino (BRASIL, 2010a).

Nesse norte, ressalta-se que o emprego da medicina moderna veio atrelada aos procedimentos de medicalização, em que o momento do parto, por sua vez, não está imune a essa prática, acentuando-se o poder da medicina de transformar eventos fisiológicos em eventos patológicos e cirúrgicos.

## 2.2 MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO NO PARTO

O parto natural era realizado no ambiente doméstico, na presença de familiares e com auxílio de parteiras, de maneira que o bebê saía do ventre materno sem a presença de intervenções ou de medicação para o aumento da contração uterina ou para a analgesia. Através do parto natural, o ritmo biológico da parturiente e de seu bebê eram considerados sem que fosse necessário efetuar a alteração das contrações ou o rompimento da bolsa amniótica para acelerar o trabalho de parto, isto é, quem determinava o ritmo do parto era a sua protagonista, a parturiente. Todavia, essa forma de parir poderia ser muito sofrida não apenas para a mãe, mas também para o neonato, com aptidão para ocasionar graves sequelas ou até mesmo levar ao óbito devido ao atendimento precário (ALMEIDA, 2018).

O parto natural, comumente adotado anteriormente, passou, ao longo do século XX, a ser substituído pelo modelo tecnocrático de intensa medicalização e por constantes intervenções médicas mesmo que sem qualquer embasamento científico para o seu emprego (ALMEIDA, 2018).

Esse modelo, no entanto, trouxe a participação masculina por meio dos médicos, o que fez com que as mulheres passassem da condição de protagonistas para meras pacientes, de forma a serem portadoras de enfermidades e, portanto, passíveis de serem submetidas a intervenções, transformando algo até então considerado como natural em patológico. Assim, a patologização de processos naturais como o parto, e o excesso de intervenções e de medicamentos, que deveriam ser realizados apenas em casos de necessidade, haja vista que a grande parte dos partos não apresenta riscos, podem levar o profissional de saúde a incorrer em violência obstétrica (ALMEIDA, 2018; LEAL *et al.*, 2012).

Em relação à violência obstétrica, as intervenções ocorrem quando a decisão desencadeia-se unilateralmente pela equipe médica, isto é, sem que a parturiente tenha conhecimento acerca do procedimento a que será submetida ou que sua negativa não seja levada em consideração, ou ainda que, com base em informações incompletas ou em pressão exercida sobre ela, seja influenciada a permitir algo que será revertido em favor da equipe médica, sendo privada de autonomia e de realizar escolhas com base em informações fidedignas (ALMEIDA, 2018).

Importa destacar que a violência obstétrica não está relacionada a uma determinada espécie de parto, ou seja, não importa se parto normal ou cesáreo, mas sim as condutas e procedimentos efetuados pelo profissional durante o período que perpassa a gestação até o

pós-parto, seja através de procedimentos realizados sem a aquiescência da paciente ou de supressão de informações fundamentais para efetuar suas escolhas (ALMEIDA, 2018).

Pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento” coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, que entrevistou 23.894 mulheres de maternidades públicas, privadas e mistas, demonstrou o número alarmante de intervenções sofridas pelas gestantes, uma vez que apenas 5% das que fizeram parto pela via vaginal não sofreram nenhuma intervenção. Dentre os dados coletados, verifica-se que aproximadamente 70% das mulheres foram puncionadas, enquanto 40% delas receberam ocitocina artificial ou foram submetidas à amniotomia para acelerar o processo natural do parto. Já em relação às mulheres que tiveram seus bebês pela via vaginal, em torno de 92% ficou na posição supina (litotomia), 56% sofreu com a prática da episiotomia e 37% recebeu a manobra de *Kristeller*, a qual não é recomendada pelos órgãos de saúde (LEAL *et al.*, 2012).

Os dados demonstram ainda a violência obstétrica desempenhada pelas unidades hospitalares ao expor que aproximadamente 26% das gestantes puderam alimentar-se, 46% movimentaram-se durante o trabalho de parto e apenas 20% teve a presença de seu acompanhante nesse momento, apesar de existir no ordenamento jurídico permissão para a gestante poder escolher alguém de sua confiança para acompanhá-la durante toda a fase do ciclo gravídico-puerperal (LEAL *et al.*, 2012).

Situações que têm como objetivo a aceleração do parto como o uso do hormônio ocitocina, a ruptura intencional da bolsa amniótica e o puxo antes de atingir a dilatação por completo são formas de violência físicas utilizadas rotineiramente. Tais condutas não levam em consideração a individualidade e as peculiaridades de cada mulher (ALMEIDA, 2018).

“A enfermeira disse que, como eu estava “quase lá”, ela colocaria o “sorinho” em mim primeiro. Perguntei o que tinha no soro e ela falou que tinha ocitocina. Eu disse NÃO. Ela não deu importância. Pelo contrário, disse que ia me colocar, porque ninguém ali queria um bebê morto, não é mesmo? As pessoas vão para o Hospital para ter um bebê vivo, e se eu tivesse que ir para a UTI ninguém perderia tempo achando minha veia. Ainda reclamou que a veia da minha mão era muito torta.” (CIELLO *et al.*, 2012)

No breve relato acima, fica cristalino que além da violência física praticada através do emprego de hormônios que aceleram a contração e, conseqüentemente, a dor do período expulsivo, utiliza-se também a violência psicológica ao pressionar a gestante de aceitar um procedimento que não queria se submeter para supostamente preservar a vida de seu filho.

### 2.3 MODALIDADES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A fim de adentrar no cerne da questão, faz-se imprescindível conceituar a violência obstétrica, a qual decorre da violência de gênero, haja vista estar ligada ao sexo (gênero) do indivíduo que sofre as suas consequências. Dessa maneira, em virtude do modo patriarcal e machista arraigado na sociedade, faz com que a mulher, nos espaços em que frequenta, seja muitas vezes relegada à inferioridade e, portanto, não merecedora de um tratamento digno (ALMEIDA, 2018).

Em que pese as importantes conquistas efetuadas no universo feminino, verifica-se que boa parte das iniciativas relacionadas à saúde das mulheres têm se pautado em decorrência da manipulação de seus corpos e suas vidas, não necessariamente em busca de bem-estar. E, talvez por isso, muitas dessas iniciativas não tenham logrado êxito na busca pela saúde das mulheres, em virtude de atitudes que insistem em expropriar da mulher sua autodeterminação, violando, dessa forma, sua autonomia ao apropriar-se do seu corpo e de seus processos reprodutivos (BRASIL, 2010a).

Ao longo da história, as mulheres vêm sofrendo abusos e diversas formas de violência. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, “Convenção De Belém Do Pará”, promulgada pelo Decreto nº 1.973/96, por sua vez, define violência contra a mulher como “ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. Dentre seus postulados, a Convenção determina, inclusive, que toda mulher tem direito ao reconhecimento, desfrute, exercício e proteção de todos os direitos humanos e liberdades consagrados em todos os instrumentos regionais e internacionais relativos aos direitos humanos (BRASIL, 1996a; CIDH, 1994).

A violência obstétrica também conhecida como violência institucional e que, conforme mencionado alhures, por ocorrer exclusivamente com o sexo feminino, constitui uma forma específica de violência de gênero e se caracteriza pela prática de abusos, desrespeito e/ou maus-tratos sofridos ao longo do ciclo gravídico-puerperal, quais sejam, pré-natal, parto, puerpério além das situações de aborto, podendo ser perpetrada de modo verbal, físico, psicológico ou até mesmo sexual (KONDO *et al.*, 2014).

Nesse norte, fica claro que o desrespeito encontra-se presente nas instituições de saúde, seja na seara pública ou privada, em que há utilização arbitrária de condutas por parte dos profissionais de saúde pelo uso de tratamento desumanizado, do abuso do emprego de medicalização e de intervenções desnecessárias ou mesmo da patologização de processos que

deveriam ocorrer naturalmente, violam a autonomia da mulher e a capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos, apropriando-se do seu corpo e de seus processos reprodutivos, o que pode impactar negativamente na qualidade de vida (DINIZ, SIMONE GRILO; CHACHAM, 2002; ALMEIDA, 2018).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), contudo, emitiu uma nota para manifestar-se contra o uso do termo “violência obstétrica”. A entidade não nega que deva ser oferecida à gestante assistência em saúde de forma integral e com qualidade ao longo do ciclo gravídico-puerperal, com o objetivo de proporcionar bem-estar para a gestante e seu bebê, todavia entende que o uso do termo “violência obstétrica” para adjetivar problemas da assistência no parto é inadequado, pejorativo e estimula conflitos entre pacientes e médicos nos serviços de saúde. Dentre seus argumentos para refutar o termo o Conselho menciona ainda que o seu uso direcionado para ginecologistas e obstetras faz com que o trabalho desses profissionais seja diminuído ou tenha sua participação questionada e que o termo gera quebra do princípio da harmonia nas equipes multiprofissionais; não promove qualquer mudança significativa no quadro de desproteção às gestantes; e transfere para os médicos a responsabilidade por todas as mazelas da saúde ocasionadas no decorrer do parto, como se fossem exclusivamente os culpados pelos graves indicadores de mortalidade e de morbidade maternos e infantis (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019b).

Apesar da manifestação da entidade médica, o tratamento abusivo praticado por parte desses profissionais recebe a denominação de violência obstétrica e pode ser exercido das mais variadas formas, seja de forma mais leve através de tratamento jocoso ou de maneira mais severa por meio de atos praticados contra a vontade da parturiente, de procedimentos de caráter invasivos ou em decorrência de mantê-la em posições desconfortáveis ou degradantes de maneira a suprimir a autonomia da parturiente (ALMEIDA, 2018).

Imposta frisar que a prática dessas condutas abusivas por parte dos profissionais decorre, em sua grande parte, devido às relações de poder que envolvem a relação médico-paciente, em que de um lado estão os detentores do conhecimento e, portanto, figuram o polo de autoridades com domínio técnico e, de outro, as pacientes, que são consideradas dependentes do arcabouço técnico que possuem os médicos, enfermeiros e auxiliares de saúde (ALMEIDA, 2018).

Dados da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” realizada pela Fundação Perseu Abramo que ouviu a opinião de 2.365 mulheres e 1.181 homens, com mais de 15 anos de idade, de 25 unidades da federação corroboram com a

relevância da temática em questão ao demonstrar que uma a cada quatro (25%) mulheres entrevistadas sofreu algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou no parto, caracterizando a prática da violência obstétrica nos centros que deveriam priorizar a saúde. O estudo acima menciona o emprego de agressões, praticadas por profissionais de saúde, que vão desde repreensões, humilhações e gritos à recusa de alívio da dor, realização de exames dolorosos e contraindicados, passando por xingamentos grosseiros (GUSTAVO *et al.*, 2010). A pesquisa comprova o emprego arbitrário de condutas por parte dos profissionais de saúde em relação à autonomia da mulher, apropriando-se do seu corpo e de seus processos reprodutivos.

De fato, a violência está tão naturalizada que as mulheres atribuem à “sorte” quando recebem o tratamento adequado no plantão obstétrico, o que demonstra a percepção de que o bom atendimento é considerado raro e não faz parte da rotina da assistência ao parto. Essa percepção coaduna com a falta de informação, haja vista que apenas conhecendo os seus direitos irão conceber que o bom atendimento não é questão de “sorte”, mas sim uma rotina de serviço e um direito que podem exigir (DIAS, 2006).

A desinformação por parte das gestantes faz com que condutas sejam exercidas no seu corpo e do neonato sem que ocorra o seu consentimento ou desenvolvidas mediante a privação da paciente de informações ou de orientação acerca dos procedimentos a que serão submetidas. Essa forma de violência desencadeia-se no seio das relações desiguais de poder, a saber, as relações de gênero e a relação entre profissional de saúde/paciente, através do tratamento desumanizado, abuso de medicação e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida (ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, 2007).

A parturiente, a verdadeira protagonista na condução do processo de parir, foi gradativamente sendo substituída pelas várias intervenções médicas, muitas delas invasivas e desnecessárias, o que pode transformar o momento tão aguardado e especial, que é o nascimento de seu bebê, em um traumático episódio de intenso potencial devastador, causando marcas na memória quando caracterizada a violação (CIELLO *et al.*, 2012).

Dessa forma, é normal que durante a maternidade, estas mulheres experimentam os mais variados sentimentos e, por vezes, até antagônicos, como a felicidade pela chegada do seu filho e o medo de morrer; o desejo de cuidar do bebê, mas também o de ser amparada pela equipe; a confiança no hospital como o lugar mais seguro para dar à luz, e a desconfiança de

que poderá ser tratada com desrespeito ou violência nas maternidades públicas (AGUIAR, JANAÍNA, 2010).

Em decorrência dessa vulnerabilidade de sentimentos, faz-se imprescindível que o corpo feminino seja tratado com respeito e dignidade, sendo vedados quaisquer tipos de violação ou maus tratos. Nessa toada, verifica-se que a utilização de métodos ou procedimentos invasivos pelos profissionais de saúde durante o ciclo gravídico-puerperal afronta princípios constitucionais e direitos fundamentais amplamente reconhecidos pela Carta Magna brasileira (BRASIL, 1988).

Partindo desse princípio e em virtude da gravidade que a conduta ilícita proporciona, a Argentina, ao promulgar a Ley 25.929/2004, amplamente difundida como a Ley do Parto Humanizado, trouxe proteção à gestante ao estabelecer direitos em relação à gravidez, ao trabalho de parto, ao nascimento do filho e ao pós-parto (ARGENTINA, 2018).

Assim, a legislação argentina, apesar de não mencionar o termo violência obstétrica, estabeleceu uma série de direitos para a gestante como de estar acompanhada por pessoa de confiança durante o todo o trabalho pré e pós-parto; de ter o seu filho ao seu lado durante o período em que permanecer no ambiente hospitalar (exceto casos em que o recém-nascido necessita de cuidados especiais); de ser tratada como pessoa sã e capaz, sendo obrigatório que os seus desejos e opiniões sejam respeitados, a fim de que seja de fato a protagonista do seu parto; de receber informações sobre quais intervenções médicas que possam ser realizadas durante a gestação ou no trabalho de parto, com o objetivo de escolher entre as opções disponíveis, além de receber informações constantes e atualizadas acerca da evolução do seu trabalho de parto, da saúde do seu filho e de se manter a par das atuações dos profissionais relacionados ao procedimento; de ser tratada com o devido respeito individualizado, não desprezando suas características pessoais como religião e cultura (ARGENTINA, 2018).

A legislação argentina dispõe, ainda, que a mulher possui a garantia de observância e respeito às suas necessidades biológicas e psicológicas, no sentido de que a equipe médica deve respeitar o tempo do seu organismo e não induzir o parto através de medicação, exceto quando extremamente necessário em virtude do quadro clínico. Desse modo, busca-se evitar que sejam realizadas práticas invasivas desnecessárias e que eventualmente podem causar prejuízos à saúde física ou mental da parturiente e do neonato. Fica cristalina a preocupação do legislador em resguardar os direitos das gestantes ao estabelecer que sejam realizadas campanhas de conscientização de toda a sociedade local a fim de disseminar a importância da

garantia dos direitos assegurados pela legislação, haja vista que o seu descumprimento pode ensejar a responsabilização nas esferas civil e penal (ARGENTINA, 2018).

Nesse norte, a Venezuela inseriu no seu ordenamento jurídico a expressão “violência obstétrica” e se tornou o primeiro país latino-americano a utilizar essa denominação na Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de Violencia de 23 de abril de 2007 e a reconhecer como a prática de crime contra as mulheres. A legislação venezuelana entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, que se manifesta através de um tratamento desumano, abuso de medicação e patologização de processos naturais, trazendo consigo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, 2007).

Ademais, este tipo de violência é caracterizado, inclusive, pela negativa de atendimento oportuno e eficaz nos casos de emergência, pela obrigatoriedade em parir em determinada posição, tirando-a o direito de escolher o que a deixar mais confortável, pela objeção em proporcionar o contato do recém-nascido com a mãe sem motivo justificável, pelo uso de técnicas que aceleram o nascimento, sem o consentimento necessário para este fim, pela prática do parto cesariano sem autorização expressa e formal, quando existe a possibilidade saudável de realizar o parto natural (ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, 2007).

A Argentina, por sua vez, apesar de já estabelecer uma série de proteções para a gestante desde 2004, apenas utilizou a nomenclatura “violência obstétrica” com a introdução no ordenamento jurídico da Lei n. 26.485/2009, intitulada como lei de proteção integral para prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres no âmbito em que desenvolvem relações interpessoais. A legislação estabeleceu violência obstétrica como a conduta exercida pelos profissionais de saúde no corpo e nos processos reprodutivos das mulheres, expressa através de tratamento desumano, de abuso de medicamentos e de considerar anormal procedimentos reconhecidamente naturais, em conjunto com a determinação da Lei 25.929 (ARGENTINA, 2009, 2018).

Por fim, imprescindível mencionar que a lei argentina de 2009 proporcionou que os direitos e as garantias das mulheres devem ser observados no âmbito dos procedimentos judiciais, ao estabelecer a gratuidade das ações judiciais e o acompanhamento jurídico necessário, de forma a propiciar resposta oportuna e efetiva ao pleito, a garantia de ser ouvida

pessoalmente pelo magistrado e pela autoridade administrativa competente, e, acima de tudo, que seja levada em consideração a opinião da vítima no que tange decisões que a afetem, assim como a proteção de sua intimidade a fim de assegurar a confidencialidade de suas atuações.

Vale ressaltar que, apesar de as garantias da gestante e a violência obstétrica estarem descritas no ordenamento jurídico latino-americano há aproximadamente 17 (dezessete) anos, o Brasil não possui, em sua legislação, dispositivo de lei específico que conceitue violência obstétrica, garanta proteção à mulher e ao neonato em relação a essa conduta ou estabeleça punição pela sua prática.

Assim, apesar de a violência não ser uma conduta nova na seara da obstetrícia, apenas no ano de 2014, a OMS reconheceu o termo violência obstétrica e se pronunciou a respeito da temática, publicando o documento “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” em que afirma que, no mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). De forma que, tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e a não-discriminação.

Segundo a Organização, 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, exigindo políticas e promoção à assistência obstétrica humanizada, além da adoção de medidas governamentais no sentido de abolir o desrespeito e abuso contra as mulheres durante o parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Nesse diapasão, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos publicou no Diário Oficial da União (DOU) a Recomendação nº 5, de 9 de maio de 2019, ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica, em decorrência do posicionamento do Ministério da Saúde (SEI/MS – 9087621) em abolir o uso do termo violência obstétrica das políticas e programas de saúde, ao afirmar que não há "consenso quanto a definição do termo. Destarte, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos realizou a recomendação para que o ministro da saúde desconsidere o despacho SEI SEI/MS - 9087621, por representar um retrocesso nas políticas públicas de saúde da mulher e saúde materna; e garanta a participação social na formulação da Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) e no Programa Humanização do Parto e Nascimento,

especificamente, mas não apenas, quanto à tipificação das condutas que representam violência obstétrica (BRASIL, 2019).

No Brasil, o maior avanço acerca da responsabilização pela prática da violência obstétrica apenas desenvolveu-se no ano de 2014, com a tramitação do Projeto de Lei 7.633/2014, o qual dispõe sobre a “humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências”, dentre elas estão a condenação civil e criminal dos profissionais de saúde que pratiquem atos de violência obstétrica, com a devida notificação aos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) e de Enfermagem (COREN), para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos, conforme disposto no art. 17, §§ 1º e 2º do respectivo projeto (BRASIL. CONGRESSO NACIONAL, 2014). Todavia, até o presente momento, mesmo após 7 (sete) anos de tramitação, não houve qualquer alteração no âmbito jurídico acerca da responsabilização dos profissionais de saúde pela prática de abusos em suas condutas durante o ciclo gravídico-puerperal.

Assim, para melhor análise e aprofundamento no tema, faz-se necessário conceituar e especificar as variadas nuances em que a violência obstétrica pode ocorrer, quais sejam, física, psicológica e sexual.

### **2.3.1 Violência Obstétrica Física**

Violência física configura-se por ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso). Como exemplos dessa violência no âmbito gestacional estão privação de alimentos; interdição à movimentação da mulher; tricotomia (raspagem de pelos); manobra de *Kristeller*; uso rotineiro de ocitocina para acelerar o parto, fórceps; cesariana eletiva sem indicação clínica; não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada; cesárea sem indicação clínica ou contra a vontade da parturiente (ALMEIDA, 2018).

#### *2.3.1.1 Episiotomia*

A episiotomia, conhecida informalmente como “pique”, consiste em uma incisão realizada na vulva, isto é, entre a vagina e o ânus, baseada na crença de que facilitaria o parto e preservaria a estrutura genital da mulher ao reduzir o dano causado pela laceração natural do períneo, enquanto na verdade aumenta o risco de laceração de terceiro e quarto graus, e o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal. O uso desenfreado dessa prática

incorporada no âmbito da rotina da assistência obstétrica, todavia, foi inconsequente por não avaliar nem os riscos e os benefícios da sua aplicação (LEAL *et al.*, 2014).

Assim, o procedimento é realizado através de bisturi ou tesoura nem sempre acompanhado de analgesia. O “pique” a que a mulher é submetida é profundo, uma vez que pode afetar diversas estruturas do períneo como músculos, vasos sanguíneos e tendões, os quais possuem a função de sustentar os órgãos pélvicos (CIELLO *et al.*, 2012). Quando esse equilíbrio é rompido, pode ocasionar disfunções como incontinência urinária e fecal, consoante o relato do(a) médico(a) obstetra abaixo:

“Aquela questão da episiotomia feita de maneira desnecessária aumenta os riscos da mulher, ela tem mais chance de incontinência urinária, incontinência fecal, de dores na relação sexual. Quer dizer, eu acho que é um problema de saúde pública (...) Tanto é que o Ministério da Saúde fez, há alguns anos atrás, aquela campanha de humanização da assistência ao parto e nascimento. Essa questão das cesáreas desnecessárias, né. Já se sabe que o Brasil faz muita cesárea desnecessária e isso é uma violência porque você tá aumentando o risco de morte dessas mulheres.” (O2) (AGUIAR, JANAÍNA, 2010)

Destaca-se que a prática da episiotomia caracteriza-se, muitas vezes, por ser uma cirurgia realizada sem o consentimento da parturiente e sem que esta seja informada sobre sua necessidade, seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos colaterais. Tampouco se informa acerca de tratamentos alternativos a esse procedimento invasivo (CIELLO *et al.*, 2012).

No parto normal até então pode haver uma indicação válida para realizar episiotomia, mas o uso restritivo da episiotomia é recomendado e deve ser incorporado em todos os serviços de atenção obstétrica. Dessa forma, o percentual de 10% seria um bom objetivo a ser perseguido (WHO, 1996). Todavia, o Brasil destoa dessa recomendação, tendo em vista que atinge o patamar de aproximadamente 72% dos partos, como se integrasse o “pacote do parto normal” (BRASIL, 2009).

“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.’”

“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, atendida no Hospital da Mulher em Santo André-SP (CIELLO *et al.*, 2012)

Como se pode depreender, a episiotomia indiscriminada e de rotina configura-se como uma técnica ultrapassada e desaconselhada por organizações de saúde, além de ser uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e uma violação da integridade corporal feminina.

Vale destacar que, quando ocorre o parto por via vaginal, a mulher pode permanecer com o períneo íntegro, isto é, sem rupturas, as chamadas lacerações. Dessa maneira, se o parto for fisiológico, se o ritmo natural da mulher for respeitado e se ela não receber drogas, na maioria das vezes, ela terá, após o parto, o períneo íntegro, sem qualquer tipo de trauma perineal, não necessitando da episiotomia.

Esse entendimento é difundido pela OMS, a qual recomenda que o uso sistemático desse procedimento não se justifica, pois o períneo deve ser protegido sempre que possível. Ademais, não há evidências de um efeito protetor da episiotomia na condição fetal, mas algumas intercorrências podem predispor o seu uso durante o parto normal como: sinais de sofrimento fetal; progresso insuficiente no processo de dar à luz; ameaça de laceração de 3º grau. Todavia, verificou-se que, caso a episiotomia deixe de ser realizada, o número de mulheres que apresentam ruptura perineal de 3º grau é ínfimo, isto é, inferior a 0,5% (WHO, 1985, 1996).

Apesar das evidências contra o uso rotineiro da episiotomia, algumas mulheres se beneficiam do uso desta técnica. Desta maneira o que deve ser feito é a restrição deste procedimento para os casos nos quais a indicação seja pertinente (LÔBO, 2010).

### 2.3.1.2 Manobra de Kristeller

Outro procedimento considerado violento é a manobra de *kristeller*, a qual é executada durante o parto através da aplicação de pressão fundo do útero em direção à pelve, no exato momento em que ocorre uma contração uterina durante o parto natural, com o objetivo de facilitar a saída do bebê. Atualmente, há diversos estudos que demonstram as graves complicações da prática desse procedimento e, apesar disso, a manobra continua a ser empregada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher ou empurrando seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho (CIELLO *et al.*, 2012; COREN-SC, 2016).

Atualmente, a manobra de *Kristeller* é tratada como uma das práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas do parto, uma vez que pode desencadear a atonia uterina, a qual representa a principal causa de hemorragia e choque hipovolêmico e tem importância fundamental na morbimortalidade materna, sendo a causa principal de histerectomia pós-parto (BRASIL, 2010a).

“ainda alguns a gente usa manobras de *Kristeller*, apesar dela ser proibida, alguns casos que realmente necessitam a gente faz, mas realmente ela é proibida aqui no Brasil (...) ela é proibida (**mas ainda se faz?**) se faz, em qualquer hospital. (A

**manobra de *Kristeller* é você empurrar por cima?)** é, pra baixo com toda força, entendeu, não é você da aquele empurrãozinho, é o empurrão! É você pressionar o estômago, é você fazer força pela paciente. (...) eu não consigo fazer, por que eu não tenho força suficiente, é geralmente quem faz mais é homem, quem empurra ou uma mulher que tem muita força. Eu já tentei e não consegui, em uma emergência você acaba fazendo, não vou falar que não, hospital público, hospital particular, exceto paciente que tenha cesárea anterior, que a gente não faz, não faz de maneira nenhuma. (...) Todo mundo fala “ah, mas não se usa mais” usa-se sim, em todos os hospitais, particular, público, qualquer hospital se precisar usa” (E4). (AGUIAR, JANAÍNA, 2010)

Em que pese os efeitos maléficos que pode desencadear no organismo materno, inclusive o risco de vir a óbito, e da proibição da sua prática no Brasil, os depoimentos de profissionais de saúde demonstram que têm ciência da proibição do procedimento e que mesmo assim a manobra encontra-se frequentemente presente nas instituições de saúde ainda hoje (AGUIAR, JANAÍNA, 2010).

### **2.3.2 Violência Obstétrica Psicológica**

Esta forma de violência utiliza-se de toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuação, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Como exemplo de violência obstétrica psicológica, pode-se elencar os seguintes atos como causadores de sofrimentos psicológicos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais. (CIELLO *et al.*, 2012)

A violência psicológica, apesar de causar traumas e marcas profundas na alma, apresenta maior dificuldade para dar prosseguimento, na via judicial, a denúncias a respeito do caráter violento e danoso provocado pelo profissional de saúde, devido não ocasionar sequelas aparentes como na violência física (AGUIAR, JANAÍNA, 2010).

Todavia, apesar de não deixar marcar físicas, a invasão de sua intimidade, bem como a prática de ações que provoquem constrangimento, a manutenção em posição desconfortável, o emprego de atendimento desumano, violento ou negligente tem o condão de provocar marcas muito profundas na alma, haja vista ser um momento de vulnerabilidade e de extrema importância na vida das gestantes. Essas vivências traumáticas podem ocasionar sequelas graves, fazendo com que seja necessário o tratamento psicológico para tratar depressão ou com que a mulher não queira mais ter filhos com medo de que venha a passar pela mesma

experiência ou venha reavivar os traumas sofridos em sua gestação anterior (ALMEIDA, 2018).

Assim, o abandono pelos profissionais de saúde dessa mulher vulnerável, a negligência em relação às suas inseguranças, medos ou dores pela equipe que deveria proporcionar o seu acolhimento caracterizam a violência obstétrica, a qual pode ocorrer não apenas por ações, mas também por omissões (ALMEIDA, 2018).

A ausência de informações constitui um claro exemplo de omissão, capaz de gerar insegurança, medo ou instabilidade emocional. Dessa maneira, a gestante realiza escolhas que não gostaria com base nas pressões que sofre ou na ausência de informações (ALMEIDA, 2018).

Vale destacar que, conforme pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, a violência psicológica, apesar de não deixar marcas visíveis, acontece frequentemente no ambiente hospitalar em que cerca de 23% das mulheres relata ter escutado ofensas durante o trabalho de parto (GUSTAVO *et al.*, 2010).

### **2.3.3 Violência Obstétrica Sexual**

A violência obstétrica sexual é composta por toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva e podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. Como exemplos dessa violação temos episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal (enema), cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz (posição litotômica), exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento (CIELLO *et al.*, 2012).

#### **2.3.3.1 Episiiorrafia**

Episiiorrafia ou “ponto do marido” constitui na sutura realizada para reverter o corte produzido pela episiotomia ou por lesões na região da vulva, em que é feita até mesmo sem anestesia, provocando dor extrema. O ponto tem como a intenção preservar o prazer masculino, todavia sem levar em consideração a dor que pode ser ocasionada durante a relação sexual e a chance de desenvolver uma infecção (ALMEIDA, 2018; CIELLO *et al.*, 2012).

“Não recebi nenhuma espécie de anestesia e senti cada ponto. A cada ponto eu me contorcía de dor. ‘Não estou conseguindo dar um ponto, a senhora não pára quieta!’ Minha resposta foi irônica, mesmo em meio ao sofrimento físico e desgaste emocional: ‘Desculpe, doutor, mas está doendo pra ca\*\*\*\*\*.’” Ana Cristina Teixeira, atendida na rede pública no Hospital Regional da Asa Norte em Brasília-DF. (CIELLO *et al.*, 2012)

### 2.3.3.2 *Toque vaginal*

Toque no canal vaginal para aferir a evolução da dilatação do colo do útero realizado reiteradamente, principalmente nos hospitais escola, locais em que os exames são repetidos inúmeras vezes sem necessidade para propiciar o aprendizado e sua intimidade fica constantemente exposta como pode ser depreendido dos relatos abaixo (ALMEIDA, 2018):

“Senti meu corpo totalmente exposto, me sentia um rato de laboratório, com aquele entra e sai de pessoas explicando procedimentos me usando para demonstração. O médico mal falou conosco, abriu minhas pernas e enfiou os dedos, assim, como quem enfia o dedo num pote ou abre uma torneira.” A.F.G.G., atendida na rede pública em Belo Horizonte-MG (CIELLO *et al.*, 2012)

Dessa maneira, verifica-se a submissão da mulher a procedimentos desnecessários, dolorosos, com a finalidade de antecipar o exercício da prática desse procedimento para propiciar aprendizado, desrespeitando, assim, a integridade física das pacientes, bem como seu direito inviolável à intimidade, traduzindo-se em violência de cunho institucional, físico e, até mesmo, sexual.

### 2.3.3.3 *Cesárea*

A cesárea pode ser enquadrada como uma modalidade de violência obstétrica sexual quando a gestante não é ao menos informada de que será submetida a este tipo de parto ou não consinta com a sua realização (ALMEIDA, 2018).

Diversas mulheres têm a expectativa de terem parto normal, entretanto algumas recebem a informação de que o obstetra não realiza esse tipo de parto ou são pressionadas a realizar a cesárea quando já se encontram na sala de parto e têm medo de que algo ruim possa ocorrer durante o nascimento do seu bebê em virtude da negativa do procedimento. Os artifícios utilizados para convencer a gestante a realizar a cesárea são os mais diversos, mesmo com todos os exames regulares. Ademais, o uso indiscriminado da ocitocina artificial, que ao ser ministrado provoca fortes contrações e, conseqüentemente, dor antes que a dilatação do canal uterino esteja completa, induz a gestante a optar pela cesárea (ALMEIDA, 2018; CIELLO *et al.*, 2012).

O Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas, com aproximadamente 1,6 milhão de operações cesarianas realizadas a cada ano. Nas últimas décadas, a taxa nacional de

operações cesarianas tem aumentado progressivamente e ultrapassam o limite tolerado. Dessa forma, operação cesariana tornou-se o modo mais comum de nascimento no País. A taxa de operação cesariana no Brasil está ao redor de 56%, havendo uma diferença significativa entre os serviços públicos de saúde (40%) e os serviços privados de saúde (85%) (BRASIL, 2016), contrariando a OMS que afirma não haver justificativa para qualquer região ter uma taxa superior a 10-15%, uma vez que os países que apresentam as taxas de mortalidade perinatal mais baixas do mundo têm taxas de cesarianas inferiores a 10% (WHO, 1985).

Nesse panorama, a estatística brasileira demonstra que muitas mulheres foram e continuam sendo submetidas a uma cirurgia de grande porte sem necessidade e com complicações inerentes ao procedimento diante da ausência de informação adequada acerca dos riscos que expõem a si e ao seu bebê (ALMEIDA, 2018). Tal fato é tão preocupante que, diante da ocorrência abusiva de cesarianas, foi, inclusive, objeto de Ação Civil Pública (ACP) que tinha como um dos objetivos a redução do número de cesarianas e a adoção de práticas humanizadoras no nascimento (BRASIL. JUSTIÇA FEDERAL, 2015).

A escolha pelo procedimento cirúrgico pode ser explicada pela imposição da violência, da posição do parto e das interferências obstétricas desnecessárias, que perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos, no parto vaginal. O parto normal, então, passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Dessa maneira, não surpreende que as mulheres busquem na cesárea como a melhor forma de dar à luz, sem a presença de violência, dor ou sofrimento, o que pode ser garantido através da cesárea eletiva (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, 1993).

No Brasil, incluem-se como rotina a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia) e, em muitos serviços como os hospitais-escola, a extração do bebê com fórceps nas primíparas. Este é o modelo aplicado à maioria das pacientes do SUS hoje em dia. Para a maioria das mulheres do setor privado, esse sofrimento pode ser prevenido, por meio de uma cesárea eletiva (DINIZ, CARMEN SIMONE GRILO, 2005).

A OMS estabelece, na sua obra “Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas”, que esforços devem ser empregados para que as cesáreas sejam realizadas nas situações em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas. Assim, quando realizadas por motivos médicos, esse procedimento é capaz de reduzir tanto a mortalidade quanto a morbidade materna e perinatal, isto é, em situação de alto risco, a cesariana pode salvar a vida da mulher, do bebê ou de ambos. No entanto, utilizar a cesariana de forma

eletiva – como regra, não exceção – é inaceitável do ponto de vista das evidências científicas. Vale mencionar que não existem evidências de que o seu uso em gestantes e bebês, que não necessitem dessa intervenção, traga benefícios, haja vista que, por ser um procedimento cirúrgico, por si só, já acarreta riscos a curto e longo prazo (OMS, 2015; UNICEF, 2017). Sob essa ótica, as intervenções médicas na gravidez e no parto – como a cesárea – são úteis quando bem indicadas e necessárias, mas, como quaisquer intervenções, trazem riscos tanto para a mãe e como para a criança (DINIZ, SIMONE GRILO; CHACHAM, 2002).

Dessa forma, fica evidenciado de que a cesariana, em si, não é uma prática ilícita, o que causa preocupação, do ponto de vista social, á a alta taxa brasileira, uma vez que é recomendada para questões específicas em face do risco que apresenta. Do ponto de vista individual, a realização do procedimento pode ou não ferir a autonomia da parturiente dependendo do procedimento ser fruto ou não de uma decisão autônoma, livre, informada e consciente por parte da parturiente.

#### **2.3.4 Violência Obstétrica No Abortamento**

O abortamento espontâneo ocorre em aproximadamente 10 a 15% das gestações e envolve sensações de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo atenção, técnica adequada, segura e humanizada, incitando profissionais, independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, a preservarem uma postura ética, e garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres, uma vez que a atenção humanizada em abortamento é direito de toda mulher e dever de todo profissional de saúde (BRASIL, 2011).

Mulheres em situação de abortamento espontâneo ou induzido, que necessitam da assistência dos serviços de saúde de atenção obstétrica e pronto socorros, comumente encontram dificuldades para obter atendimento adequado e humanizado. A dificuldade de acesso a serviços qualificados de saúde e atendimento adequado pode ser considerada como um fator indireto que contribui com a ocorrência do óbito materno (CIELLO *et al.*, 2012).

A equipe de saúde deve estar preparada para efetuar o acolhimento; realizar os procedimentos técnicos de forma humanizada e com prévia informação acerca das intervenções a que serão submetidas, sobre as condições clínicas da usuária, os resultados de exames, os cuidados para evitar complicações posteriores e o acompanhamento pós-abortamento; dar encaminhamentos aos problemas apresentados pelas mulheres, oferecendo soluções possíveis e priorizando o seu bem-estar e comodidade; garantir a privacidade no

atendimento e a confidencialidade das informações; prestar apoio emocional imediato e encaminhar, quando necessário, para o atendimento continuado em médio prazo (BRASIL, 2011).

Muito embora seja preconizado o tratamento humanizado, através do atendimento acolhedor por parte dos profissionais de saúde, pesquisa demonstra que 53% das mulheres que tiveram aborto provocado sofreram alguma violência na assistência médica. Dessa forma, essas mulheres não foram informadas acerca dos procedimentos técnicos a que seriam submetidas; foram ameaças a serem denunciadas a autoridades policiais; aguardaram horas para serem atendidas, não sabendo se seriam internadas ou não; e foram obrigadas a olhar para o feto abortado, sendo essa última conduta relatada por 95% das entrevistadas (GUSTAVO *et al.*, 2010).

### **3 DIREITOS DA MULHER DISPOSTOS NA CF/88 E NA LEGISLAÇÃO**

Por um longo período, a sociedade foi regulada por leis extremamente discriminatórias, especialmente na questão de gêneros.

O Código Civil de 1916, por exemplo, era o espelho da sociedade da época, ao retratar um povo marcadamente conservador e patriarcal. Assim, o ordenamento jurídico agraciava o homem através de autoridade e do controle exclusivo da família, consagrando, dessa maneira, a superioridade masculina. O modelo eminentemente patriarcal, por exemplo, está disposto no artigo 6º do CC/1916, o qual demonstra a falta de autonomia feminina e, conseqüentemente, das mulheres casadas ao determinar que estas seriam incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer, enquanto subsistir a sociedade conjugal. Já o artigo 240 do mesmo Código, impõe a obrigatoriedade de adotar os apelidos do marido, pois as famílias eram reconhecidas através do sobrenome do patriarca (BRASIL, 1916).

Nesse norte, fica cristalina que a autonomia feminina era ferida não só no âmbito familiar, mas também em relação à sua profissão e à sua intimidade, de forma que a esposa que pretendesse exercer sua atividade laboral deveria necessariamente da autorização de seu cônjuge (Art. 242, VII, CC/1916). Outra cicatriz também presente nessa sociedade patriarcal era o entendimento de que defloramento feminino, caso fosse ignorado pelo marido, por ser considerado um erro essencial, era passível de ação para anulação do matrimônio contraído com mulher já deflorada (BRASIL, 1916).

Assim, conforme o histórico jurídico e legislativo brasileiro, verifica-se a presença de políticas machistas, discriminatórias e excludentes que se perpetraram ao longo do tempo. Nesse sentido, fica evidente que a mulher era considerada inferior, sendo inclusive sua participação política ínfima ou até mesmo nula, haja vista que apenas obteve o direito ao voto em 1932, através do Decreto nº 21.076, que determinava em seu artigo 2º que era considerado eleitor o cidadão maior de 21 anos, sem distinção de sexo (BRASIL, 1932).

Apesar da conquista política, a Lei nº 4.121, de 27 de agosto de 1962, conhecida como Estatuto da Mulher Casada, demonstrava como a autonomia feminina ainda era incipiente. A legislação supracitada devolveu à mulher sua capacidade anteriormente retirada, mas ainda era vedado à mulher praticar alguns atos sem a expressa autorização do marido, por força do disposto no artigo 242. Todavia, diferentemente do Código Civil de 1916, o marido era considerado o chefe da sociedade conjugal, entretanto exercia sua função com o auxílio da esposa (art. 233, Lei nº 4.121/1962). Esse mesmo artigo dispõe em seus incisos que cabe ao marido a representação legal da família; a administração dos bens comuns e dos particulares da mulher que a ele incumbir administrar, em virtude do regime matrimonial adotado, ou de pacto, antenupcial; o direito de fixar o domicílio da família ressalvada a possibilidade de recorrer a mulher ao Juiz, no caso de deliberação que a prejudique; e de prover a manutenção da família, guardadas as disposições dos artigos 275 e 277 (BRASIL, 1962). Tal entendimento legislativo demonstra uma pequena evolução no ordenamento jurídico, mas não o suficiente para garantir a autonomia plena.

Com o objetivo de promover mais conquistas às mulheres, a Lei nº 6.515, de 26 de dezembro de 1977, que regula os casos de dissolução da sociedade conjugal e do casamento, retira a obrigatoriedade da esposa acrescentar aos seus o sobrenome do marido. Outra alteração trazida pela mencionada lei foi quanto aos bens entre os cônjuges, uma vez que o silêncio dos nubentes ou não havendo convenção, ou sendo esta nula, vigorará o regime de comunhão parcial de bens e não mais a adoção da comunhão universal (BRASIL, 1977).

Contudo, foi apenas com o advento da Carta Magna de 1988 que a autonomia feminina ganhou maior expressividade. Ao contrário do Código Civil de 1916, que conferia exclusividade do controle familiar ao patriarca e que, à contrassenso, continuava em vigor, apesar de muitos dispositivos não mais se justificarem por destoarem dos fundamentos constitucionais, a CF/88 determinou que os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher (§ 5º do art. 226), isto porque, com a sua entrada em vigor, a discriminação era proibida expressamente, como consta no art. 3º, IV, em

relação à origem, à raça, ao sexo, à cor, à idade e a quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

Ademais, enfatizou-se, pela primeira vez, a igualdade entre os gêneros, em direitos e obrigações, conforme positivado no primeiro inciso do artigo 5º, o qual, por tratar acerca dos direitos e garantias fundamentais, possui status de cláusula pétrea e, por isso, não é passível de supressão, impondo limitações materiais ao poder de reforma da constituição de um Estado. Dessa forma, o texto constitucional vigente até a presente data pode ser considerado o maior ganho jurídico para a autonomia feminina, haja vista dispor acerca do tratamento igualitário, restando vedadas quaisquer diferenciações arbitrárias que não se norteiem pelos valores da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Portanto, o que se veda são as diferenciações arbitrárias ou absurdas, uma vez que o tratamento desigual, em casos desiguais, é fator indispensável para alcançar a justiça. Nesse sentido, as chamadas liberdades materiais têm por objetivo garantir que as leis não sejam meras folhas de papel como criticava o filósofo Ferdinand Lassalle de modo que a igualdade de condições não ocorra apenas de maneira formal por meio das leis, mas também pela aplicação de políticas ou programas de ação estatal (LASSALLE, 2006).

Com o objetivo de garantir essa aplicabilidade, a CF estabelece algumas diferenciações com a finalidade de atenuar os desníveis existentes no tratamento em razão do gênero, quais sejam, licença à gestante com duração superior à licença-paternidade (arts. 7º, XVIII e XIX, CF); proteção do mercado de trabalho da mulher (arts. 7º, XX, CF); prazo mais curto para a sua aposentadoria por tempo de serviço no âmbito do regime próprio e geral de previdência social (art. 40, § 1º, III e 201, § 7º, I e II, CF); além de isenção de prestar serviço militar (art.143, § 2º, CF) (BRASIL, 1988).

Essas exceções têm fundamentação na origem biológica, na discriminação do mercado de trabalho e na jornada extenuante que desempenham seja no ambiente familiar, doméstico e/ou empregatício. Assim, não há dúvida de que a mulher, de fato, sofre alterações fisiológicas e metabólicas decorrentes da gestação e do parto, necessitando de um período de repouso. Além disso, a participação ativa da mãe, no processo de amamentação, que ocorre em curtos espaços de tempo, devido à necessidade biológica do bebê, assegura não só o direito do genitor, mas principalmente do neonato em relação a uma série de direitos como o direito da vida, da saúde, da alimentação, da dignidade, do respeito e da convivência familiar, garantindo-lhe o estreitamento dos laços entre mãe-bebê a fim de protegê-lo de qualquer forma de negligência (BRASIL. STF, 2020).

Dessa maneira, o tratamento diferenciado se justifica em pleno século XXI, uma vez que ainda existem, de fato, situações de desigualdade que privilegiam os homens, quanto a condições de trabalho e, principalmente, de salário (MACIEL, 1997). Por fim, e não menos importante, o desnível no binômio homem-mulher merece prosperar em função do desempenho de múltiplos papéis exercidos por muitas mulheres, as quais possuem dupla para executar o papel de mãe, dona de casa e trabalhadoras, o que gera sobrecarga e exaustão (VICENTE, 2018).

### 3.1 DIREITOS DA PARTURIENTE

Como exposto anteriormente, a CF/88 apresentou um marco na luta de igualdade de condições entre homens e mulheres e introduziu no ordenamento jurídico proteção à maternidade, especialmente à gestante. Dessa forma, evidencia-se o cuidado do legislador de propiciar tratamento digno à gestante e a preocupação com a conduta que lhe é ofertada (BRASIL, 1988).

Prova desse cuidado pode ser verificada através da Lei nº 9.263 de 1996, que trata do planejamento familiar e estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que diz respeito a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, o acompanhamento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato através da capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva (BRASIL, 1996b).

Segundo dispõe o Ministério as Saúde, “a saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada também no contexto cultural, histórico e antropológico, onde estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doenças”. O Ministério vai além e determina que através da “abrangência conceitual que será possível identificar estratégias e programas de saúde que possam reduzir a distância entre os vastos e importantes conhecimentos científicos e tecnológicos adquiridos neste século e sua limitada aplicação, através de uma visão humanística, na promoção da saúde das pessoas” (BRASIL, 2010a).

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição necessária para o adequado acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal. Dessa forma, torna-se obrigação das unidades receber com dignidade a mulher e o recém-nascido. A adoção de práticas

humanizadas garante, assim, a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, 2014).

Nessa vereda, a Portaria nº 1.067 de 4 de julho de 2005 institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, a qual determina que toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura. Essa assistência no tratamento é estendida de igual modo ao neonato. A portaria estabelece, ainda, que é dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, reconhecendo-os como sujeitos de direitos, inclusive de autonomia e de protagonismo. Dessa maneira, o principal objetivo da atenção obstétrica e neonatal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do recém-nascido. Ademais, a atenção com a qualidade e a humanização depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas, conforme estabelecido no Código de Ética Médica (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019a).

Não faltam, portanto, referências técnicas sobre os procedimentos necessários à humanização do atendimento à saúde. A Lei nº 11.634 de 2007, por exemplo, estabelece que toda gestante, atendida pelo SUS, possui o direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto e maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal (BRASIL, 2007).

A recente Lei nº 11.108 de 2005 constitui outro exemplo de empatia e de acolhida em relação à parturiente, em um momento em que esta se encontra em estado físico e emocional vulnerável. A mencionada lei garante à parturiente o direito de indicar um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS (BRASIL, 2005). Dessa maneira, os serviços de saúde do SUS ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante toda a fase do ciclo gravídico-puerperal. Assim, esse dispositivo alterou a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao incluir o capítulo intitulado como “Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” (BRASIL, 1990b).

Em que pese a lei do acompanhante estar em vigor desde 2005, a escolha da gestante por vezes é ignorada ao mencionar que “só pode entrar se for uma mulher”, “só pode entrar se for o pai”, “só pode entrar se for da família”, “só pode entrar se for profissional da área médica”, restringindo a sua prerrogativa de poder indicar qualquer acompanhante para acompanhá-la durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Ademais, é vedado realizar ressalvas quanto ao tempo de permanência do acompanhante, ao tipo de parto escolhido ou à instituição, seja pública ou privada (CIELLO *et al.*, 2012).

Vale destacar que a parturiente pode valer-se da prerrogativa acima, além de indicar uma doula para acompanhá-la nesse processo, haja vista que essa profissional está habilitada para oferecer apoio físico, informacional e emocional à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, através de suporte contínuo, visando uma melhor evolução desse processo e do bem-estar da parturiente, conforme dispõe o Projeto de Lei n.º 8.363 de 2017, que tramita na Câmara dos Deputados (BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2017).

Apesar do Projeto de Lei ainda não estar aprovado, o estado de Santa Catarina já possui em seu corpo jurídico a Lei n.º 16.869, de 15 de janeiro de 2016, a qual obriga maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada, a permitir a presença de doulas durante o ciclo gravídico-puerperal, sempre que solicitadas pela parturiente, sob pena de sanções caso incorrer em descumprimento. Além da punição, a lei deixa claro que a presença da doula não se confunde com a presença do(a) acompanhante instituído pela Lei Federal n.º 11.108/2005 (SANTA CATARINA, 2016)

Nessa toada, fica clara a unidade a ser protegida, mãe e filho. Assim, foi nessa vertente de humanização, que o legislador garantiu a concessão da licença-maternidade. Com relação ao benefício previdenciário, o Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Edson Fachin, acertadamente mencionou e reconheceu, no seu voto acerca da Medida Cautelar na ADI 6.327, a importância da licença maternidade ao afirmar que este benefício não se trata apenas do direito do genitor, mas sim do direito do neonato, no cumprimento do dever da família, a fim de assegurar a proteção do menor através do direito à vida, à saúde, à alimentação, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e o colocar a salvo de qualquer forma de negligência. Esse direito garante ao binômio mãe-bebê, neste período de dependência de cuidados constantes, a proteção constitucional à maternidade, à infância e à convivência familiar e materna (BRASIL. STF, 2020).

Com o objetivo de continuar a estreitar o vínculo materno após o retorno ao ambiente de trabalho a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) estabeleceu no art. 396 o direito da

puérpera, que voltar ao trabalho antes do sexto mês do bebê, inclusive advindo de adoção, de gozar a 2 (dois) descansos especiais de meia hora cada um, para amamentar seu filho (BRASIL, 1943).

Não se pode negar o cuidado despendido pelo legislador, contudo, esse dispositivo contraria o determinado pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), os quais recomendam que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama, conhecida como amamentação em livre demanda, a qual respeita as necessidades biológica, psicológica, afetiva, emocional do bebê (BRASIL, 2015b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019). Nessa perspectiva, por muitas vezes, o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê é rompido com a interrupção da amamentação para propiciar o retorno às atividades laborais.

Por fim, importa mencionar que o direito à maternidade está envolto por uma série de direitos, dentre os quais podemos elencar o direito à vida, o direito à saúde, o direito às integridades física, mental e moral, e de princípios como a dignidade da pessoa humana e a autonomia, sendo o primeiro um princípio fundamental e basilar e, tamanha a sua importância, está expresso já no artigo 1º da Constituição brasileira (ALMEIDA, 2018).

#### **4 RESPONSABILIDADE CIVIL**

A responsabilização do ofensor seja pela conduta comissiva ou omissiva evoluiu ao longo da história, substituindo a vingança privada por procedimentos que buscam restaurar o *status quo ante* ou, na sua impossibilidade, pagar uma indenização, quando for viável estipular o prejuízo, ou uma compensação, ante a impossibilidade de valorar o dano. Assim, com o objetivo de analisar o seu desenvolvimento, será abordado o seu conceito, a sua subdivisão, a sua natureza, bem como os seus elementos.

##### **4.1 CONCEITO JURÍDICO DE RESPONSABILIDADE CIVIL**

A etiologia do termo responsabilidade tem sua origem no verbo latino *respondere*, ou seja, a obrigação que alguém deva assumir com as consequências jurídicas de seus atos, e na raiz *spondeo*, isto é, o compromisso assumido pelo devedor nos contratos verbais (*estipulaceo*) (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

Assim, a responsabilidade civil exprime a ideia de restauração de equilíbrio, de contraprestação, de reparação de dano por violação ao princípio fundamental da proibição de ofender ou de não lesar ninguém (*neminem laedere*), por violação de determinada norma

jurídica ou por ter descumprido um negócio jurídico pactuado. Tal conduta (ação ou omissão) faz com que seu responsável seja compelido a restaurar o *status quo ante* ou, na sua impossibilidade, ser obrigado a pagar uma indenização, quando for viável estipular o prejuízo, ou uma compensação, ante a impossibilidade de valorar o dano. Dessa forma, a responsabilidade civil configura-se como um dever jurídico sucessivo, haja vista que tem seu início com a violação de um dever jurídico primário, uma obrigação, e possuem consequências jurídicas variáveis a depender dos interesses lesados (CAVALIERI FILHO, 2012; PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

Salienta-se que, a violação de um dever jurídico, como o respeito à integridade física, configura um ilícito, que, quase sempre, acarreta dano a outrem, gerando, conseqüentemente, um novo dever jurídico, qual seja, o de reparar o dano. Isto posto, fica cristalina a responsabilidade civil do profissional de saúde frente às suas condutas ensejadoras de danos à parturiente, uma vez que ocorre o desvio de conduta, ou seja, práticas contrárias ao direito e danosas à mulher e/ou ao neonato. Assim, como dispõe o livro “Programa de Responsabilidade Civil”, só se cogita responsabilidade civil onde houver violação de um dever jurídico e dano. Dessa forma, o agente causador do dano deve ressarcir o prejuízo decorrente da violação de um dever jurídico preexistente (CAVALIERI FILHO, 2012), consoante disposto no artigo 927 do Código Civil (BRASIL, 2002).

No mesmo norte, a doutrina dispõe que o ato ilícito é a conduta humana que fere, inclusive, direitos subjetivos privados, estando em desacordo com a ordem jurídica e causando danos a alguém (TARTUCE, 2017), conforme positivado no art. 186 do CC. Ao lado do primeiro conceito de antijuridicidade, o art. 187 do CC dispõe que também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico e social, pela boa-fé ou pelos bons costumes, ou seja, traz a responsabilidade civil do ato que é originariamente lícito, mas excedeu os limites impostos (BRASIL, 2002).

A fim de configurar a responsabilidade civil, faz-se necessário analisar os seus elementos constitutivos, quais sejam, conduta (ação ou omissão), dano e nexos causal (CAVALIERI FILHO, 2012; PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017; TARTUCE, 2017).

A definição doutrinária demonstra a necessidade de reparação e de ressarcimento pelos abalos psicológicos, ocasionados pela perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e processos reprodutivos, impactando negativamente na

qualidade de vida, e pelas lesões físicas instaladas em seus corpos fruto da prática de abusos em suas condutas durante o ciclo gravídico-puerperal.

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 (CIELLO *et al.*, 2012).

Assim, fica cristalino que, não apenas o profissional de saúde pode praticar violência obstétrica e ser sujeito ativo, mas também qualquer funcionário que participe do atendimento destinado à gestante seja no período anterior ao parto, como ao longo do processo de dar a luz, bem como o período posterior.

#### 4.2 NATUREZA JURÍDICA DA RESPONSABILIDADE CIVIL E FUNÇÃO DA REPARAÇÃO CIVIL

A natureza da responsabilidade civil será sempre sancionadora. Assim, a consequência lógico-jurídica pela prática de um ato ilícito não é a pena, mas sim a sanção (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

Neste diapasão, a sanção estipulada serve para reparar os danos causados pelo ofensor para compensar a vítima, punir a conduta ilícita e educar a fim de desmotivar a prática da conduta lesiva pela sociedade (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

A função primária configura a premissa mais importante, uma vez que a reparação civil permite a compensação da vítima para tentar obter o retorno ao *status quo ante*. Dessa maneira, quando possível, repõe-se o bem danificado ou, quando inviável essa possibilidade, atribui-se a indenização através de um *quantum* equivalente ao valor do bem ou a compensação quando não for possível avaliar o valor do dano (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

A punição e a educação social enquadram-se como funções secundárias da responsabilidade civil. Aquela ocorre devido à ausência de cuidado por parte do ofensor na prática de seus atos, de maneira a influenciá-lo a não mais incidir nessa prática. Já a função socioeducativa tem o condão de mostrar à sociedade de que condutas semelhantes não serão toleradas, uma vez que se tornará público o dever de indenizar e a punição sofrida pelo autor do dano a título de exemplo (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

### 4.3 ELEMENTOS

A conduta humana, através do pressuposto da culpa em sentido lato, está prevista no artigo 186 do CC ao mencionar a ação (conduta positiva) ou omissão (conduta negativa) voluntária, negligência ou imperícia. A culpa, entretanto, não é pressuposto geral da responsabilidade civil, haja vista que a responsabilidade objetiva prescinde do elemento subjetivo culpa para ser configurado. Assim, a culpa não representa um elemento essencial, mas sim accidental. Dessa maneira, os elementos básicos da responsabilidade civil são a conduta humana, seja ela positiva ou negativa, o dano e o nexos causal (CAVALIERI FILHO, 2012; PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017; TARTUCE, 2017).

#### 4.3.1 Conduta Humana (positiva ou negativa)

A conduta humana positiva (ação ou comportamento ativo) ou negativa (omissão ou comportamento passivo) realizada por alguém voluntariamente e que provoca um prejuízo ou um dano enseja responsabilidade civil, consoante mencionado alhures. O comportamento voluntário não significa que o ofensor teve a intenção de transgredir um dever e provocar um dano a outrem ou violar um direito, mas sim que possuía consciência dos seus atos que estava praticando, não se exigindo, necessariamente, a consciência subjetiva da ilicitude da sua conduta (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

Necessário mencionar que o Código Civil brasileiro aceita não apenas a responsabilidade civil por ato próprio ou direta como a responsabilidade civil por ato de terceiro ou indireta, conforme disposto no artigo 932, *in verbis* (BRASIL, 2002):

Art. 932. São também responsáveis pela reparação civil:

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

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

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

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

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

O dever de indenizar, seja através de ato próprio ou de terceiro, não é imposto por qualquer conduta humana, mas apenas será exigido se a sua atuação lesiva for contrária ao direito, ilícita ou antijurídica (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

### 4.3.2 Dano ou Prejuízo

Dano ou prejuízo são causados por ações ou omissões do sujeito infrator aptos a provocar lesão a um interesse jurídico tutelado, seja ele patrimonial ou não. Assim, o dano não está adstrito ao dano material, isto é, poderá ser desencadeado pela agressão a direitos ou interesses personalíssimos (GONÇALVES, 2019; PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

O conceito clássico de dano é patrimonialista, uma vez que o define como aquele apto a provocar uma “diminuição do patrimônio”, contudo, sua definição, em sentido amplo, constitui na diminuição ou subtração de um “bem jurídico”, de forma a abranger não só o patrimônio, mas também institutos como a honra, a saúde, a vida, os quais possuem elevada importância e, portanto, suscetíveis de proteção (GONÇALVES, 2019).

Nas palavras de Sérgio Cavalieri Filho (2012, p. 76–77):

“o dano é, sem dúvida, 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. A obrigação de indenizar só ocorre quando alguém pratica ato ilícito e causa dano a outrem. O dano encontra-se no centro da regra de responsabilidade civil. O dever de reparar pressupõe o dano e sem ele não há indenização devida. Não basta o risco de dano, não basta a conduta ilícita. Sem uma consequência concreta, lesiva ao patrimônio econômico ou moral, não se impõe o dever de reparar”.

Dessa maneira, fica claro que para configurar o dever de indenizar é indispensável a presença do dano ou prejuízo, ou seja, de uma lesão a um interesse jurídico tutelado, patrimonial ocasionado por uma conduta humana. O dever de indenizar, por sua vez, resta necessário na impossibilidade de restaurar o *status quo ante* e quando for viável estipular o prejuízo. Todavia, na inviabilidade de obter tal desiderato, será efetuada por meio de compensação (CAVALIERI FILHO, 2012; PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

Assim, para que um dano seja reparado, são necessários alguns requisitos, quais sejam, a violação de um interesse patrimonial ou não de pessoa física ou jurídica; a certeza do dano, isto é, o prejuízo deve ser certo, efetivo e indenizável; e a subsistência do dano (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

Salienta-se então que, para que haja o dever de reparar, não basta o risco do dano ou que a conduta tenha sido culposa ou até dolosa sem que haja uma consequência concreta e lesiva ao patrimônio econômico e moral, haja vista que o dano constitui o elemento preponderante (CAVALIERI FILHO, 2012).

#### 4.3.2.1 *Dano moral ou extrapatrimonial*

Atinge os bens de cunho personalíssimo, ou seja, invade os direitos inatos ao homem e, portanto, sem expressão pecuniária essencial e não comercialmente reduzível a dinheiro em razão da esfera da subjetividade. Como exemplos desse tipo de violação, podem-se citar lesões ao direito à vida, à integridade física, à integridade psíquica e à integridade moral, bens jurídicos tutelados constitucionalmente (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

Vale mencionar que, o Código Civil, em seu artigo 186, determina que o ato ilícito configura-se pela ação ou omissão voluntária, negligência ou imperícia que violar direito e causar dano à terceiro ainda que decorrente de lesão de cunho exclusivamente moral (BRASIL, 2002).

No cenário do dano extrapatrimonial, necessário se faz distinguir dano moral direto do indireto. O primeiro nada mais é do que o dano moral propriamente dito, isto é, danos que violam a seara dos direitos personalíssimos já citados anteriormente. Já o dano moral indireto decorre de um dano de natureza patrimonial que produz consequências e prejuízos na esfera extrapatrimonial da vítima, a qual será compensada pelo infrator (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

Essa compensação, todavia, não ocorre *in natura*, haja vista que, diferentemente dos danos de natureza material ou patrimonial, é impossível restituir o seu *status quo ante*. Dessa forma, a compensação é arbitrada judicialmente e corresponde a soma pecuniária que possui a finalidade de atenuar o dano sofrido, isto é, o dinheiro não tem a função de equivalência pelo prejuízo suportado, mas sim satisfatória (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

#### 4.3.2.2 *Dano material ou patrimonial*

Traduz-se através de danos em bens ou direitos que possuem patrimônio economicamente aferível, podendo, em alguns casos, ser subdivididos em danos emergentes e lucros cessantes. Aqueles correspondem ao prejuízo experimentado pela vítima, já estes dizem respeito ao que a vítima deixou de lucrar devido ao dano sofrido. Ambos, porém, devem ser provado a fim de permitir que a indenização seja devida (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

### 4.3.3 **Nexo de causalidade**

Configura-se por ser um elo entre a conduta humana voluntária positiva ou negativa e o dano ocasionado por essa prática. Assim, apenas é possível efetuar a responsabilização do

infrator se a sua conduta foi determinante para causasse um prejuízo (CAVALIERI FILHO, 2012; PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017; TARTUCE, 2017).

A título de curiosidade, há algumas teorias, no ordenamento jurídico, que buscam explicar o nexo de causalidade (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017; REINIG; RODRIGUES, 2021; TARTUCE, 2017):

- a) Teoria da equivalência de condições (*conditio sine qua non*);
- b) Teoria da causalidade adequada;
- c) Teoria da causalidade direta ou imediata (interrupção do nexo causal)

A Teoria da equivalência de condições (*conditio sine qua non*) estabelece que todos os fatores causais que concorram para o resultado serão considerados como sua causa, de forma que todas as condições de um dano guardam um caráter equivalência, haja vista que concorreram para obter o resultado. Assim, qualquer antecedente do evento danoso é considerado como uma causa, não importando se efetivamente teve o condão de provocar o prejuízo (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017; TARTUCE, 2017).

O inconveniente dessa teoria é o seu amplo alcance, uma vez que será imprescindível analisar todos os antecedentes do evento danoso e ocasionar uma longa investigação dos inúmeros de agentes na situação da ilicitude (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017; TARTUCE, 2017).

A segunda, teoria da causalidade adequada, é mais restrita e, portanto, discorda da Teoria da equivalência de condições (*conditio sine qua non*), uma vez que acredita que não se pode considerar que todas as causas antecedentes teriam efetiva participação para a ocorrência do resultado. Dessa maneira, essa teoria apenas atribui ao resultado danoso as causas que foram mais apropriadas para configurar o evento, isto é, a causa a ser considerada deve ser necessária e adequada para efetivar o prejuízo (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017; TARTUCE, 2017).

Essa teoria, entretanto, possui a desvantagem de, por restringir as causas aptas para provocar o dano, aumentar a discricionariedade do julgador para estabelecer, no caso concreto, quais as causas tiveram relação com o resultado danoso (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

Já a teoria da causalidade direta ou imediata (interrupção do nexo causal), também conhecida como teoria da causalidade necessária, essa teoria considera causa aquela que necessariamente, por sua consequência direta ou imediata, provoque o resultado danoso, ainda

que de forma remota (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017; TARTUCE, 2017). Essa teoria, apesar de amplamente utilizada no ordenamento jurídico brasileiro, possui algumas inconsistências a saber: sua nomenclatura sugere que a causa do dano não poderia ser remota, indireta e mediata, contudo, poderá ser considerado dano necessário se não houver outra causa capaz de explicar o dano; não oferece critério para solucionar critérios relacionados à causalidade, o que faz com que o seu critério seja confundido com o da teoria da causalidade adequada (REINIG; RODRIGUES, 2021).

Há, ainda, uma quarta teoria chamada de teoria do escopo (de proteção) da norma ou teoria da relatividade aquiliana, que realiza a análise do escopo protetivo sob três aspectos: pessoal (quanto à pessoa protegida), material (quanto ao bem jurídico protegido) e modal (quanto ao risco que se busca evitar). Contudo, essa teoria permanece desconhecida da jurisprudência brasileira, que possui predileção pela teoria da causalidade necessária e teoria da causalidade adequada (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017; REINIG; RODRIGUES, 2021).

#### 4.4 RESPONSABILIDADE CIVIL SUBJETIVA

A exigência de culpa era um pressuposto para configurar a responsabilidade civil e iniciou no ordenamento jurídico brasileiro no Código Civil (BRASIL, 1916) ao adotar a teoria subjetivista nos termos do artigo 159, *in verbis*:

“Art. 159. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, fica obrigado a reparar o dano. A verificação da culpa e a avaliação da responsabilidade regulam-se pelo disposto neste Código, arts. 1.518 a 1.532 e 1.537 a 1.553”.

A culpa decorre de uma afronta ao dever de conduta estabelecida pelo ordenamento jurídico. Este instituto, em sentido amplo, engloba a culpa em sentido estrito e o dolo. Aquele é caracterizado pela presença de negligência (falta de observância do dever de cuidado), imprudência (agente do dano enfrenta, desnecessariamente, o perigo) ou imperícia (decorre da ausência de aptidão ou habilidade em realizar uma atividade técnica ou científica), de forma que a atuação do agente é culposa. Já o dolo decorre pela violação proposital (CAVALIERI FILHO, 2012; PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017; TARTUCE, 2017).

Dentre os elementos que compõe a culpa lato sensu estão a voluntariedade do comportamento do infrator, a previsibilidade e a violação de um dever de cuidado. Assim, para que ocorra a culpabilidade e, conseqüentemente, a responsabilidade civil, a conduta do causador do dano deve ser voluntária. Se essa voluntariedade for acompanhada do propósito

da consecução do dano e da inobservância do dever de cuidado, será caracterizado o dolo, todavia, se desprovido da intencionalidade, mas acompanhado da violação do dever de cuidado sob a presença de suas três formas de manifestação (negligência, imprudência ou imperícia), haverá a presença da culpa em sentido estrito (CAVALIERI FILHO, 2012; PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017; TARTUCE, 2017).

De igual modo, apenas haverá a responsabilização se o resultado era previsível, uma vez que se o prejuízo causado não for esperado, haverá a escusa do fortuito e, conseqüentemente, do dever de indenizar (CAVALIERI FILHO, 2012; PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017; TARTUCE, 2017).

A concepção de culpa, todavia, não foi suficiente para resolver os complexos problemas da sociedade referentes à responsabilidade civil. Assim, com a entrada em vigor do Código Civil contemporâneo, positivou-se a teoria do risco, fundamento da responsabilidade civil objetiva, a qual galgou um posto de maior importância, pondo-se ao lado da modalidade subjetiva. A responsabilidade civil objetiva, todavia, diferentemente da subjetiva, admite a responsabilização do agente independente de culpa (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017; TARTUCE, 2017).

#### 4.5 RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA

O Código Civil de 1916, por influência do direito francês, encampou a teoria subjetivista ao evidenciar a culpa, conforme o já mencionado artigo 159 do CC/16, de forma a abarcar a ação ou omissão decorrentes de negligência ou imprudência. Assim, a responsabilidade objetiva ficava adstrita a ínfimas possibilidades (Art. 1.529, CC/16) (BRASIL, 1916; PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

Essa situação, porém, alterou-se com o advento do Código Civil de 2002 que consagrou expressamente também a teoria do risco, ao lado da responsabilidade subjetiva, e possibilitou a responsabilização do agente causador do dano, independentemente da comprovação de dolo ou culpa, consoante se infere da leitura do parágrafo único do artigo 927 do CC/2002 (BRASIL, 2002; PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017):

“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”.

Dessa forma, fica cristalino que, ao ocasionar prejuízos a terceiros há a obrigação de reparar, sem indagação de culpa, em duas situações, quais sejam, nos casos dispostos em lei e na atividade desenvolvida pelo autor quando o dano for, por sua natureza, capaz de oferecer risco.

Essa última possibilidade, entretanto, pelo alto grau de generalidade e pelo amplo espectro da locução “atividade de risco”, isto é, atividade potencialmente nociva ou danosa aos direitos de terceiros, oferece ao Judiciário uma ampliação dos casos indenizáveis, aumentando, com isso, consideravelmente, a discricionariedade do magistrado nos casos concretos (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

#### 4.6 RESPONSABILIDADE CIVIL POR ATO DE TERCEIRO

Consoante previsto no Código Civil brasileiro, é possível ocorrer a responsabilidade indireta, isto é, quando alguém responde civilmente pela conduta de terceiros quando possuírem entre si algum vínculo legal ou contratual. Essa previsão legal está positivada nos artigos 932 e 933 do Código Civil, os quais estabelecem a responsabilidade civil objetiva, dispensando, então, a prova da culpa. Todavia, o pagador direto da indenização poderá exigir ressarcimento contra a pessoa por quem se responsabilizou através do direito de regresso no caso de dolo ou culpa por parte do autor material do dano, salvo em relação à exceção prevista no artigo 934 do mesmo código (PAMPLONA FILHO; STOLZE, 2017).

#### 4.7 RESPONSABILIDADE MÉDICA

Algumas profissões, pelo alto risco que impõe à sociedade, necessitam de elevada capacidade técnica, através do ingresso em curso de nível superior, haja vista poder colocar em risco a vida de terceiros, como é o caso da medicina (CAVALIERI FILHO, 2012).

Assim, em decorrência do elevado número de óbitos ou de infecções causadas por erros médicos, há necessidade de verificar as consequências dessas condutas. Como resposta à sociedade, então, ao ocasionar dano a outrem, o profissional deve responder pela violação do dever a que estava adstrito, conforme estabelecido no Código do Consumidor. Apesar disso, cabe salientar que, em regra, os profissionais liberais prestadores de serviço estão sujeitos à responsabilidade subjetiva (CAVALIERI FILHO, 2012).

O devedor se obriga tão-somente a usar de prudência e diligência normais na prestação de certo serviço para atingir um resultado, sem, contudo, se vincular a obtê-lo, isto é, o médico, por sua vez, em regra, tem obrigação de meio, haja vista ter o dever de prestar o

atendimento ao paciente dentro das regras e princípios da profissão, não há, todavia, o encargo de propiciar a cura. Assim, caso ocorra um infortúnio de o tratamento não obter sucesso, não há que se falar, por si só, em inadimplemento contratual, necessitando, para isso, provar a negligência, imperícia ou imprudência do médico, visto que a responsabilidade é subjetiva. Nesse norte, preceitua o art. 14, §4º do CDC ao afirmar que “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”. O dispositivo mencionado, entretanto, é claro ao atribuir essa prerrogativa apenas ao profissional liberal, de modo que não se estende às pessoas jurídicas nas quais o profissional atue. O médico apenas responderá por suas condutas objetivamente nos casos em que sua obrigação for de resultado, haja vista a culpa ser presumida (CAVALIERI FILHO, 2012; DINIZ, MARIA HELENA, 2007).

Infere-se, portanto, que, na relação obrigacional de meio, o devedor estará obrigado a utilizar da boa técnica e conhecimento para conseguir a meta almejada pelo credor; logo, estará liberado da obrigação se agiu amparado pela prudência, diligência e escrúpulo, independentemente de atingir efetivamente o resultado esperado pelo credor, restando-se apenas responsável caso o credor obtenha sucesso em provar a ausência total do comportamento exigido ou consiga demonstrar a conduta pouco diligente, prudente e leal por parte do profissional (DINIZ, MARIA HELENA, 2007).

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. DANOS MORAIS. ERRO MÉDICO. MORTE DE PACIENTE DECORRENTE DE COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA. OBRIGAÇÃO DE MEIO. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA DO MÉDICO. ACÓRDÃO RECORRIDO CONCLUSIVO NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CULPA E DE NEXO DE CAUSALIDADE. FUNDAMENTO SUFICIENTE PARA AFASTAR A CONDENAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE. TEORIA DA PERDA DA CHANCE. APLICAÇÃO NOS CASOS DE PROBABILIDADE DE DANO REAL, ATUAL E CERTO, INOCORRENTE NO CASO DOS AUTOS, PAUTADO EM MERO JUÍZO DE POSSIBILIDADE. RECURSO ESPECIAL PROVIDO (BRASIL. STJ. 3ª TURMA, 2009).

Ressalte-se que o STJ entende que a relação estabelecida entre médico e paciente é contratual e configura-se, em regra, como obrigação de meio, salvo cirurgias plásticas embelezadoras, sendo, portanto, imprescindível para a responsabilização do referido profissional a demonstração de culpa e além do nexo de causalidade entre a sua conduta e o dano ocasionado, tratando-se, dessa forma, de responsabilidade subjetiva (BRASIL. STJ, 2012).

Para apurar a conduta culposa do médico, por sua vez, faz-se imprescindível que o magistrado estabeleça, diante das circunstâncias do caso, quais cuidados possíveis o profissional deveria estabelecer perante o paciente para confrontar com a conduta

efetivamente adotada na situação. Caso não tenha observado os devidos cuidados, o profissional agiu com culpa e deve efetuar a reparação dos danos ocasionados proporcionalmente à gradação de sua culpa (AGUIAR JÚNIOR, 2000).

Segundo o ministro aposentado do Superior Tribunal de Justiça (STJ), Ruy Rosado de Aguiar Júnior, há dificuldades de se provar a culpa do profissional. Esse fato decorre pelo ambiente reservado em que ocorrem os atos comissivos ou omissivos, isto é, no consultório ou sala cirúrgica; pela ignorância do paciente em relação aos procedimentos a que é submetido, uma vez que é leigo para avaliar as causas e efeitos, bem como os termos técnicos utilizados na área da saúde; e, por fim, pela perícia, imprescindível para o deslinde de muitos casos, ser efetuada por colega do imputado causador do dano, impedindo sua imparcialidade e agindo, por vezes, de modo corporativista. Dessa forma, com o desígnio de promover a cognição exauriente para buscar a melhor solução da causa, o magistrado deve socorrer-se em todos os meios válidos de prova como a oitiva de testemunhas, a elaboração de laudos, a designação de perícias e a exibição do prontuário médico (AGUIAR JÚNIOR, 2000).

Diante da dificuldade em provar a negligência e a imperícia por parte dos profissionais, o que constitui, na prática, verdadeiro tormento para as vítimas, é permitido que o juiz inverta o ônus da prova em favor do consumidor, isso porque o médico, embora possuir responsabilidade, em regra, subjetiva, em virtude de ser prestador de serviço está sujeito à disciplina do Código de Defesa do Consumidor, por força do art. 6º, VIII do CDC, uma vez que hipossuficiência nele mencionada não é apenas econômica, mas precipuamente técnica, incumbindo ao profissional demonstrar que atuou segundo as orientações científicas adequadas (BERGSTEIN, 2012; BRASIL, 1990a; GONÇALVES, 2019).

Nesse norte, verifica-se que o profissional de saúde encontra-se, melhor amparado para trazer aos autos os elementos probantes necessários para que o julgador consiga analisar a sua responsabilidade (GONÇALVES, 2019).

Assim, sendo uma obrigação de resultado, em que credor tem o direito de exigir do devedor a produção de um resultado, basta que o lesado demonstre, além do contrato firmado, a não obtenção do resultado almejado para configurar o descumprimento do contrato, independentemente de suas razões, com a ressalva de provar caso fortuito, força maior ou culpa exclusiva da vítima para se exonerar da responsabilidade civil. (AGUIAR JÚNIOR, 2000; GONÇALVES, 2019).

EMENTA: Civil e Processual- Cirurgia estética ou plástica - Obrigação de resultado (responsabilidade contratual ou objetiva) - Indenização - Inversão do ônus da prova. I - Contratada a realização da cirurgia estética embelezadora, o cirurgião assume obrigação de resultado (responsabilidade contratual ou objetiva), devendo indenizar

pelo não-cumprimento da mesma, decorrente de eventual deformidade ou de alguma irregularidade. H - Cabível a inversão do ônus da prova. IH - Recurso conhecido e provido (BRASIL. STJ. 3ª TURMA, 1999).

O Recurso Especial acima julgado pela 3ª Turma do STJ é um exemplo clássico de obrigação de resultado, em que o cirurgião plástico assume o encargo e assegura a obtenção de resultado específico, isso porque o seu trabalho é, em geral, de natureza estética.

#### 4.8 RESPONSABILIDADE MÉDICA EMPRESARIAL E DOS PRESTADORES DE SERVIÇO PÚBLICO

Os serviços médico-hospitalares são difusos e atingem uma gama de profissionais distintos (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, nutricionistas), fornecedores de serviços e produtos (alimentos, medicamentos, materiais cirúrgicos), operadoras de plano de saúde, pacientes e familiares. Assim, em função dessa complexa relação estabelecida entre a instituição de saúde e os profissionais que com ela se relacionam, faz-se necessário não estabelecer a entidade hospitalar como o verdadeiro responsável por todas mazelas que lá se desenvolvem, nem desproteger o consumidor dos danos que experienciou (BRASIL. STJ, 2016).

Nesse contexto, a jurisprudência do egrégio STJ consolidou o entendimento de que a responsabilidade objetiva dos hospitais não é absoluta, isto é, o estabelecimento de saúde responde de forma objetiva por intercorrências desencadeadas em função do defeito do serviço (BRASIL. STJ, 2016).

Assim, conforme disposto no *caput* do artigo 14 do CDC, 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. Tende-se, dessa forma, que os estabelecimentos hospitalares, responderão objetivamente pelos danos a que vierem a seus pacientes se decorrentes da exploração de atividade empresarial, tais como estadia do paciente (internação e alimentação), instalações, equipamentos e serviços auxiliares (enfermagem, exames, radiologia) (BRASIL. STJ, 2016; CAVALIERI FILHO, 2012).

Por outro lado, segundo o STJ, no Recurso Especial n. 1.556.973 – PE, a responsabilidade desses mesmos estabelecimentos de saúde será subjetiva quando estiver relacionada com a atuação dos médicos contratados que neles laboram, de forma a necessitar

da demonstração de culpa de seus funcionários. Isso ocorre porque seria contraditório excluir a culpa do médico e responsabilizar objetivamente o hospital. (BRASIL. STJ, 2016).

Pode-se concluir, então, pela impossibilidade de se condenar o hospital objetivamente, com fundamento no art. 14 do CDC, quando ausente defeito na prestação de serviços intrinsecamente relacionados ao estabelecimento empresarial hospitalar, segundo o disposto pelo STJ. Contudo, em que pese o STJ estabelecer em sua análise a responsabilidade subjetiva do hospital pelas condutas de seus funcionários, vale mencionar que o art. 932, III do CC, estabelece a responsabilidade objetiva do empregador ou comitente, no caso em específico, do hospital, pela conduta de seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele.

Já quando o dano advém de condutas desempenhadas por servidores públicos, necessário se faz verificar se o dano foi causado ao próprio Estado ou a um terceiro. No primeiro caso, a responsabilidade é apurada no âmbito da Administração através de processo administrativo (DI PIETRO, 2019). Assim, conforme previsto no artigo 121 da Lei nº 8.112/90, caso servidor pratique exercício irregular de suas atribuições, irá responder nas esferas civil, penal e administrativa. A responsabilidade civil, todavia, fica adstrita aos atos omissivo ou comissivo, doloso ou culposo, que provoque prejuízos ao erário ou a terceiros (BRASIL, 1990c).

Já quando os danos são causados a terceiros, os prestadores de serviço público passaram a responder de forma direta e objetiva, independentemente de culpa ou dolo, pelos atos de seus empregados ou prepostos com base no risco administrativo, consoante artigo 37, §6º da Carta Magna (BRASIL, 1988; CAVALIERI FILHO, 2012; DI PIETRO, 2019).

A Constituição, entretanto, estabelece tanto as pessoas jurídicas de direito público como as de direito privado prestadoras de serviços públicos serão responsabilizadas pelos danos ocasionados pelos seus agentes, nessa qualidade, a terceiros, assegurado, todavia, o direito de regresso contra o infrator quando agirem com dolo ou culpa (BRASIL, 1988; DI PIETRO, 2019). Para isso, a responsabilidade objetiva exige os seguintes requisitos: dano; ação ou omissão administrativa; nexos causal entre o dano e a conduta administrativa e ausência das excludentes da responsabilidade estatal. Vale destacar que, o risco administrativo admite abrandamentos no caso de força maior, caso fortuito, ou ainda, se comprovada a culpa exclusiva da vítima; fato que excluirá a responsabilidade do Estado. Entretanto, se a culpa for concorrente, a responsabilidade civil do Estado deverá ser mitigada, repartindo-se o quantum da indenização (MORAES, 2017).

O STF manifestou acerca da responsabilidade civil estatal que “A teoria do risco administrativo, consagrada em sucessivos documentos constitucionais brasileiros desde a Carta Política de 1946, confere fundamento doutrinário à responsabilidade civil objetiva do Poder Público pelos danos a que os agentes públicos houverem dado causa, por ação ou por omissão. Essa concepção teórica, que informa o princípio constitucional da responsabilidade civil objetiva do Poder Público, faz emergir, da mera ocorrência de ato lesivo causado à vítima pelo Estado, o dever de indenizá-la pelo dano pessoal e/ou patrimonial sofrido, independentemente de caracterização de culpa dos agentes estatais ou de demonstração de falta do serviço público. Os elementos que compõem a estrutura e delineiam o perfil da responsabilidade civil objetiva do Poder Público compreendem (a) a alteridade do dano, (b) a causalidade material entre o *eventus damni* e o comportamento positivo (ação) ou negativo (omissão) do agente público, (c) a oficialidade da atividade causal e lesiva, imputável a agente do Poder Público, que tenha, nessa condição funcional, incidido em conduta comissiva ou omissiva, independentemente da licitude, ou não, do comportamento funcional (RTJ 140/636) e (d) a ausência de causa excludente da responsabilidade estatal (RTJ 55/503 – RTJ 71/99 – RTJ 91/377 – RTJ 99/1155 – RTJ 131/417) (MORAES, 2017).

A reparação do dano ocasionado a terceiros pode ocorrer na via administrativa na hipótese de a Administração reconhecer a sua responsabilidade e houver convenção entre as partes do valor a ser indenizado. Na impossibilidade de cumprir as etapas anteriores, o dano será pleiteado na esfera judicial, através de ação a ser proposta contra a pessoa jurídica responsável por ocasionar o dano. Caso o Judiciário verifique que assiste direito ao demandante, o Estado terá direito de regresso contra o agente causador do dano no caso de culpa ou dolo, isso porque a responsabilidade da pessoa jurídica é objetiva, enquanto a do agente público, subjetiva (DI PIETRO, 2019).

## **5 ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA DOS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA**

Efetuada a abordagem inicial, passou-se a analisar, de forma mais minuciosa, os 48 (quarenta e oito) acórdãos não amparados por segredo de justiça e selecionados com base no descritor “violência obstétrica” nos sítios dos Tribunais de Justiça estaduais de 2013 até setembro de 2020. Foram encontrados 2 (dois) acórdão no Acre, 1 (um) no Amazonas, 1 (um) na Bahia, 3 (três) no Distrito Federal, 1 (um) em Goiás, 1 (um) em Minas Gerais, 1 (um) em Mato Grosso do Sul, 1 (um) em Mato Grosso, 1 (um) em Santa Catarina e 36 (trinta e seis) em São Paulo. Já nos estados de Alagoas, Amapá, Ceará, Espírito Santo, Maranhão, Pará,

Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, Rio Grande do Sul, Sergipe e Tocantins não se obteve acórdão algum com o descritor supracitado. Utilizou-se apenas o termo “violência obstétrica” para refinar mais a busca e possibilitar a análise mais aprofundada dos acórdãos. Não houve análise dos julgados não conhecidos ante a ausência de dialeticidade ou a ocorrência de litispendência.

### 5.1 LEI DO ACOMPANHANTE

A Lei n° 11.108 de 2005, conhecida como lei do acompanhante, proporciona a garantia da dignidade e da autonomia à parturiente ao ter o direito de indicar um acompanhante durante toda a fase do ciclo gravídico-puerperal (CASTRO, 2020), contudo, apesar de estar presente no ordenamento jurídico há 16 (dezesesseis) anos, não recebe guarida em alguns julgados proferidos pelos Tribunais brasileiros.

Ao julgar os autos 0005195-61.2012.8.05.0088<sup>1</sup>, o Tribunal do Estado da Bahia mostrou-se atualizado em relação aos elementos caracterizadores da violência obstétrica uma vez que, ao proferir a sua decisão, salientou que a entrada da gestante sozinha, sendo inviabilizado o acompanhamento do seu esposo durante o seu atendimento, em razão da presença de outras gestantes na unidade hospitalar, caracteriza-se, por si só, violência obstétrica (BRASIL. TJBA, 2018).

Vale salientar que esse é o entendimento da OMS, a qual determinou que o acompanhante pode ser qualquer pessoa escolhida pelo mulher para proporcionar o apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto. Assim, os benefícios do suporte possuem maior efetividade quando desenvolvido por indivíduos que não fazem parte da equipe médica, fator responsável até mesmo pelo melhor desempenho das gestantes ao longo do processo de parir. A instituição internacional de saúde menciona, em seu trabalho, que, muitas vezes, as preferências das mulheres não são respeitadas, conforme será mencionado a seguir (WHO, 2016).

Nos autos 0087908-57.2016.8.09.0051<sup>2</sup>, o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás entende que muito embora o direito ao acompanhamento no trabalho de parto e no parto seja garantido por lei, não deve ele prevalecer quando houver risco à saúde da parturiente e/ou do nascituro. Assim, a relatora defende que apesar de inexistir expressa previsão na lei ou em

---

<sup>1</sup> BRASIL. TJBA. Apelação Cível n. 0005195-61.2012.8.05.0088. Relatora: Des<sup>a</sup>. Lícia de Castro L. Carvalho. Julgado em 28 de maio de 2018.

<sup>2</sup> BRASIL. TJGO. Apelação Cível n. 0087908-57.2016.8.09.0051. Relatora: Des<sup>a</sup>. Maria Das Graças Carneiro Requi. Julgado em 28 de julho de 2020.

normativas da ANVISA de situações excepcionais, entende que a equipe médica, devidamente orientada pelo hospital e pelos órgãos de saúde competentes, teria plenas condições de analisar caso a caso a viabilidade da presença ou não do acompanhante no parto. Tal decisão, contudo, deve ser tomada com extrema cautela, com a finalidade de garantir a observância do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e evitar o cometimento de violência obstétrica. Para a desembargadora, é inegável que a proibição da presença do pai no nascimento de sua filha causou profundo abalo emocional aos autores, no entanto, não vislumbrou nenhum ato ilícito perpetrado pela maternidade que seja passível de indenização pecuniária, uma vez que não vislumbra a responsabilização da Clínica Médica pela sua conduta assertiva, que culminou na preservação da vida de todos os envolvidos no ato (BRASIL. TJGO, 2020).

No mesmo norte, ao julgar a apelação 1003347-49.2014.8.26.0320<sup>3</sup>, o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) entendeu que, conforme os elementos coligidos aos autos, não há dúvida de que o parto a que se submeteu a autora era de emergência, o qual oferecia risco até mesmo de óbito ao bebê. Situação que, no seu entendimento, autorizava a proibição de ingresso de acompanhante, sobretudo se considerado que foi utilizada a equipe de médicos plantonistas da maternidade, que prestava assistência não apenas à autora, mas também a outras pacientes em situação equivalente, ou até mesmo mais grave. O tribunal coloca, todavia, a ressalva de que não há exceção à regra prevista no art. 19-J da Lei nº 8.080/90 (introduzido pela Lei nº 11.108/05 “Lei do Acompanhante”), mas a depender do caso concreto, a negativa de autorização a um acompanhante não se considera abusiva ou de qualquer outra forma ilícita, tal qual o caso que se encontrava *sub judice* (BRASIL. TJSP, 2020d).

Ao julgar o recurso, o tribunal desconsiderou que negativa desse direito, além de causar intenso sofrimento à gestante, pois teve de suportar sozinha as intervenções médicas, trouxe prejuízos irreparáveis ao filho e ao pai da criança, que perderam a oportunidade de criar vínculo emocional já no momento do nascimento. Contudo o relator do caso utilizou-se como critério de decisão a Lei Estadual nº 15.759/2015, também chamada de "Lei do Parto Humanizado", que, de forma mais ponderada e razoável, prevê em seu art. 6º, I e parágrafo único, que caberá à gestante manifestar sua opção sobre a presença de um acompanhante

---

<sup>3</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1003347-49.2014.8.26.0320. Relator: Des. Rodolfo Pellizari. Julgado em 13 de fevereiro de 2020.

durante o parto, escolhido a seu livre critério, salvo se houver risco à saúde da gestante ou do nascituro, caso em que o médico poderá restringir o ingresso.

De igual modo entendeu o perito designado nos autos 1005530-53.2015.8.26.0127<sup>4</sup>, ao concluir ser possível obstar a presença de acompanhante indicado pela parturiente, caso seja prejudicial à boa assistência, bem como seja constatada extrema gravidade da condição clínica da autora e da criança, o que serviu para amparar a decisão do tribunal (BRASIL. TJSP, 2020f).

Vale mencionar que o acompanhamento por uma pessoa que seja familiar à gestante tem como função contribuir não apenas o conforto físico e emocional, mas também para auxiliar a parturiente a manifestar a sua vontade no momento do parto. Assim, esse direito é essencial como ferramenta para proporcionar o respeito à autonomia da gestante, além de promover o respeito e ser um importante fator de desestímulo à prática de violência obstétrica (CASTRO, 2020).

O TJSP, ao julgar os autos 1014301-14.2016.8.26.0053<sup>5</sup>, contudo, demonstrou desconhecimento das causas ensejadoras da violência obstétrica, ao alegar a sua inocorrência mesmo com a privação da entrada do acompanhante escolhido pela parturiente ao justificar a sua ausência devido aos picos de lotação ocorridos na sala de parto, conforme consta do prontuário médico. Assim, embora o relator demonstre sapiência de que a Lei Federal nº 11.108/2005 preveja em seu artigo 19-J que a gestante em trabalho de parto tem direito a um acompanhante durante todo o tempo de hospitalização, concluiu que a situação fática denunciou a impossibilidade de entrada de mais pessoas na sala de parto, dada a lotação (BRASIL. TJSP, 2018g).

Ao efetuar a negativa da presença do acompanhante, o nosocômio nos autos 1096561-41.2015.8.26.0100<sup>6</sup> justificou a proibição da presença do marido em algumas ocasiões para seguir as normas de segurança quanto à prevenção de infecção. Assim, o relator designado para analisar o caso negou o provimento ao recurso por entender que o bebê desenvolveu-se normalmente, sem quaisquer sequelas, o puerpério também transcorreu normalmente, não havendo, então, conduta culposa por parte do médico, a ensejar sua responsabilização (BRASIL. TJSP, 2018h).

---

<sup>4</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1005530-53.2015.8.26.0127. Relator: Des. Luiz Antonio De Godoy. Julgado em 21 de julho de 2020.

<sup>5</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1014301-14.2016.8.26.0053. Relator: Des. Carlos Eduardo Pachi. Julgado em 14 de dezembro de 2018.

<sup>6</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1096561-41.2015.8.26.0100. Relator: Des. Moreira Viegas. Julgado em 19 de dezembro de 2018.

Adota o mesmo argumento o TJSP nos autos 4011377-09.2013.8.26.0562<sup>7</sup>, ao fundamentar que o acompanhamento do procedimento do parto deve respeitar os procedimentos e indicações médicas, não sendo, em situações em que pode haver risco ao nascituro e à gestante, de caráter discricionário da paciente ou do acompanhante, devendo ser respeitada a orientação técnica do médico obstetra quando for desaconselhada a permanência do acompanhante no local. Salienta, ainda, que a Lei do Acompanhante que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, aplica-se no âmbito do SUS, diferentemente do caso em concreto, haja vista que a paciente foi atendida por intermédio de seu plano de saúde (BRASIL. TJSP, 2019p).

O argumento de que a Lei do Acompanhante apenas tem vigência no âmbito do SUS deve, entretanto, ser refutado, pois ainda que se entendesse que o art. 19-J da referida lei fosse direcionada ao sistema público, isso não implica dizer que a lei desobrigou as instituições privadas da garantia de autorizar a presença de acompanhante no parto.

Em prisma oposto, em caso posto à análise, o mesmo tribunal, nos autos 0001314-07.2015.8.26.0082<sup>8</sup>, negou o provimento ao recurso impetrado pela instituição hospitalar ao afirmar que o hospital não pode se valer do subterfúgio de sala coletiva para negar a presença de acompanhante do sexo masculino, precipuamente quando este for o genitor do neonato, devendo estar, pois, pronta a implementar tal direito fundamental à parturiente, o qual não pode ficar relegado ao plano legislativo. O desembargador relator concluiu que é inegável a ocorrência de abalo moral *in re ipsa*, porquanto a autora necessitou, inclusive, de tratamento psicológico, em razão de problemas durante o parto, acarretando prejuízos no estado emocional, como desânimo e tristeza (BRASIL. TJSP, 2017).

É compreensível que a gestante, nas circunstâncias que envolvem o parto, esteja vulnerável, ansiosa e sensível diante não só de todos os riscos que envolvem sua saúde bem como a do bebê, mas também das expectativas em torno do sucesso do parto e da dúvida de se o feto nascerá em perfeitas condições. Por esses motivos, a lei federal assegura à parturiente o direito à presença de um acompanhante. O TJSP, nos autos 1002355-32.2015.8.26.0004<sup>9</sup>, por exemplo, reconhece esse direito ao verificar que o próprio hospital assumiu, em sua contestação, que a autora, no momento do procedimento cirúrgico, não estava na companhia

---

<sup>7</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 4011377-09.2013.8.26.0562. Relator: Des. Alcides Leopoldo. Julgado em 12 de setembro de 2019.

<sup>8</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 0001314-07.2015.8.26.0082. Relator: Des. Fábio Podestá. Julgado em 11 de outubro de 2017.

<sup>9</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1002355-32.2015.8.26.0004. Relator: Des. Theodureto Camargo. Julgado em 31 de julho de 2019.

do coautor, mas teria sido amparada por uma doula. Ademais, os depoimentos da enfermeira e da técnica de enfermagem presentes no atendimento da gestante corroboraram com a alegação de que a autora manteve-se sozinha no decorrer e no pós-parto por ser determinação do hospital. A enfermeira elucidou ainda que, apesar de a paciente ter direito a um acompanhante, às vezes não é possível a presença de acompanhante do sexo masculino numa sala cheia de mulheres (BRASIL. TJSP, 2019h).

Ao contrário da conduta hospitalar, estabelece a ANVISA, em RDC N° 36, de 03/06/2008, ao dispor sobre “Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal”, sejam públicos, privados, civis ou militares, funcionando como serviço de saúde independente ou inserido em hospital geral, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa, que esses estabelecimentos de saúde devem permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, não fazendo ressalva alguma em relação ao sexo do acompanhante, muito menos vedando a presença masculina (BRASIL, 2008).

Assim, o magistrado, que julgou o recurso, reconheceu que não ter sido observada a determinação legal “não pode ser jamais considerada como um mero aborrecimento do cotidiano ou simples inadimplemento contratual”.

Nessa toada, estudos mencionam que a garantia do direito que a gestante possui de ser acompanhada no parto por uma pessoa de sua confiança tem o condão de diminuir a sensação de vulnerabilidade e ampliar a proteção da integridade psicofísica da gestante (CASTRO, 2020).

Vale salientar que a Lei n° 11.108 de 2005 estabelece que a parturiente pode valer-se da prerrogativa de indicar um acompanhante durante toda a fase do ciclo gravídico-puerperal, além de indicar uma doula para auxiliá-la nesse processo (BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2017). Fato este que evidencia o descumprimento da entidade de saúde, uma vez que foi demonstrado que, apesar de a gestante ter acesso à assistência de uma doula, ficou desamparada de seu acompanhante por determinação do nosocômio durante e após o parto.

Esse direito, contudo, não é de conhecimento de parte da população, isto porque, no estudo realizado na Maternidade Municipal de Londrina/PR, verificou-se que pais e familiares, na sua maioria, embora orientada sobre os procedimentos durante o acompanhamento, desconheciam o direito legal que lhes é resguardado por lei de estarem presentes durante este evento, ao atribuírem a oportunidade de poder acompanhar o nascimento do seu ente querido à benevolência da equipe médica (TOMELERI *et al.*, 2007), o

que pode explicar o baixo quantitativo de processos encontrados relacionando violência obstétrica com a proibição do ingresso de acompanhante.

Por fim, o TJSP decidiu, nos autos 1007291-48.2017.8.26.0322<sup>10</sup>, que a partir do momento que uma instituição hospitalar se compromete a oferecer local para realização e partos, deve possuir infraestrutura e possibilitar a presença de acompanhante. Assim, para a magistrada, a autora tinha o direito de ser acompanhada por pessoa de sua escolha enquanto parturiente, haja vista tratar-se de um dos momentos mais esperados na vida de qualquer casal, de tal sorte que, quanto a esse filho, jamais poderá a autora e seu marido vivenciar novamente esse momento, o que, claramente, não pode ser reduzido a mero aborrecimento. Desse modo, ficou evidente o abalo extrapatrimonial da autora, considerando que a conduta da ré atingiu seus direitos personalíssimos, uma vez que a negativa se deu em situação de grande vulnerabilidade da autora, a qual, estando em momento de parto, foi obrigada a dar à luz sem a companhia de seu marido ou pessoa de sua confiança, ficando em inquestionável desamparo e, portanto, o direito de ser indenizada (BRASIL. TJSP, 2019a).

Depreende-se dos julgados acima que os Tribunais acreditam acertadas as condutas hospitalares de proibir a presença de acompanhantes em casos que ofereçam risco tanto à parturiente como ao nascituro, que prejudiquem a boa assistência, que seja constatada situações de gravidade clínica ou de emergência, que aumente o risco de infecção ou que proporcionem lotação da sala de parto. Essas situações mencionadas, algumas de difícil comprovação, contudo, possuem amplo espectro, o que deixa margem de discricionariedade para que as instituições vedem a presença do acompanhante, deixando a gestante não só desamparada num momento de extrema vulnerabilidade em meio a pessoas desconhecidas do seu círculo de convivência.

## 5.2 MANOBRA DE KRISTELLER

A manobra de *Kristeller* desencadeia-se durante o trabalho de parto com a aplicação de pressão fundo do útero em direção à pelve, com a ideia de facilitar a saída do bebê, contudo, há diversos estudos que demonstram as graves complicações da sua prática. Para realizar a manobra, o profissional efetua a força no ventre da gestante com o peso do corpo do braço, do antebraço ou até mesmo do joelho (CIELLO *et al.*, 2012; COREN-SC, 2016). Em virtude da sua prejudicialidade e da sua ineficácia, a manobra de *Kristeller* não é

---

<sup>10</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1007291-48.2017.8.26.0322. Relatora: Des<sup>a</sup>. Mary Grün. Julgado em 28 de maio de 2019.

recomendada pelos órgãos de saúde e, portanto, deve ser eliminada do parto. (BRASIL, 2010a; LEAL *et al.*, 2012).

Nesse norte, ao apreciar a apelação 0706993-84.2018.8.01.0001<sup>11</sup>, o Tribunal do Estado do Acre (TJAC) demonstra ter o conhecimento de que, ainda que último recurso para salvar a vida da criança, o emprego de manobras de emergência como a manobra de *Kristeller*, configura violência obstétrica (BRASIL. TJAC, 2019b). O mesmo entendimento foi evidenciado na decisão proferida na apelação 0700307-14.2018.8.07.0000<sup>12</sup>, que condenou a capital Distrito Federal por violência obstétrica, haja vista que há demonstração nos autos de que a autora, já em trabalho de parto, foi submetida à manobra de *Kristeller*, restando configurada, dessa maneira, a violência dos profissionais da instituição de saúde em relação à parte autora (BRASIL. TJDFT, 2018).

Já nos autos 0037122-65.2016.8.07.0018<sup>13</sup>, apesar de inexistir comprovação em relação à alegação autoral de que houve a utilização do método *Kristeller* e do fórceps no parto em referência, o relator considerou a desídia por parte do profissional de saúde que conduzia o procedimento, de forma que a conduta estatal restou evidenciada pela realização de manobra de rotação inadequada destinada à expulsão do feto, notadamente diante da inexperiência da médica residente. Assim, o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT) considerou o tratamento imprudente do profissional em relação à gestante (BRASIL. TJDFT, 2019b).

Já em recente julgado, datado de 17 de setembro de 2020, a autora afirmou na inicial que teria sido vítima de violência obstétrica durante o parto de seu filho devido a utilização da manobra de *Kristeller* por parte das enfermeiras responsáveis por auxiliar o parto, realização de episiotomia e o emprego de fórceps. Alegou, também, que todas estas medidas foram determinadas pela médica responsável com a finalidade de acelerar o processo do parto natural e que a falha na prestação de serviço teria acarretado hematomas, escoriações e incontinência urinária, bem como escoriações ao recém-nascido. Assim, para desprover o recurso, o TJSP, nos autos 1000393-86.2018.8.26.0547<sup>14</sup>, argumentou a notória impossibilidade de produção de prova sobre fato negativo, mesmo sob a égide do CDC e que

---

<sup>11</sup> BRASIL. TJAC. Apelação Cível n. 0706993-84.2018.8.01.0001. Relatora: Des<sup>a</sup>. Eva Evangelista. Julgado em 23 de setembro de 2019.

<sup>12</sup> BRASIL. TJDFT. Apelação Cível n. 0700307-14.2018.8.07.0000. Relatora: Des<sup>a</sup>. Carmelita Brasil. Julgado em 21 de Fevereiro de 2018.

<sup>13</sup> BRASIL. TJDFT. Apelação Cível n. 0037122-65.2016.8.07.0018. Relator: Des. Esdras Neves. Julgado em 10 de Julho de 2019.

<sup>14</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1000393-86.2018.8.26.0547. Relatora: Des<sup>a</sup>. Viviani Nicolau. Julgado em 17 de setembro de 2020.

em nenhum momento nos autos a autora postulou a dilação probatória adicional ou a produção de prova pericial – ônus que lhe incumbia como forma de demonstrar os fatos alegados (BRASIL. TJSP, 2020a).

Em que pese o tribunal alegar que a autora desincumbiu-se de postular pela a análise probatória, a fim de proporcionar um julgamento acertado, a relatora, com base no artigo 370 do CPC (BRASIL, 2015a), poderia solicitar a produção probatória de ofício, uma vez que ao ser comprovada a prática da manobra de *Kristeller* demonstrar-se-ia a violência contra a gestante. Isto porque rotinas hospitalares que não possuam benefícios provados para o bem-estar das gestantes e de seus filhos como a realização de episiotomia, a imposição da posição supina obrigatória para mulheres no momento do parto, a realização de cesarianas desnecessárias e outras intervenções consideradas de risco, como a manobra de *Kristeller* são elementos caracterizadores de tal violência (SÁNCHEZ, 2015). Conforme descrito nas legislações atuais sobre violência obstétrica, esses tipos de ações incorrem na patologização do corpo da gestante, na medicalização de seus processos reprodutivos e no tratamento desumanizado contra sua integridade (ALMEIDA, 2018; ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, 2007).

Outro ponto a ser destacado é que prevalece a orientação no ordenamento brasileiro ao autor o ônus da prova para comprovar a culpa do profissional de saúde. O ônus probatório, no entanto, limita-se a provar que não lhe foram prestados os melhores cuidados possíveis para caracterizar o descumprimento do contrato. Assim, a prova de que o médico podia e devia ter agido de forma diferente é diferente do que ter que provar o erro quanto à técnica profissional. Dessa forma, para o ministro aposentado do STJ, Ruy Rosado de Aguiar Júnior, o médico estaria em melhores condições de produzi-las, parecendo justo a inversão do ônus da prova nesses casos, presente a hipossuficiência do consumidor ou a verossimilhança de suas alegações, conforme estabelecido no art. 6.º, VIII, da Lei 8.078/1990 (AGUIAR JÚNIOR, 2000; BRASIL, 1990a).

Ademais, importa destacar que o CPC ampliou a inversão do ônus da prova para qualquer hipótese em que houver dificuldade na construção probatória, o que configura a carga dinâmica da prova. De modo que, nos termos do § 1.º do seu art. 373, nos casos previstos em lei ou diante de peculiaridades da causa relacionadas à impossibilidade ou à excessiva dificuldade de cumprir o encargo probatório ou à maior facilidade de obtenção da prova do fato contrário, poderá o juiz atribuir o ônus da prova de modo inverso, desde que o faça por decisão fundamentada (BRASIL, 2015a).

O TJSP, na apelação 1000962-96.2016.8.26.0114<sup>15</sup>, em que pese não precisar ficar adstrito ao laudo pericial, conforme dispõe o art. 479 do CPC (BRASIL, 2015a), seguiu o posicionamento do perito judicial, o qual se manifestou no sentido de que o emprego da manobra de *Kristeller* produz risco de eventual dano para da parturiente e não do feto (BRASIL. TJSP, 2019f), o que demonstra o desconhecimento por parte do tribunal e do expert judicial, haja vista que, conforme disposto na literatura, a manobra, além de não diminuir o período expulsivo, pode ocasionar danos maternos e fetais, bem como fraturas e lesões ao nível do útero e períneo. Assim, a sua utilização, por si só, configura violência obstétrica e, portanto, passível de reparação, haja vista que além de danos físicos, mostra-se uma experiência dolorosa e traumática, de cunho psicológico, para a mulher violada (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

Vale mencionar que, o julgamento quanto à aplicação da referida manobra, por vezes, pode restar prejudicada, como é o caso dos autos 1007255-77.2015.8.26.0127<sup>16</sup>, uma vez que não há qualquer anotação de sua realização no prontuário médico (BRASIL. TJSP, 2018f), o que não significa que não tenha sido utilizado ao longo do período expulsivo, mas, importa frisar que, devido ser considerado, pelos organismos de saúde, procedimento a ser banido pela equipe médica, pode não ser registrado no prontuário médico.

Conforme mencionado alhures, os autos 1011035-46.2014.8.26.0196<sup>17</sup> reforçam, na sua fundamentação, que a pressão para retirada do bebê por meio da manobra de *Kristeller* consiste em manobra agressiva, ineficiente e danosa à saúde materna e neonatal e, portanto, deve ser eliminada e não mais aplicada pela equipe de saúde. Consoante, disposto na sua fundamentação, a manobra é considerada violência obstétrica e há inúmeros relatos de casos de mulheres que ficam contundidas, com hemorragias e outros graves problemas em decorrência dessa prática. Diante dos fatos analisados, não é possível concluir ter sido a conduta dos agentes da ré de acordo com a boa prática médica, porquanto a manobra utilizada durante o parto há muito já era contraindicada e chegou até mesmo a ser banida, sendo que, seu emprego pode ocasionar a asfixia perinatal por dano neurológico permanente comprometendo a vida do neonato, o que de fato ocorreu no caso concreto (BRASIL. TJSP, 2020h).

---

<sup>15</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1000962-96.2016.8.26.0114. Relator: Des. Galdino Toledo Júnior. Julgado em 9 de abril de 2019.

<sup>16</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1007255-77.2015.8.26.0127. Relatora: Des<sup>a</sup>. Heloísa Martins Mimessi. Julgado em 17 de setembro de 2018.

<sup>17</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1011035-46.2014.8.26.0196. Relator: Des. Borelli Thomaz. Julgado em 28 de julho de 2020.

Assim, conforme disposto pelo tribunal, resta configurada a responsabilidade por falta de serviço (*faute du service*) através da comprovação da falha e do mau funcionamento do serviço de atendimento médico-hospitalar à vítima, a qual foi provada à exaustão. Por fim, o colegiado conclui que os fatos apurados, ao longo da instrução, caracterizam sofrimento moral, com nota de ser desnecessário provar esse sofrimento, ou, melhor, não ser necessário provar a existência de dor moral experimentada, pois se cuida daquelas situações em que se prescinde de prova, por se tratar de dano *in re ipsa*, a não ser que os fatos descritos pela autora tivessem sido quebrados pela parte contrária, coisa não acontecida no caso em voga (BRASIL. TJSP, 2020h).

A prática de violência obstétrica também foi observada ao analisar os autos 0000232-98.2015.8.11.0003<sup>18</sup>. No caso em concreto, ocorreu tratamento inadequado durante o momento do parto, o qual resultou graves sequelas à apelante, uma vez que duas enfermeiras realizaram força em cima da barriga da apelante para auxiliarem na expulsão do feto, o que caracteriza a manobra de *Kristeller*, sendo, então, imperioso o reconhecimento do dever de indenizar, nos moldes do art. 37, §6º, da Constituição Federal (BRASIL. TJMT, 2019; BRASIL, 1988).

O Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso ainda complementa a fundamentação ao afirmar que não dúvida que o tratamento recebido pela gestante, naquele momento de fragilidade e sofrimento, foi degradante e causou sequelas à sua saúde. Ademais, mostra-se atualizado em relação à temática da violência obstétrica, ao afirmar que se trata de um assunto que tem ganhado relevo no cenário nacional e mundial, na medida em que estudos sobre o tema revelam a naturalização de procedimentos médicos que, ao contrário de “naturais”, vão de encontro aos direitos básicos da mulher, notadamente sua dignidade, saúde, integridade física, autonomia sobre o próprio corpo e aos seus direitos humanos e aos seus direitos sexuais e reprodutivos. De forma que esses procedimentos são verdadeiros atos desrespeitosos, abusivos e de maus-tratos que negligenciam o bem-estar e a vida da mulher e do neonato (BRASIL. TJMT, 2019).

Já o TJSP, dos autos 1004083-03.2017.8.26.0566<sup>19</sup>, foi inovador, em relação aos demais acórdãos analisados, ao dar credibilidade às afirmações realizadas pela puérpera. No caso em questão, a apelante relata ter sido vítima de violência obstétrica, devido às condutas

---

<sup>18</sup> BRASIL. TJMT. Apelação Cível n. 0000232-98.2015.8.11.0003. Relatora: Des<sup>a</sup>. Helena Maria Bezerra Ramos. Julgado em 8 de julho de 2019.

<sup>19</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1004083-03.2017.8.26.0566. Relatora: Des<sup>a</sup>. Christine Santini. Julgado em 18 de agosto de 2020.

desempenhadas ao longo do parto como a manobra de *Kristeller*, bem como à falha nos serviços médicos prestados pela equipe da maternidade. Segundo os relatos da apelante, sob a orientação da médica, o anestesista subiu em uma pequena escada e colocou todo o peso de seu corpo sobre a parte superior da sua barriga, apoiou o antebraço e empurrou com força por minutos. Para o órgão colegiado, embora a prova oral produzida seja no sentido de que não foi utilizada a manobra *Kristeller*, não havia, igualmente, o consentimento da paciente, por escrito, para que cada um dos procedimentos adotados no parto fossem realizados, portanto, deve-se dar crédito ao relato da apelante e às observações e conclusões do laudo pericial. Em sua fundamentação, complementa que a palavra da mulher em relação a uma violência sofrida não deve ser questionada ou colocada em cheque, pois isso representaria vitimização secundária (BRASIL. TJSP, 2020e).

Por fim, a relatora conclui que não houve uma única falha, mas um conjunto de condutas que, unidas, levaram à realização de parto fora do protocolo clínico, havendo falha grave do serviço, com violência obstétrica e, portanto, responsabilidade civil e dever de indenizar (BRASIL. TJSP, 2020e).

Ao contrário das decisões mencionadas anteriormente, ao julgar a apelação 0011832-34.2013.8.24.0033<sup>20</sup>, entendeu-se que não ocorreu violência obstétrica. Para o Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina, o fato de a autora ter sofrido com o emprego da manobra de *Kristeller* ao sofrer pressão em seu ventre para empurrar o bebê, conforme descrito no prontuário médico, não há relação com a lesão do osso da bacia. Assim, considerou que, não há falar em violência obstétrica, pois o parto da apelante ocorreu de forma normal e a laceração, embora não seja normal é uma probabilidade e está descrita na literatura médica (BRASIL. TJSC, 2017), não responsabilizando, portanto, a maternidade pela prática dessa manobra, que deve ser banida das instituições de saúde. O relator, contudo, não levou em consideração de que o emprego da manobra, por si só, já configura violência obstétrica, conforme estabelecido pelas organizações de saúde e como será demonstrado no julgado abaixo.

O relator do TJSP designado para análise do processo 0110288-25.2008.8.26.0005<sup>21</sup> mostra-se um estudioso do parto humanizado ao afirmar que ele é um direito fundamental e visa proteger a mulher durante toda a fase gestacional ao puerpério, bem como tem como

---

<sup>20</sup> BRASIL. TJSC. Apelação Cível n. 0011832-34.2013.8.24.0033. Relator: Des. Saul Steil. Julgado em 18 de julho de 2017.

<sup>21</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 0110288-25.2008.8.26.0005. Relator: Des. Fábio Podestá. Julgado em 21 de março de 2018.

objetivo a erradicação da violência obstétrica. Assim, conforme bem menciona na sua análise, as mulheres têm pleno direito à proteção no parto e de não sofrerem nenhuma forma de violência ou discriminação, a fim de evitarem situações constrangedoras e, muitas vezes, traumatizantes durante o momento que deveria ser o mais importante e feliz das suas vidas: o nascimento do seu filho (BRASIL. TJSP, 2018c).

Deste modo, no julgado sobre a sua relatoria, menciona que a manobra de *Kristeller*, comprovada nos documentos acostados nos autos, além de hodiernamente reconhecida como ineficaz, é caracterizada como ato de violência obstétrica, o qual não se pode desconsiderar. Inegável, no seu entendimento, portanto, da ocorrência de abalo moral *in re ipsa*, haja vista que a autora, em período delicado de sua vida, o parto, suportou inegável hostilidade em seu corpo, o qual se encontrava fragilizado pelo próprio estado puerperal (BRASIL. TJSP, 2018c).

Nesse norte, o Ministério da Saúde, inclusive, manifestou-se no sentido de que a equipe de saúde deve realizar procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, a fim de evitar intervenções desnecessárias e preservar a privacidade e autonomia da mulher e, assim, promover o parto de forma saudável, prevenir a morbimortalidade materna e perinatal e, conseqüentemente, prestar a atenção humanizada que a gestante requer (BRASIL, 2010a). Por fim, as condutas desnecessárias e arriscadas são consideradas violações ao direito da mulher à sua integridade corporal (DINIZ, SIMONE GRILO; CHACHAM, 2002).

Por fim, ressalta-se que, mesmo o magistrado seja leigo nas ciências biológicas, deve ter conhecimento mínimo de que a manobra de *Kristeller* constitui um procedimento não recomendado pelas organizações de saúde e, por si só, já configura violência obstétrica, não podendo valer-se de que o parto transcorreu dentro da “normalidade” para ignorar a prática da conduta agressiva por parte da equipe médica.

### 5.3 EPISIOTOMIA

A episiotomia consiste em um corte com bisturi na região da vulva com a finalidade de acelerar a saída do bebê em desrespeito ao ritmo natural do trabalho de parto (LEAL *et al.*, 2012).

Para julgar os autos 0037122-65.2016.8.07.0018<sup>22</sup>, o TJDFR utilizou-se do parecer do Ministério Público. A peça opinativa destaca a recomendação da Federação Brasileira das

---

<sup>22</sup> BRASIL. TJDFR. Apelação Cível n. 0037122-65.2016.8.07.0018. Relator: Des. Esdras Neves. Julgado em 10 de julho de 2019.

Associações de Ginecologia e Obstetrícia quanto ao uso da técnica denominada episiotomia, de forma seletiva e justificada, a qual consiste na realização de incisão no períneo para aumentar a abertura vaginal no período expulsivo e facilitar a saída do feto, com vistas a proteger também a própria parturiente em face de lacerações perineais graves. No caso em apreço, identificou-se que ocorreu de fato a técnica invasiva, todavia, com consentimento prévio da gestante e anestesia local (BRASIL. TJDFT, 2019b).

Diferentemente do julgado acima, no cotidiano, todavia, as mulheres são, frequentemente, submetidas a rotinas e intervenções obstétricas arriscadas, por vezes desnecessárias, sem ao menos serem informadas sobre o assunto. Assim, como as mulheres desconhecem a capacidade do seu corpo de parir fisiologicamente, bem como seus direitos, aceitam como normal os procedimentos invasivos realizados. Com tal conduta, emergiu a concepção de que a prática rotineira da episiotomia representa destituir a mulher de poder decisório e, conseqüentemente, submetendo-a a violação do seu corpo (SANTOS; SHIMO, 2008).

A submissão da parturiente às decisões efetuadas por parte da equipe médica e a ausência de sua autonomia podem ser evidenciadas ao demonstrar que, conforme estudo realizado em Hospital Escola no interior de Minas Gerais, a maioria das mulheres entrevistadas (81,3%) informou que não recebeu qualquer tipo de informação em relação à intervenção durante seu processo de parturição, demonstrando que a episiotomia foi realizada sem informação e sem autorização prévia das participantes do estudo, o que revela a relação de autoridade exercida pelos profissionais durante a assistência ao parto (SANTOS; SHIMO, 2008).

Ressalta-se que a relação médico-paciente deve estar pautada pela informação, isto é, na junção entre liberdade e dignidade da pessoa humana. Esse direito de informação completa e correta permite com que o paciente conheça acerca do seu estado de saúde, do acometimento de determinados males, além dos tratamentos possíveis e dos riscos a ele associados. Tal transparência será fundamental para obter a sua autodeterminação, de forma que o paciente, através da informação recebida por parte da equipe médica, poderá eleger o tratamento que deseja receber, bem como sopesar, de forma livre e voluntária, os riscos a ele inerentes (BERGSTEIN, 2012).

Já nos autos 1016633-70.2016.8.26.0564<sup>23</sup>, a gestante alegou que foi vítima de violência obstétrica ao ser submetida ao procedimento de episiotomia. Segundo seu relato, sua utilização causou transtornos físicos e psíquicos, uma vez que provocou vulnerabilidade na musculatura do trato urinário e fecal, padecendo, em razão do procedimento em questão, de incontinência urinária e fecal de forma a ser necessário o uso de fraldas geriátricas. Todavia, o órgão colegiado verificou que foi dada à autora oportunidade para apresentar todos os documentos relacionados ao alegado tratamento para controlar a incontinência fecal, mas ela se manteve inerte, inviabilizando que fosse analisada a possível existência de falha no serviço prestado, bem como a culpabilidade dos profissionais. Assim, por não dispor de conhecimentos técnicos atinentes à área da saúde, o relator deve se valer, principalmente, das informações contidas na perícia médica (BRASIL. TJSP, 2019k). Dessa forma, ausente fatos concretos acerca dos tratamentos realizados por parte da gestante, o tribunal não teve outra alternativa senão a de não reconhecer o dever de indenizar.

Conforme mencionado ao longo da revisão bibliográfica, a episiotomia constitui em um corte profundo na região do períneo, empregada de forma rotineira e indiscriminada, por vezes, sem explicar para a gestante sua necessidade, seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos colaterais como incontinência do trato urinário e fecal. Assim, imprescindível a atuação médica para promover a devida orientação da gestante acerca dos prós e contras da técnica para que ela seja capaz de autonomamente decidir sobre as possíveis intervenções a serem realizadas em seu corpo.

#### 5.4 ESPÉCIES DE PARTO (CESÁREA OU NORMAL) E PROCEDIMENTOS

Dentre as características da violência obstétrica estão a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos (ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, 2007). Essa autonomia, todavia, não foi analisada nos autos 0012202-02.2014.8.26.0266<sup>24</sup>, uma vez que conforme mencionado nos autos houve insistência pela equipe médica em realizar o parto normal, sendo necessário o uso do fórceps. O neonato, durante o procedimento, sofreu convulsões e nasceu com sequelas, razão pela qual fora submetido a tratamento neurológico. O *expert* designado para averiguar o procedimento, conduto, concluiu que o procedimento médico se dera em conformidade ao

---

<sup>23</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1016633-70.2016.8.26.0564. Relator: Des. Elcio Trujillo. Julgado em 8 de outubro de 2019.

<sup>24</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 0012202-02.2014.8.26.0266. Relator: Des. Encinas Manfré. Julgado em 3 de dezembro de 2019.

padrão obstétrico e às boas práticas correspondentes e que se trata de ocorrência possível do parto. Assim, o tribunal reconheceu a ausência do nexo de causalidade e, conseqüentemente, o descabimento da responsabilidade objetiva da Fazenda Estadual recorrida (BRASIL. TJSP, 2019d).

Nesse mesmo norte foi a decisão nos 0018533-22.2008.8.26.0068<sup>25</sup>, em que ocorreu lesões de natureza física e neurológica ao neonato. O parto, no caso em concreto, foi realizado com o uso do instrumento fórceps e tentativa de parto normal prolongada, contudo a perícia médico-legal foi conclusiva ao considerar que o atendimento médico despendido para a gestante se deu de forma adequada e, no momento do parto, a opção pela utilização do instrumento fórceps deve o objetivo de abreviar o período expulsivo. Em que pese no bojo da decisão, a perita informar que a lesão do plexo braquial está relacionada com esse instrumento, o órgão colegiado não reconheceu, todavia, o nexo causal na lesão sofrida pelo neonato de forma a não configurar a responsabilidade civil, uma vez considerar um desafortunado acidente, que pode ocorrer quando se opta por este tipo de técnica, o que não significa que a conduta médica adotada foi inadequada (BRASIL. TJSP, 2016).

Já em relação aos procedimentos utilizados antes ou durante o procedimento de parto, os autos 1001133-61.2014.8.26.0037<sup>26</sup> analisados pelo TJSP não esgotaram as argumentações efetuadas pela apelante, uma vez que não há menção na decisão do tribunal acerca da ausência de medicação da gestante até o procedimento de parto, bem como de alimentação, sendo apenas analisada a tentativa de parto normal para não acolher a pretensão deduzida pela parte autora (BRASIL. TJSP, 2020b).

A tese de doutorado intitulada como “Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração. A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica”, por sua vez, estabelece entre as práticas ou situações consideradas como formas de violência obstétrica, no pré-natal, durante o parto e no pós-parto imediato o de não permitir a alimentação por parte da gestante, bem como recusar a administração de anestésico para alívio da dor (CIELLO *et al.*, 2012; SENA, 2016). Dessa maneira, caso enfrentado esses argumentos pelo relator e, no caso do seu reconhecimento, a mulher, portanto, faria jus à indenização pelo sofrimento psicológico enfrentado.

---

<sup>25</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 0018533-22.2008.8.26.0068. Relator: Des. Nogueira Diefenthaler. Julgado em 15 de setembro de 2016.

<sup>26</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1001133-61.2014.8.26.0037. Relator: Des. Reinaldo Miluzzi. Julgado em 30 de setembro de 2020.

Já nos autos 1007107-72.2014.8.26.0007<sup>27</sup>, a perícia demonstrou falha na dinâmica do atendimento, afirmando que, considerando as condições da gestante quando da internação, não havia contraindicação para o parto normal, contudo, quando iniciado o período expulsivo, há irregularidade no atendimento, uma vez que o tempo estimado para o período expulsivo é de 30 minutos, durante os quais deve ser feito o controle dos batimentos cardíacos fetais de 5 em 5 minutos, e no caso em tela, observou-se que, foi verificado o batimento cardíaco após 60 minutos de período expulsivo sem progressão fetal; momento em que o partograma indica a ausência de batimentos cardíacos e a indicação de cesárea de emergência. Ademais, o perito afirma que houve demora na determinação da realização de cesárea, ante o período expulsivo prolongado, e o intervalo de tempo entre a indicação da cesárea de emergência e a extração fetal foi superior ao considerado padrão. Por fim, o *expert* concluiu que há nexo de causalidade entre a assistência obstétrica prestada e as condições de nascimento da recém-nascida.

Assim, o TJSP entendeu que os documentos encartados nos autos, as conclusões do perito e a ausência de impugnação eficaz por parte do réu permitiram afirmar que os autores comprovaram a deficiência no atendimento médico feito e o nexo entre ele e as complicações enfrentadas durante o parto, o que resultou em sequelas irreversíveis à filha dos autores, entendendo pela reparação, todavia, o magistrado não menciona a ocorrência de violência obstétrica (BRASIL. TJSP, 2018e).

O mesmo tribunal, nos autos 1010934-98.2014.8.26.0037<sup>28</sup>, por sua vez, arguiu que as argumentações expostas pela demandante de que teria ocorrido negligência no atendimento prestado e violência obstétrica nos autos não teria o condão de autorizar o pagamento de qualquer indenização. O TJSP fundamenta que não há dúvidas de que durante todo o processo de gestação, a mulher alimenta expectativas válidas em relação ao momento do trabalho de parto, contudo, na prática, nem todas as expectativas são correspondidas, sejam elas físicas ou emocionais. Assim, para ele não se comprovou nem por prova testemunhal a ocorrência da violência obstétrica alegada, isso porque os depoimentos colhidos restringiram-se a reproduzir, substancialmente, a narrativa da demandante sobre os procedimentos e fatos ocorridos no âmbito da maternidade, por eles não testemunhados, não podendo, nesse caso, reconhecer o dever de indenizar por parte da maternidade (BRASIL. TJSP, 2019i).

---

<sup>27</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1007107-72.2014.8.26.0007. Relator: Des. Torres de Carvalho. Julgado em 3 de setembro de 2018.

<sup>28</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1010934-98.2014.8.26.0037. Relator: Des. Carlos Eduardo Pachi. Julgado em 25 de fevereiro de 2019.

Em relação à prova testemunhal para comprovar possíveis alegações de tratamento desumano sofrido, o tribunal ao julgar os autos 1024901-96.2016.8.26.0602<sup>29</sup>, entendeu não haver cerceamento de defesa ao negá-la com o argumento de que não houve maior especificação pela autora ao longo do processo de quem estaria presente quando ela alega ter sido destratada, limitando-se a simples menção de pessoas que estariam aguardando a recuperação da cesárea. Todavia, conforme menciona o relator na fundamentação, o atendimento prestado pelo réu ocorreu em 2014 e ação indenizatória foi proposta dois anos depois, ficando, dessa maneira, sem nenhuma força probatória eventuais relatos testemunhais que não presenciaram os fatos alegados e, diante do lapso temporal relevante, não seria suficiente para afastar as conclusões técnicas do perito (BRASIL. TJSP, 2020i).

Quanto à modalidade de parto, os autos 1051216-86.2014.8.26.0100<sup>30</sup> apresentam divergência, haja vista que o relator foi vencido. A maioria do órgão colegiado entendeu que a demora ou a insistência no induzimento do parto normal parecem importar maior risco ao feto e à parturiente do que o parto cesariano realizado com todo sucesso e com o qual concordou a genitora na oportunidade. Entenderam também exagerada a imputação de eventuais problemas psicológicos a serem enfrentados pela autora à decisão que assegurou a sua segurança e a do seu filho, nascido completamente saudável, uma vez que a autora não foi submetida à força à realização de cesárea. Para a maioria dos desembargadores, o médico agiu responsabilmente e com a concordância da autora que não pode agora levemente imputar postura ilícita ou negligente, efetivamente incorrente (BRASIL. TJSP, 2019o).

O relator, contudo, argumenta que uma vez se obrigando a buscar realizar parto normal, deve-se entender que o médico tinha igualmente o dever de envidar seus melhores esforços e empregar todos os recursos que a arte médica oferece para alcançar esse objetivo, o que não foi evidenciado no caso em tela. Fato este comprovado pela declaração da perita do Juízo, a qual menciona em seu laudo técnico que do ponto de vista exclusivamente obstétrico, o caso teve resolução eficaz, haja vista a ausência de complicações no trabalho de parto ou intercorrências durante a internação, todavia se a proposta havida entre o profissional médico e a paciente tiver sido exclusivamente pela indução de parto, os procedimentos médicos ficaram aquém dos ditames dos protocolos mais difundidos nos serviços médicos. Assim, conforme preconizado pela perita, ao deixar de administrar o medicamento misoprostol e não

---

<sup>29</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1024901-96.2016.8.26.0602. Relator: Des. Carlos Alberto de Salles. Julgado em 19 de setembro de 2020.

<sup>30</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1051216-86.2014.8.26.0100. Relator: Des. Luís Mário Galbetti. Julgado em 23 de outubro de 2019.

aguardar o tempo recomendado, o apelado renunciou a benesses da medicina que devia ter usado para cumprir sua obrigação da melhor forma, concluindo-se que descumpriu culposamente sua obrigação (BRASIL. TJSP, 2019o).

Fato que deve ser ponderado é que diante da falta de informações, as mulheres encontram-se extremamente vulneráveis às indicações de cesáreas questionáveis, submetendo-as a uma cirurgia de grande porte com riscos e complicações para mãe e bebê (CIELLO *et al.*, 2012).

Ademais, ao deixar de adotar todas as medidas cabíveis para assegurar que a apelante parisse o neonato naturalmente, fica claro que o apelado impediu-a de fruir de seu corpo da forma como preferia, o que implicou ofensa a direitos fundamentais, interferindo na sua autonomia e representou ofensa a seu direito fundamental ao próprio corpo - arts. 13 a 15 do CC e art. 5º.1 do Pacto de São José da Costa Rica- (BRASIL, 2002; ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1969), fato este capaz de ensejar reparação do dano moral ocasionado.

Já os autos 1096561-41.2015.8.26.0100<sup>31</sup> demonstram a intromissão dos profissionais de saúde na autonomia feminina ao mencionar que a autora optou pelo parto normal, mas alegou que foi submetida a diversos procedimentos a contra gosto, como ruptura da bolsa amniótica e aplicação de ocitocina. O TJSP, contudo, alegou ausência de prova quanto à ocorrência de violência obstétrica no trabalho de parto da autora para desprover o recurso (BRASIL. TJSP, 2018h).

A literatura, por sua vez, manifesta-se no sentido de que a assistência hospitalar ao parto deve ser segura, além de proporcionar às gestantes os benefícios dos avanços científicos. Importa frisar que, fundamentalmente, mais do que promover melhorias tecnológicas, deve-se permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, ao ponto de resgatar a autonomia da mulher em relação ao seu parto (WOLFF; MOURA, 2004).

Assim, apesar dos avanços tecnológicos com as intervenções médicas, busca-se também estimular o parto normal ou o parto e o nascimento humanizados, tanto na rede pública quanto na rede particular de saúde. Para isso, a UNICEF estabeleceu como condutas recomendadas a de fazer somente as intervenções necessárias, visando ao bem-estar da mulher e do bebê, com base em evidências científicas, e mediante autorização da mulher e de aguardar que o rompimento da bolsa amniótica aconteça de forma espontânea, e não

---

<sup>31</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1096561-41.2015.8.26.0100. Relator: Des. Moreira Viegas. Julgado em 19 de dezembro de 2018.

provocada, isso porque a ruptura artificial precoce das membranas, como um processo de rotina, não é justificável. (UNICEF, 2017; WHO, 1985).

Ademais, o Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância não recomenda a provocação ou aceleração do parto sem necessidade, isso porque o uso de soro com hormônio (ocitocina) para acelerar o parto raramente é necessário. De forma que, se for o caso, tanto a mulher como o acompanhante devem pedir que a equipe de saúde explique as razões, haja vista que a utilização incorreta desse medicamento pode causar sofrimento para o bebê e risco para a mãe (UNICEF, 2017). Assim, a submissão a procedimentos a contra gosto, como ruptura da bolsa amniótica e aplicação de ocitocina, violam a autonomia feminina e, portanto, são ensejadores da violência obstétrica.

Por fim, essas intervenções realizadas rotineiramente nas maternidades com o fim de acelerar o trabalho de parto e parto podem ocasionar diversas complicações no binômio mãe-bebê, inclusive são capazes de potencializar a morbimortalidade de ambos. Esse estilo de abordagem assemelha-se a uma linha de montagem, de forma a ignorar as necessidades e diferenças de cada indivíduo, não considerar as características fisiologia do parto e nascimento, além de submeter os envolvidos a riscos desnecessários (CIELLO *et al.*, 2012).

Já nos autos 1002589-57.2014.8.26.0292<sup>32</sup>, a autora busca reparação por toda angústia, sofrimento, humilhação, distrato, desrespeito e arbitrariedade no atendimento durante o parto de seu filho, consubstanciados na conduta vexaminosa, desmedida e excedida do hospital apelado, além de afirmar ter sofrido violência obstétrica durante o parto, devido à insistência da requerida na realização de parto normal. A autora, dessa forma, permaneceu por longas 12 (doze) horas em trabalho de parto e submeteu-se a episiotomia, todavia, no entendimento do tribunal, competia à autora comprovar o nexo causal entre as condutas perpetradas pelos profissionais (médicos e enfermeiros), a falha no atendimento dispensado à gestante e o dano ocorrido. Por fim, a prova pericial, realizada sob o crivo do contraditório, foi conclusiva, no sentido de que a periciada recebeu assistência obstétrica adequada para o momento, além de concluir de que não havia contra indicação para o parto normal no presente caso (BRASIL. TJSP, 2018d). Vale destacar que o perito, no entanto, tem acesso apenas ao prontuário e à análise dos exames físicos, não podendo opinar em relação à humilhação, distrato, desrespeito e arbitrariedade no atendimento alegados, condutas de difícil comprovação senão por prova testemunhal.

---

<sup>32</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1002589-57.2014.8.26.0292. Relator: Des. José Carlos Ferreira Alves. Julgado em 20 de julho de 2018.

Ademais, apesar de a violência psicológica causar traumas e marcas profundas na alma, apresenta maior dificuldade de prosseguimento na via judicial, isto porque não apresenta sequelas aparentes como a violência física (AGUIAR, JANAÍNA, 2010).

Ainda em relação aos procedimentos adotados, nos 1011389-64.2014.8.26.0554<sup>33</sup>, a autora alega negligência médica, caracterizada pela realização do parto por médico residente que, segundo a Lei nº 6.932/1981, não seria habilitado, por estar ainda em treinamento; pela não execução de exames suplementares, como ultrassonografia, por meio da qual seria possível detectar o tamanho da criança, evitando a manobra que acabou por fraturar a clavícula e lesionar o plexo braquial da recém-nascida; e pela ausência de ortopedista que pudesse esclarecer e orientar a genitora sobre a condição da autora. O TJSP, amparado pelo *expert* da área médica, entendeu que a participação da médica residente não configurou má prática médica, mesmo porque seu supervisor, que se encontrava em frente à sala de parto, atendeu ao chamado e a realização de ultrassonografia na parturiente, que apresentava 9,5 cm de dilatação, não era recomendável. Contudo, a alegação de ausência de ortopedista que pudesse esclarecer e orientar a genitora sobre a condição da autora não foi enfrentada pelo magistrado (BRASIL. TJSP, 2019j). Vale mencionar que, a ausência de informação à genitora, é condição suficiente para ensejar a caracterização de violência obstétrica (SÁNCHEZ, 2015).

Já nos autos 1023274-48.2015.8.26.0002<sup>34</sup>, o recurso da requerente, que almejava a reforma da sentença teve provimento negado, sob a razão de que o laudo informa a fratura da clavícula direita do bebê ao nascimento, não obstante conste ausência de descrição de manobras intempestivas por parte dos prepostos. Afirmou também a apelante de que é fato a imperícia e imprudência, pois se tudo estivesse dentro da normalidade, não haveria ocorrido a lesão no neonato. Por fim, alegou que não se retira a responsabilidade de preservar a saúde, porque nem todas as ocorrências constam no relatório médico, sendo inclusive possível omissão de informações no prontuário, o que não foi suficiente para o convencimento do magistrado (BRASIL. TJSP, 2019i).

O entendimento anterior, contudo, não encontra amparo do STJ, haja vista que a 3ª Turma condenou um obstetra pelos danos causados a um recém-nascido. Em suas razões, o ministro relator salienta que houve falha na prestação do atendimento médico, uma vez que

---

<sup>33</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1011389-64.2014.8.26.0554. Relator: Des. José Jarbas de Aguiar Gomes. Julgado em 26 de novembro 2019.

<sup>34</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1023274-48.2015.8.26.0002. Relator: Des. Salles Rossi. Julgado em 24 de janeiro de 2019.

ficou caracterizada negligência e imperícia pela ausência de anotações por parte do obstetra das intercorrências e dos procedimentos adotados na folha de evolução do parto, que serve para monitorar a rigor as condições da mãe e do feto, bem como os procedimentos adotados, conforme exigido pelo Código de Ética Médica.

Assim, para o relator, não há amparo para a defesa médica, que alegou a inocorrência de sua culpa e que a condenação configurou hipótese de responsabilização objetiva, violando o disposto no artigo 14, parágrafo 4º, do Código de Defesa do Consumidor (CDC). Ademais, a defesa asseverou a ausência do nexo de causalidade, pois, para o profissional, a conduta de não fazer o registro dos fatos no prontuário não teve nenhuma relação com os danos ao recém-nascido. Tais alegações, todavia, foram refutadas ao caracterizar a responsabilidade subjetiva, diante da conduta omissiva – constatação que foi fundamental na condenação pelos graves prejuízos ocasionados à criança.

O ministro salientou que a teoria da equivalência dos antecedentes – refletida pelo argumento do médico de que a falta de anotação no prontuário da paciente não teria nexo causal com o evento danoso sofrido pelo bebê – não é a mais apropriada para a interpretação dos casos de responsabilização civil. Para ele, a responsabilidade civil seria aferida de forma mais fidedigna pela teoria da causalidade adequada, em que a ocorrência de determinado fato torna provável a ocorrência do resultado.

Por fim, menciona que o cuidado e o acompanhamento adequados à gestante poderiam ter conduzido a resultado diverso, ou, mesmo que o dano não fosse evitável, teriam o condão de demonstrar que todas as providências possíveis na medicina foram tomadas – fatos que, registrados no prontuário, teriam, inclusive, auxiliado o profissional em sua defesa (BRASIL. STJ. 3ª TURMA, 2021).

Por fim, os autos 0002826-33.2001.8.26.0238<sup>35</sup> não mencionam expressamente a ocorrência de violência obstétrica, todavia a autora alega omissão na adoção das cautelas habituais antes do parto com desrespeito da equipe médica pela opção em realizar parto cesariano e gravidade das lesões experimentadas. A autora, entretanto, se desincumbiu do ônus de comprovar a negligência ou imperícia, mostrando indiferença com o encargo probatório, o que seria imprescindível à configuração do nexo de causalidade e à consequente atribuição aos réus do dever de indenizar. Assim, não houve o acolhimento da insurgência (BRASIL. TJSP, 2019c).

---

<sup>35</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 0002826-33.2001.8.26.0238. Relator: Des. Jarbas Gomes. Julgado em 13 de junho de 2019.

Sob essa ótica, mais do que promover a utilização ou não de determinadas práticas, faz-se imprescindível resgatar o papel central e ativo da mulher no ciclo gravídico-puerperal, o que é o foco da luta feminista pela humanização da assistência do parto. Isso porque a maternidade segura é um dos pilares do direito reprodutivo, assim como o direito da mulher de tomar suas decisões de maneira bem informada em relação a seu corpo, sua saúde, sexualidade e reprodução, preservando, assim, a sua autonomia (DINIZ, SIMONE GRILO; CHACHAM, 2002).

Ressalta-se que, a fim de elucidar os fatos, a prova pericial precisa ser designada e recebe peso diferenciado no julgamento do magistrado. Conforme já mencionado ao longo do trabalho, o *expert* possui conhecimento técnico para opinar acerca de lesões físicas, todavia não está presente no momento para presenciar as condutas adotadas. Assim, o perito efetua laudo técnico com base nos documentos acostados nos autos e no prontuário médico, não podendo opinar em relação ao tratamento despendido. Ademais, nem sempre todas as condutas realizadas no momento do parto são registradas no prontuário, isso porque algumas delas não são recomendadas e, portanto, não são mencionadas para não produzir provas contra os profissionais que desempenharam o ato, sendo condutas de difícil comprovação senão por prova testemunhal.

## 5.5 VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Nos autos n. 0700307-14.2018.8.07.0000<sup>36</sup>, manteve-se a condenação do hospital público por danos sofridos em razão de a gestante, na época dos fatos, ter ficado enrolada tão somente em lençóis nos momentos anteriores ao parto no hospital, isto é, sem roupas próprias (vestimenta hospitalar), além de não ter sido informada quanto ao seu estado de saúde no pós-parto. Assim, concluiu que não há dúvidas de que o momento em que a autora encontrava-se em momento delicado e sensível e, ao deixá-la sem a vestimenta própria acarreta em uma situação de maior vulnerabilidade, o que foram considerados, pela magistrada, fatores ensejadores de indenização por dano moral (BRASIL. TJDFT, 2018).

Nessa mesma linha, foi julgado o recurso dos autos 0142857-22.2007.8.26.0100<sup>37</sup>, que considerou a ausência de informações prestadas à paciente passível de dano moral. No caso elencado, verificou-se que a ré, durante o período de internação dispensou à autora, de

<sup>36</sup> BRASIL. TJDFT. Apelação Cível n. 0700307-14.2018.8.07.0000. Relatora: Des<sup>a</sup>. Carmelita Brasil. Julgado em 21 de Fevereiro de 2018.

<sup>37</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 0142857-22.2007.8.26.0100. Relator: Des. José Aparício Coelho Prado Neto. Julgado em 29 de outubro de 2013.

forma adequada, o tratamento exigido para seu estado de saúde. Ademais, quando de sua alta médica, verifica-se que a ré não teve o cuidado esperado ao não proporcionar a devida orientação à genitora do autor, com relatório médico detalhado, acerca da gravidade da lesão sofrida pelo neonato e a não prestar as informações necessárias para que ele continuasse em tratamento, ainda que em regime ambulatorial. Vale mencionar que a ré, inclusive, não encaminhou o autor para o devido tratamento o que evidencia a configuração do dano moral passível de indenização. Por fim, o tribunal fundamenta que a simples omissão de lesão tão grave, afasta a possibilidade de melhor aproveitamento do tratamento, o que é suficiente para gerar dano moral (BRASIL. TJSP, 2013).

Nesse contexto, a doutrina se manifesta no sentido de que a infringir os deveres de informação o de orientar o paciente que provoquem o retardamento nos cuidados, desde que ocasione dano ao paciente, é capaz de importar em responsabilidade por perda de uma chance. Isso porque reduz as chances de uma pessoa vir a obter, no futuro, algo benéfico, e que, por isso, a oportunidade ficou irremediavelmente destruída. Assim, a perda de chance, em si mesma, caracteriza um dano, que será reparável quando estiverem reunidos os demais pressupostos da responsabilidade civil (GONÇALVES, 2019), o que pôde ser verificado no caso em tela, uma vez que a ausência de informações sobre a gravidade da lesão do neonato e a orientação para a continuidade do tratamento afeta na progressão da sua recuperação.

Diferentemente do julgado supra, concluiu-se, nos autos 4011377-09.2013.8.26.0562<sup>38</sup>, que o caso concreto não era passível de indenização, uma vez não comprovada a ausência de informação ao autor do encerramento do procedimento cirúrgico. O tribunal entendeu que, mesmo que se considere a presença de falha nos deveres de informação ao autor no pós-parto, não se vislumbra a ocorrência de danos à personalidade, que superem os aborrecimentos cotidianos, haja vista que o parto foi realizado livre de intercorrências, apresentando segurança à autora e ao recém-nascido (BRASIL. TJSP, 2019p).

Apesar de o TJSP considerar a ausência de informações à gestante como um mero aborrecimento cotidiano, não é o que preceitua a doutrina, haja vista que a negação de informação às mulheres sobre os procedimentos médicos empregados durante o processo de parto caracteriza a ocorrência de violência obstétrica (SÁNCHEZ, 2015).

Vale mencionar que a violência desenvolve-se não apenas com o erro técnico, mas também com a omissão ou não esclarecimento de informações importantes, a negligência no

---

<sup>38</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 4011377-09.2013.8.26.0562. Relator: Des. Alcides Leopoldo. Julgado em 12 de setembro de 2019.

atendimento, o desrespeito à autonomia, o abandono, a invasão, as ameaças ou reprimendas, a objetificação da parturiente, bem como a desqualificação das queixas (DE AGUIAR, JANAINA MARQUES; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013), o que demonstra uma gama de atitudes que não deixam marcas físicas, mas são capazes de provocar sofrimento na parturiente, todavia por serem naturalizadas e banalizadas, gera a sua invisibilização.

Estudo demonstra que as causas para a violência institucional, segundo apontado pelos profissionais, têm relação com o ritmo de trabalho alienante juntamente com a precariedade de recursos, que resulta não só no esgotamento físico como emocional do profissional; além da falta de comprometimento ético na formação profissional e da certeza da impunidade por parte dos profissionais, sobretudo no serviço público, contra esses atos (DE AGUIAR, JANAINA MARQUES; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013), o que demonstra a ausência de responsabilização pelas suas condutas, ocasionando certo estímulo a tais atitudes.

Já, ao sopesar as provas do processo 0045932-09.2003.8.26.0001<sup>39</sup>, valorou-se mais a prova pericial que atestou ausência de negligência, imprudência ou imperícia no tratamento da demandante em detrimento da prova testemunhal. Esta última, através do depoimento de testemunhal, identificou o tratamento depreciativo à autora ao referir-se a ela como “escandalosa” e a presença de danos físicos ao presenciar alguns tapas no rosto da autora, talvez para “acordá-la”. A testemunha afirma, ainda, que o médico gritava com a paciente, para que fosse andando até a sala de parto, chegando ao ponto de empurrá-la. O magistrado entende a gravidade dos fatos narrados, mas, no seu entendimento, não havia, nos autos, outros indícios ou provas que corroborassem a sua ocorrência (BRASIL. TJSP, 2018b). O depoimento da testemunha é claro e contundente ao demonstrar o tratamento vexatório e até agressivo despendido por parte do profissional para com a gestante, todavia, o tribunal não analisou esse viés da violência obstétrica, limitando-se apenas ao laudo pericial.

Vale destacar que a violência obstétrica não é composta apenas por danos físicos, mas também sexuais e psicológicos. Assim, faz-se necessário reforçar que o viés psicológico da violência obstétrica, é expressa pela negligência na assistência, pela discriminação social e pela violência verbal através de tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional (ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, 2007), o que foi experienciado pela gestante no caso em tela.

---

<sup>39</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 0045932-09.2003.8.26.0001. Relator: Des. Eduardo Sá Pinto Sandeville. Julgado em 10 de maio de 2018.

Nesse norte, estudo realizado em maternidades com profissionais de saúde e pacientes mostram lados diversos do tratamento utilizado no âmbito hospitalar ao demonstrar que gritar com a paciente pode ser considerado um desrespeito ou grosseria, todavia, se a paciente é considerada como “descontrolada” pelo profissional ou precisa ser chamada à razão, não constituiria violência, mas o exercício da sua autoridade profissional. Isso porque o termo violência é mais comumente associado à violência física para a população em geral, deixando a violência psicológica em segundo plano por ter limites pouco claros. Dessa forma, ameaçar, “falar mais ríspido” ou utilizar frases jocosas, algumas de conotação sexual, como forma de “brincar” com a paciente fazem parte da prática cotidiana e, por sua vez, são banalizadas pelo profissional (DE AGUIAR, JANAINA MARQUES; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

A prova testemunhal dos autos 1010333-50.2013.8.26.0127<sup>40</sup>, todavia, auferiu destaque ao se verificar o descaso do hospital e a situação vexatória sofrida pela gestante, uma vez que ela permaneceu horas com dores e com sangramento de forma visível pelas demais pacientes à espera de atendimento, levando inclusive ao óbito do feto. Portanto, o órgão colegiado identificou que, injustificadamente, a autora passou por momentos de dor, aflição, angústia e de medo, além de passar por situação vexatória diante dos demais presentes. Assim, diante de todo quadro concreto juntamente com o depoimento das testemunhas permitiu concluir que os profissionais que atenderam a autora no dia dos fatos não agiram como deveriam, fazendo com que a responsabilidade civil ficasse evidenciada nesses autos, decorrentes do péssimo e indigno atendimento dispensado à autora pelos profissionais do pronto socorro no dia dos fatos que tudo indica não se preocuparam com o quadro clínico da paciente e tampouco com a situação que se avizinhava, qual seja o abortamento por ela experimentado, além da situação vexatória decorrente do ostensivo sangramento, fazendo exsurgir o dano moral (BRASIL. TJSP, 2020g).

A violência obstétrica perpetrada no ambiente hospitalar e que não deixa marcas físicas, por vezes, é ignorada pelo defensor da própria vítima, como pode ser exemplificado na fundamentação da desembargadora nos autos 0701048-87.2016.8.01.0001<sup>41</sup>. Registre-se que, a apelante, no seu depoimento, fez um relato emocionado ao relembrar a modalidade de violência obstétrica que alegou sofrer ao mencionar que a equipe médica passou a ignorar o

---

<sup>40</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1010333-50.2013.8.26.0127. Relator: Des. J.B. Paula Lima. Julgado em 8 de maio de 2020.

<sup>41</sup> BRASIL. TJAC. Apelação Cível n. 0701048-87.2016.8.01.0001. Relatora: Des<sup>a</sup>. Eva Evangelista. Julgado em 29 de abril de 2019.

seus pedidos por explicações sobre o que estava acontecendo, o que a fez sentir-se desamparada. O TJAC, contudo, mostra-se consciente da necessária humanização indispensável no atendimento dos pacientes, especialmente no tocante ao acolhimento do indivíduo, de forma ser uma obrigação do profissional médico, uma vez que a internação hospitalar ocasiona, por si só, um momento de extrema fragilidade emocional, todavia as provas colacionadas nos autos, como os depoimentos das testemunhas e dos informantes, não conseguiram descortinar este ponto específico. Ademais, a defesa técnica da apelante centralizou a sua argumentação na alegação de demora injustificada na realização da cirurgia, deixando de abordar o suposto tratamento desumanizado nos instantes que antecederam ao parto, motivo pelo qual o magistrado não pôde se debruçar neste tema (BRASIL. TJAC, 2019a).

Nessa mesma linha foi decidido os autos 0978396-66.2014.8.13.0024<sup>42</sup>, em que o recurso da autora foi desprovido, haja vista que não se provou o suposto tratamento degradante por parte da equipe médica, cuja ocorrência, se demonstrada, poderia importar no reconhecimento de imperícia por parte dos prepostos das apeladas. Assim, diante da ausência de provas das supostas agressões verbais, tampouco do sofrimento fetal derivado da conduta médica ou do desalinho procedimental dos médicos que conduziram o parto, o recurso foi desprovido (BRASIL. TJMG, 2016).

Nos autos 0000822-11.2007.8.26.0271<sup>43</sup>, a parte autora, por sua vez, alega que houve falha e negligência na prestação do serviço público pelo hospital, considerando o excessivo período de tempo entre a entrada no hospital e a realização do parto, bem como o tratamento insensível e desrespeitoso recebido pelos profissionais de saúde causou-lhe grande sofrimento, o que justifica a condenação do Poder Público ao pagamento de indenização a título de danos morais, pleiteando o depoimento de testemunhas, conforme já solicitado e indeferido pelo Juízo *a quo* para comprovação dos fatos alegados. Menciona ainda que, em razão violência obstétrica empregada, sofreu inúmeras adversidades, desassossego, dor, aborrecimento, temor e tristeza, além de culpabilizar a instituição de saúde pela anoxia perinatal com conseqüente paralisia cerebral na criança. O TJSP, responsável por analisar o caso, contudo, manteve a sentença incólume e afigura desnecessária, no caso em tela, a oitiva de testemunhas, pois o diagnóstico das sequelas da recém-nascida decorrentes do parto e seu

---

<sup>42</sup> BRASIL. TJMG. Apelação Cível n. 0978396-66.2014.8.13.0024. Relator: Des: José Marcos Vieira. Julgado em 13 de julho de 2016.

<sup>43</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 0000822-11.2007.8.26.0271. Relatora: Des<sup>a</sup>. Flora Maria Nesi Tossi Silva. Julgado em 18 de setembro de 2019.

nexo de causalidade constituem matéria eminentemente técnica, a ser dirimida por peritos, e não pelo depoimento de testemunhas leigas (BRASIL. TJSP, 2019b).

O tribunal, no entanto, utilizou-se como negativa apenas a questão do nexo causal com a paralisia cerebral, não considerando que as testemunhas “leigas”, nomenclatura adotada em sua fundamentação, são capazes de demonstrarem os possíveis tratamentos negligentes e desrespeitosos sofridos, em virtude de serem testemunhas oculares dos fatos alegados, podendo gerar a responsabilização do estabelecimento de saúde pelos danos morais sofridos.

Vale salientar que a violência perpetrada contra o corpo feminino pode ser institucional, isto é, quando a unidade hospitalar é o sujeito ativo. Assim, apesar de não ser mencionada nos autos 0006308-62.2011.8.26.0068<sup>44</sup>, não há dúvidas de sua ocorrência, haja vista a negativa de atendimento, o que ocasionou a peregrinação da gestante para conseguir dar a luz.

Consta nos autos que a gestante, com 36 semanas de gravidez, com fortes dores abdominais, encaminhou-se ao nosocômio com o objetivo de realizar o parto, todavia, não foi recebida no pronto socorro de hospital sob o argumento de que a instituição seria apenas conveniada para a realização de partos eletivos, isto é, com hora marcada, e não emergenciais, devendo, dessa maneira, a autora aguardar 48 horas para sua autorização, fato que gerou, inclusive, sofrimento fetal. Destarte, não há dúvidas de que a negativa da internação configura-se abusiva e ilícita, que ensejou ferimento do dever elementar da preservação da dignidade, signo da pessoa humana, à margem do regime jurídico em vigor (BRASIL. TJSP, 2018a).

A literatura demonstra que a peregrinação da gestante em busca de um leito constitui um obstáculo para a acessibilidade ao serviço de saúde, de forma a ser considerado um grave problema de saúde pública no país e uma violência velada na assistência obstétrica, o que provoca violência de caráter institucional, psicológico e físico. Assim, o processo de peregrinação em busca de atendimento é um marco de violência, seja de caráter institucional, pois obstaculiza o acesso da parturiente aos serviços de saúde; de caráter psicológico, por ocasionar insegurança, medo, desespero e humilhação da mulher. Por fim, quanto ao caráter físico, a peregrinação promove o aumento de estímulos dolorosos e oferece maior risco para o binômio mãe-bebê (RODRIGUES, 2014).

---

<sup>44</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 0006308-62.2011.8.26.0068. Relator: Des. Rômolo Russo. Julgado em 4 de junho de 2018.

Já nos 0216974-13.2009.8.26.0100<sup>45</sup>, houve a alegação, por parte da apelante, de que foi manipulada de forma desumana e sem nenhum preparo medicamentoso, que pudesse, pelo menos, aliviar as intervenções mecânicas. O tribunal, contudo, entendeu que o sofrimento necessitava de prova, a culpa do profissional e onexo causal careciam de demonstração, os quais não vieram para os autos. Ademais, o órgão colegiado menciona que o relato da apelante, no que toca ao tratamento desumano que alega ter passado, de violência na cavidade genital, se provado, certamente, geraria a obrigação de indenizar pelo hospital, cuja responsabilidade é objetiva perante os pacientes. Todavia, as alegações não ultrapassaram o campo da mera assertiva, inexistindo qualquer demonstração, o que poderia ser revelado com a oitiva de testemunhas, mas não houve essa solicitação na audiência de instrução (BRASIL. TJSP, 2019e).

Vale reforçar que o artigo 370 do CPC assim dispõe no parágrafo único que “o juiz indeferirá, em decisão fundamentada, as diligências inúteis ou meramente protelatórias”, mas, no *caput*, há a ressalva de que poderá atuar de ofício ao determinar as provas necessárias ao julgamento do mérito (BRASIL, 2015a). Assim, conforme mencionado na sua fundamentação, caso provado, haveria o dever de indenizar por parte do hospital, o que demonstra que a diligência a ser realizada não seria inútil nem meramente protelatória.

Ademais, salienta-se que a Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da Resolução n. 368/2015, estabeleceu que deve ser disponibilizado à gestante o partograma, documento que gráfico onde são feitos os registros do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais e conterá, no mínimo, as informações indicadas pela OMS como, por exemplo, os medicamentos ministrados ao longo do trabalho de parto (BRASIL. ANS, 2015). Conclui-se, dessa maneira, que não houve interesse por parte do tribunal em julgar de forma exauriente o caso, pois, conforme mencionado pelo relator, a oitiva de testemunhas poderia demonstrar a violência empregada e, conseqüentemente, responsabilizar objetivamente o nosocômio pelos danos ocasionados, sendo fundamental ao julgamento do mérito, bem como a análise do partograma.

Nesse sentido, decidiu o Tribunal, nos autos 1003270-17.2019.8.26.0271<sup>46</sup>, ao anular a sentença apelada com a justificativa de que não há nos autos elementos que permitam avaliar a veracidade das alegações da autora, demandando a realização de provas,

---

<sup>45</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 0216974-13.2009.8.26.0100. Relator: Des. Araldo Telles. Julgado em 11 de junho de 2019.

<sup>46</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1003270-17.2019.8.26.0271. Relatora: Des<sup>a</sup>. Marcia Dalla Déa Barone. Julgado em 17 de setembro de 2020.

notadamente a prova pericial e testemunhal, que é imprescindível para apuração de suposto erro médico (BRASIL. TJSP, 2020c). Assim, para tribunal, a fim de propiciar uma melhor avaliação e decidir o caso em questão, seria imprescindível além da prova pericial, a oitiva de testemunhas, as quais, muitas vezes, são fundamentais para a solução da lide.

Por fim, pode-se constatar que a violência psicológica é silenciosa e, em grande parte das vezes, só consegue ser comprovada mediante prova testemunhal, de forma que o indeferimento da oitiva das pessoas que presenciaram os fatos ocasiona o cerceamento da comprovação dos fatos e da possível compensação.

### 5.5.1 Abandono

No julgado dos autos 1040603-68.2018.8.26.0002<sup>47</sup>, constatou-se que houve falha na prestação do serviço da equipe médica, uma vez que ficou comprovada a desídia com a qual foram tratados pelos profissionais credenciados pelo seu plano de saúde. Tal falta de zelo ficou evidente quando o médico que examinou a grávida informou que o parto seria normal e não mais voltou para atendê-la, deixando-a ser submetida a situações de extremo constrangimento, em momento de extrema vulnerabilidade e tensão, fato este suficiente para o magistrado configurar os danos morais (BRASIL. TJSP, 2019n).

No mesmo sentido da decisão anterior, no mérito dos autos 0030544-40.2016.8.07.0001<sup>48</sup>, a mulher alegou que sofreu violência obstétrica durante o parto e abandono médico durante a internação, o que teria lhe causado graves danos psicológicos e morais. Todavia, o TJDFT considerou que não havia evidências do alegado “abandono médico” após o parto, uma vez que o prontuário eletrônico demonstra que a apelante foi avaliada e monitorada diariamente pela equipe de enfermagem do hospital durante todo o período de internação. (BRASIL. TJDFT, 2019a)

De igual maneira ocorreu na análise dos autos 0620886-58.2015.8.04.0001<sup>49</sup>, em que o Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas entendeu que as teses recursais de indenização por danos morais decorrentes de alegada violência obstétrica e negligência médica na prestação do serviço não merecem guarida, isso porque o relatório de enfermagem pós-parto demonstrou que a paciente não apresentou queixas, nem apresentou intercorrências no

---

<sup>47</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1040603-68.2018.8.26.0002. Relator: Des. A.C.Mathias Coltro. Julgado em 18 de setembro de 2019.

<sup>48</sup> BRASIL. TJDFT. Apelação Cível n. 0030544-40.2016.8.07.0001. Relator: Des. Diaulas Costa Ribeiro. Julgado em 4 de abril de 2019.

<sup>49</sup> BRASIL. TJAM. Apelação Cível n. 0620886-58.2015.8.04.0001. Relator: Des. Airton Luís Corrêa. Julgado em 22 de abril de 2019.

período de internação e no momento da alta hospitalar. Assim, o tribunal entendeu que não há indícios nos autos que apontem para condutas culposas tanto na conduta do corpo médico responsável pelo parto da paciente, não podendo responsabilizá-los pelos eventos danosos a eles atribuídos pela apelante (BRASIL. TJAM, 2019).

Dessa forma, os prontuários médicos foram capazes de demonstrar os cuidados empregados no pós-operatório das puérperas e, portanto, ausente o dever de indenizar por parte dos profissionais de saúde.

Por outro lado, a sentença proferida com relação aos autos 0805201-65.2016.8.12.0002<sup>50</sup> foi mantida, na qual o hospital foi condenado a pagar indenização a título de danos morais, decorrentes da má prestação de serviços, vez que a apelada era beneficiária de plano de saúde oferecido pela cooperativa-ré, não pôde ser atendida em razão da ausência de médico obstetra. No caso em tela, a apelada informou que o nosocômio contava, naquele momento, apenas com um médico clínico geral plantonista, o qual não quis prestar o atendimento por não ser sua especialidade. Afirmou, ainda, que o hospital contactou o obstetra da apelada para vir atendê-la naquele local, contudo, para tanto, seria cobrado o valor referente a uma consulta. Portanto, para o Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul, não se trata de simples descumprimento contratual, mas de evidente recusa indevida e injustificada de tratamento médico à beneficiária do plano de saúde (BRASIL. TJMS, 2018).

Ademais, não procede, para o órgão colegiado, a alegação do nosocômio de inexistir dano moral em decorrência de a paciente ter sido encaminhada a outro hospital com médico especialista, que lhe prestou o devido atendimento, em razão de ter sido a autora, por iniciativa própria, quem buscou atendimento em hospital público, ou seja, não foi encaminhada pela apelante, situação que corrobora com a alegação do descaso da ré frente à situação da autora, o que configura o dano moral, pois resta evidente que os transtornos decorrentes do não atendimento da beneficiária no momento em que as intercorrências na gestação, ultrapassaram os limites do mero aborrecimento, gerando, por consequência, o dever de indenizar por parte da instituição de saúde pela conduta lesiva.

Nessa mesma linha, o TJSP, nos autos 1001170-31.2016.8.26.0001<sup>51</sup>, considerou inadmissível o atraso de 7h30 para a realização da cirurgia cesariana. Para o tribunal, não há dúvidas de que é um caso de violência obstétrica por abandono da parturiente no ambiente

---

<sup>50</sup> BRASIL. TJMS. Apelação Cível n. 0805201-65.2016.8.12.0002. Relator: Des. Marcos José de Brito Rodrigues. Julgado em 14 de novembro de 2018.

<sup>51</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1001170-31.2016.8.26.0001. Relator: Des. Nilton Santos Oliveira. Julgado em 4 de julho de 2019.

hospitalar por um período extremamente longo, momento de grande expectativa para a gestante capaz de gerar descontrole emocional. Assim, a culpa do réu decorre da negligência configurada na demora de realização da cirurgia cesariana de gestante cuja criança estava em sofrimento fetal por período desarrazoado, causando prejuízos definitivos aos autores. Dessa maneira, a dor moral decorre do desrespeito e do abalo de espírito de não ter podido receber o tratamento adequado e de sentir-se invisível mesmo estando dentro do hospital e na presença de médicos em horário de trabalho, que justamente estavam ali para ajudar seu bebê a vir ao mundo (BRASIL. TJSP, 2019g).

Por fim, não há dúvidas de que houve negligência, já que, como corretamente constatou o tribunal, é caso de violência obstétrica o abandono da parturiente no ambiente hospitalar por um período extremamente longo.

De igual modo entendeu o mesmo tribunal ao julgar o processo 1039146-32.2017.8.26.0100<sup>52</sup> no TJSP e verificar que a parturiente passou a sentir fortes contrações e dores e, por este motivo, foi examinada pelo médico, que prescreveu a ministração de medicação para alcançar a analgesia, contudo suas ordens não foram atendidas pelas enfermeiras. Após, com o objetivo de aliviar a dor, a gestante foi conduzida ao chuveiro, sendo que permaneceu sozinha, aparecendo uma enfermeira com intervalos espaçados para ver se as dores estavam amenizando. Importa mencionar que com a piora da dor, a autora solicitou a presença de um médico, ocasião em que a médica chamou a atenção da autora ao mencionar que estava incomodando as outras pacientes com seus gritos.

Ainda no banheiro da sala de pré-parto, percebeu que seu bebê estava nascendo e gritou por socorro, sendo amparada por seu marido. Ademais, importante ressaltar a situação em que se deu o parto da autora, no banheiro do hospital, onde permaneceu nua e exposta até que fosse conduzida à sala de cirurgia e, ainda, que no momento do ocorrido, a autora não estava acompanhada de qualquer membro da equipe médica, conforme depoimento da enfermeira, o que causou mais humilhação e constrangimento. Assim, verifica-se que a autora teve um atendimento médico prestado de forma inadequada, na medida em que o transtorno causado à autora durante seu trabalho de parto representa dissabor experimentado que vai além do transtorno normal da vida, caracterizando dano imaterial indenizável (BRASIL. TJSP, 2019m).

---

<sup>52</sup> BRASIL. TJSP. Apelação Cível n. 1039146-32.2017.8.26.0100. Relatora: Des<sup>a</sup>. Marcia Dalla Déa. Julgado em 10 de abril de 2019.

A literatura, por sua vez, corrobora com o entendimento do tribunal ao elencar como exemplos de desrespeito e de abuso contra gestantes ou puérperas a humilhação sutil ou aberta, a discriminação contra certos subgrupos de mulheres, o abandono e o abuso físico e verbal durante o parto (HILL; BOWSER, 2010). Inclusive, conforme preconiza a OMS, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos, falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis também configuram condutas desrespeitosas e abusivas praticadas nas instituições de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Por fim, indispensável mencionar que a Portaria 353/2017 do Ministério da Saúde e a Lei nº 15.894/2013, já em vigor na época dos fatos, dispõem que a parturiente tem direito à analgesia, incluindo sua reaplicação, caso necessário, devendo o médico se certificar que o anestésico está fazendo efeito antes de iniciar algum procedimento potencialmente doloroso (BRASIL. SÃO PAULO. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 2013; BRASIL, 2017).

Por fim, infere-se que o abandono caracteriza-se como um dos atos mais danosos que podem ser praticados pela equipe médica. Isso porque a gestante é privada de receber analgesia para o alívio de sua dor bem como de receber atendimento pelo detentor da capacidade técnica, de forma que a gestante sente-se humilhada e invisível mesmo estando dentro do ambiente hospitalar perante a presença de quem deveria a amparar.

## **6 CONCLUSÃO**

Conforme evidenciado, o nascimento é considerado um momento sublime em que é comemorado como um dos eventos marcantes da vida. Nesse cenário, a mulher procura o serviço de saúde em busca de ajuda, preocupada com a sua integridade e segurança, bem como de seu filho. Traz consigo, ainda, expectativas, necessidades, esperanças, preocupações, medos, ansiedades e angústias. Assim, para ter uma experiência positiva, a gestante precisa de uma assistência profissional competente e humanizada, que considere sua singularidade e suas emoções. Isso porque ela e sua família buscam uma assistência capaz de possibilitar sua integridade física e emocional.

Ao longo dos anos, o ato de parir sofreu constantes modificações, haja vista que já foi considerado evento privado, íntimo e feminino, contudo deslocou-se para a forma pública

e institucionalizada, sendo operado em instituições de saúde. A assistência do parto, contudo, não evoluiu de forma satisfatória em alguns casos, tornando-se como um momento desconhecido e até mesmo amedrontador para a gestante ao priorizar o modo mais conveniente ao profissional de saúde em detrimento da vontade da mulher, o que caracteriza a violência obstétrica.

A temática da violência obstétrica, contudo, impõe ao jurista contemporâneo à árdua tarefa de identificar e construir ferramentas adequadas para tutelar a autonomia corporal da gestante e assegurar aos recém-nascidos o direito ao nascimento humanizado. Como espécie de violência de gênero, o combate à violência contra as mulheres grávidas ou puérperas é complexo e demanda tanto medidas preventivas quanto repressivas.

Dessa forma, a análise dos julgados chama atenção para a violência psicológica, que é perpetrada nas instituições de saúde de forma silenciosa, contudo de difícil comprovação, haja vista a necessidade da presença de testemunhas, as quais são preteridas diante das alegações periciais na análise probatória. Imperioso, todavia, reforçar que o perito não estava presente com a gestante para analisar o tratamento desempenhado no âmbito psicológico, podendo, apenas, alegar questões de boa técnica empregada. Assim, a negativa por parte dos magistrados em realizar a oitiva de testemunhas acaba por inviabilizar a comprovação dos danos subjetivos. Apesar da possibilidade de imputação da responsabilidade civil aos violadores, bem como das devidas indenizações às gestantes, há ainda a difícil tarefa em comprovar onexo causal entre a conduta médico-hospitalar e o dano.

Por esse motivo, o conceito de violência obstétrica, como forma de violência de gênero, deve ser amplamente difundido, sobretudo através de seu reconhecimento em decisões judiciais, haja vista que em função da sua condição de vulnerabilidade durante a gestação, o número de mulheres que sofrem este tipo de violência vem crescendo, contudo a violação ainda é pouco reconhecida.

Verifica-se, inclusive, em alguns julgados a ausência de menção do termo violência obstétrica por parte tanto do magistrado quanto do patrono da vítima, o que corrobora para a ausência de conhecimento a respeito da temática, fato preocupante inclusive no sistema normativo, pois, a difusão desse conhecimento é capaz de informar os direitos, até então desconhecidos, de muitas gestantes ao tratamento digno e de proporcionar ao violador a sanção adequada e, com isso, evitar reincidência e desincentivar tal conduta por parte dos membros da equipe médica. Infelizmente, a ausência da menção nos julgados favorece a invisibilidade do fenômeno no curso do processo judicial.

Nesse norte, a capacitação continuada dos magistrados e dos operadores do direito para identificar, compreender melhor a temática e assim aprofundar seus conhecimentos transdisciplinares a fim de que sejam proferidas decisões melhor embasadas tecnicamente e que apliquem as sanções devidas à gravidade dos casos trazidos em juízo faz-se imperiosa e necessária.

Há ainda razões fundadas para concluir que o desconhecimento evidenciado no estudo em relação à violência obstétrica ao verificar a presença de apenas 48 julgados sobre o tema nos Tribunais de Justiça do âmbito nacional, bem como ao constatar a ausência de reivindicações por parte da gestante/puérpera na seara jurídica em 17 estados.

Outro ponto analisado consiste nos motivos elencados para não permitir a presença do acompanhante escolhido pela gestante para participar desse momento. Como justificativa para a negativa encontram-se a lotação do ambiente hospitalar, a possibilidade de infecção, a gravidade do quadro clínico, acompanhante do sexo masculino e a não obrigatoriedade que instituições particulares ofereçam essa possibilidade à gestante. Os pontos elencados não merecem guarida, isso porque abre um leque de opções extremamente subjetivo para negar a presença do acompanhante. Em particular, com relação à desvinculação da instituição particular em permitir a entrada de acompanhantes, tal argumento não merece prosperar, isso porque a Lei n° 11.108 de 2005, no seu artigo 19-J não desobrigou as instituições privadas da garantia de possibilidade de acompanhante no parto.

Por fim, importa mencionar que o período gestacional e de pós-parto é um momento de extrema vulnerabilidade da mulher além de muito especial, haja vista ser o momento de gerar uma vida. Assim, o tratamento desumano pode deixar marcas mais profundas e irreversíveis do que traumas físicos capazes de ocasionar um traumático episódio de intenso potencial devastador, causando consequências na memória quando caracterizada a violação e fazendo com que a verdadeira dor do parto seja a da violência.

Dessa forma, para que haja uma mudança significativa neste cenário necessário se faz proporcionar o empoderamento feminino, difundir informações acerca da violência obstétrica para que as gestantes consigam identificar a sua ocorrência, efetuar mudanças na formação acadêmica dos profissionais e criar políticas públicas que garantam a tutela dos direitos da mulher e, com isso, preservem a sua dignidade e a sua autonomia, a fim de que ela possa experienciar a maternidade com segurança e bem-estar.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. 2010. 1–215 f. Universidade de São Paulo, 2010.
- AGUIAR JÚNIOR, Ruy Rosado De. *Responsabilidade civil do médico*. . Belo Horizonte: Direito e medicina: aspectos jurídicos da medicina. , 2000
- ALMEIDA, Marcélia Ferreira De. *A Violência Obstétrica como afronta aos Princípios da Dignidade da Pessoa Humana e da Autonomia*. 2018. 84 f. Universidade Federal do Ceará, 2018. Disponível em: <papers2://publication/uuid/512EBCE8-D635-4348-A67D-22DD52988F4C>.
- ARGENTINA. *Ley 25.929/2004: parto humanizado*. . Buenos Aires: Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. , 2018
- ARGENTINA. *Ley 26.485/2009: Ley de proteccion integral a las mujeres*. . Buenos Aires: Congreso Argentino. , 2009
- ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Ley N° 38.668, del 23 de abril de 2007* . p. 1–41, 2007.
- BERGSTEIN, Gilberto. *Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova*. 2012. 1–271 f. Universidade de São Paulo (USP), 2012.
- BONSER, Wilfrid. The medical background of Anglo-Saxon England: a study in history, psychology, and folklore. *Wellcome Historical Medical Library*, p. 1–493, 1963.
- BOYACIYAN, Krikor (org). *Ética em ginecologia e obstetrícia*. 4. ed. São Paulo: CREMESP, 2011. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/etica\\_cremesp\\_2012\\_miolo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/etica_cremesp_2012_miolo.pdf)>.
- BRASIL. ANS. Resolução Normativa - RN N° 368, de 6 de janeiro de 2015. *Diário Oficial*, p. 5–7, 2015. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>>.
- BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Projeto de Lei N° 7.843, de 2017*. . Brasília: da Sra. Erika Kokay. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=562202286AF6DA2C3D4D20412CC58868.proposicoesWebExterno1?codteor=1596702&filename=Avulso+-PL+8363/2017#:~:text=A Doula é de livre,pessoa no ciclo gravídico puerperal](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=562202286AF6DA2C3D4D20412CC58868.proposicoesWebExterno1?codteor=1596702&filename=Avulso+-PL+8363/2017#:~:text=A Doula é de livre,pessoa no ciclo gravídico puerperal)>. , 2017
- BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. *Projeto de Lei n° 7.633, de 2014 (Do Sr. Jean Wyllys)*. p. 1–20, 2014. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1257785](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785)>.
- BRASIL. JUSTIÇA FEDERAL. *Ação Civil Pública. Justiça Federal – Seção Judiciária do Estado de São Paulo. 24ª Vara Cível. Processo 0017488-30.2010.4.03.6100.pdf*. . [S.l.]: Juiz Federal Victorio Giuzio Neto. Disponível em: <<https://www.jfsp.jus.br/documentos/administrativo/NUCS/decisoes/2015/2015-12-02-parto.pdf>>. , 2015
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n° 1.067/Gm De 4 de julho de 2005*. . [S.l.]: GABINETE DO MINISTRO. Disponível em: <[http://www.lex.com.br/doc\\_395287\\_PORTARIA\\_N\\_1067\\_DE\\_4\\_DE\\_JULHO\\_DE\\_2005.aspx#:~:text=Institui a Política Nacional de,Neonatal%2C e dá outra providências](http://www.lex.com.br/doc_395287_PORTARIA_N_1067_DE_4_DE_JULHO_DE_2005.aspx#:~:text=Institui a Política Nacional de,Neonatal%2C e dá outra providências)>. , 2005
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n° 371, de 7 de maio de 2014*. 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n° 569, de 1º de junho de 2000*. . Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>. , 2000

- BRASIL. SÃO PAULO. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. *Lei nº 15.894 de 8 de novembro de 2013*. . São Paulo: Fernando Haddad. , 2013
- BRASIL. STF. *Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.327 Distrito Federal*. . Brasília: Min. Edson Fachin. Disponível em: <[https://migalhas.uol.com.br/arquivos/2020/3/14AE3924274EDA\\_licencamaternidade.pdf](https://migalhas.uol.com.br/arquivos/2020/3/14AE3924274EDA_licencamaternidade.pdf)>. , 2020
- BRASIL. STJ. 3ª TURMA. Mantida condenação de médico que negligenciou preenchimento de prontuário de gestante. Relator Ministro Villas Bôas Cueva. p. 1–2, 2021. Disponível em: <<https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/29072021-Mantida-condenacao-de-medico-que-negligenciou-preenchimento-de-prontuario-de-gestante.aspx>>.
- BRASIL. STJ. 3ª TURMA. *REsp nº 1104665 RS 2008/0251457-1*. . Brasília: Min. Massami Uyeda. DJe 04/08/2009. , 2009
- BRASIL. STJ. 3ª TURMA. *REsp nº 81.101- PR 1995/0063170-9*. . Brasília: rel. Min. Waldemar Zveiter. , 1999
- BRASIL. STJ. *RECURSO ESPECIAL Nº 1.556.973 - PE (2014/0124298-6)*. . [S.l.]: Rel. Min. Nancy Andrighi. , 2016
- BRASIL. STJ. *REsp nº 1.184.932 - PR 2010/0043325-8*. . Brasília: Min. Castro Moreira. DJe: 16/02/2012. , 2012
- BRASIL. TJAC. *Apelação n. 0701048-87.2016.8.01.0001. Relatora: Desª. Eva Evangelista*. . Rio Branco: Data de julgamento: 29 de abril de 2019. , 2019a
- BRASIL. TJAC. *Apelação n. 0706993-84.2018.8.01.0001. Relatora: Desª. Eva Evangelista*. . Rio Branco: Data de julgamento: 23 de setembro de 2019. , 2019b
- BRASIL. TJAM. *Apelação n. 0620886-58.2015.8.04.0001. Relator: Des. Airton Luís Corrêa*. . Manaus: Data de julgamento: 22 de abril de 2019. , 2019
- BRASIL. TJBA. *Apelação n. 0005195-61.2012.8.05.0088. Relatora: Desª. Lícia de Castro L. Carvalho*. . Salvador: Data de julgamento: 28 de maio de 2018. , 2018
- BRASIL. TJDFT. *Apelação n. 0030544-40.2016.8.07.0001. Relator: Des. Diaulas Costa Ribeiro*. . Brasília: Data de julgamento: 04 de abril de 2019. , 2019a
- BRASIL. TJDFT. *Apelação n. 0700307-14.2018.8.07.0000. Relatora: Desª. Carmelita Brasil*. . Brasília: Data de julgamento: 21 de fevereiro de 2018. , 2018
- BRASIL. TJDFT. *Apelação n.0037122-65.2016.8.07.0018. Relator: Des. Esdras Neves*. . Brasília: Data de julgamento: 10 de julho de 2019. , 2019b
- BRASIL. TJGO. *Apelação n. 0087908-57.2016.8.09.0051. Relatora: Desª. Maria Das Graças Carneiro Requi*. . Goiânia: Data de julgamento: 28 de julho de 2020. , 2020
- BRASIL. TJMG. *Apelação n. 0978396-66.2014.8.13.0024. Relator: Des. José Marcos Vieira*. . Belo Horizonte: Data de julgamento: 13 de julho de 2016. , 2016
- BRASIL. TJMS. *Apelação n. 0805201-65.2016.8.12.0002. Relator: Des. Marcos José de Brito Rodrigues*. . Campo Grande: Data de julgamento: 14 de novembro de 2018. , 2018
- BRASIL. TJMT. *Apelação n. 0000232-98.2015.8.11.0003. Relatora: Desª. Helena Maria Bezerra Ramos*. . [S.l.]: Data de julgamento: 08 de julho de 2019. , 2019
- BRASIL. TJSC. *Apelação n. 0011832-34.2013.8.24.0033. Relator: Desembargador Saul Steil*. . Florianópolis: Data de julgamento: 18 de julho de 2017. , 2017
- BRASIL. TJSP. *Apelação 1007291-48.2017.8.26.0322. Relatora: Desª. Mary Grün*. . São Paulo: Data de julgamento: 28 de maio de 2019. , 2019a
- BRASIL. TJSP. *Apelação n. 0000822-11.2007.8.26.0271. Relatora: Desª. Flora Maria Nesi Tossi Silva*. . São Paulo: Data de julgamento: 18 de setembro de 2019. , 2019b
- BRASIL. TJSP. *Apelação n. 0001314-07.2015.8.26.0082. Relator: Des. Fábio Podestá*. . [S.l.]: Data de julgamento: 11 de outubro de 2017. , 2017
- BRASIL. TJSP. *Apelação n. 0002826-33.2001.8.26.0238. Relator: Des. Jarbas Gomes*. . São

Paulo: Data de julgamento: 13 de junho de 2019. , 2019c  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 0006308-62.2011.8.26.0068. Relator: Des. Rômolo Russo.* . São Paulo: Data de julgamento: 04 de junho de 2018. , 2018a  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 0012202-02.2014.8.26.0266. Relator: Des. Encinas Manfré.* . São Paulo: Data de julgamento: 03 de dezembro de 2019. , 2019d  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 0018533-22.2008.8.26.0068. Relator: Des. Nogueira Diefenthaler.* . São Paulo: Data de julgamento: 15 de setembro de 2016. , 2016  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 0045932-09.2003.8.26.0001. Relator: Des. Eduardo Sá Pinto Sandeville.* . São Paulo: Data de julgamento: 10 de maio de 2018. , 2018b  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 0110288-25.2008.8.26.0005. Relator: Des. Fábio Podestá.* . São Paulo: Data de julgamento: 21 de março de 2018. , 2018c  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 0142857-22.2007.8.26.0100. Relator: Des. José Aparício Coelho Prado Neto.* . São Paulo: Data de julgamento: 29 de outubro de 2013. , 2013  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 0216974-13.2009.8.26.0100. Relator: Des. Araldo Telles.* . São Paulo: Data de julgamento: 11 de junho de 2019. , 2019e  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1000393-86.2018.8.26.0547. Relatora: Des<sup>a</sup>. Viviani Nicolau.* . São Paulo: Data de julgamento: 17 de setembro de 2020. , 2020a  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1000962-96.2016.8.26.0114. Relator: Des. Galdino Toledo Júnior.* . [S.l.]: Data de julgamento: 09 de abril de 2019. , 2019f  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1001133-61.2014.8.26.0037. Relator: Des. Reinaldo Miluzzi.* . São Paulo: Data de julgamento: 30 de setembro de 2020. , 2020b  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1001170-31.2016.8.26.0001. Relator: Des. Nilton Santos Oliveira.* . São Paulo: Data de julgamento: 04 de julho de 2019. , 2019g  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1002355-32.2015.8.26.0004. Relator: Des. Theodureto Camargo.* . São Paulo: Data de julgamento: 31 de julho de 2019. , 2019h  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1002589-57.2014.8.26.0292. Relator: Des. José Carlos Ferreira Alves.* . São Paulo: Data de julgamento: 20 de julho de 2018. , 2018d  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1003270-17.2019.8.26.0271. Relatora: Des<sup>a</sup>. Marcia Dalla Déa Barone.* . São Paulo: Data de julgamento: 17 de setembro de 2020. , 2020c  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1003347-49.2014.8.26.0320. Relator: Des. Rodolfo Pellizari.* . São Paulo: Data de julgamento: 13 de fevereiro de 2020. , 2020d  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1004083-03.2017.8.26.0566. Relatora: Des<sup>a</sup>. Christine Santini.* . São Paulo: Data de julgamento: 18 de agosto de 2020. , 2020e  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1005530-53.2015.8.26.0127. Relator: Des. Luiz Antonio De Godoy.* . São Paulo: Data de julgamento: 21 de julho de 2020. , 2020f  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1007107-72.2014.8.26.0007. Relator: Des. Torres de Carvalho.* . São Paulo: Data de julgamento: 03 de setembro de 2018. , 2018e  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1007255-77.2015.8.26.0127. Relatora: Des<sup>a</sup>. Heloísa Martins Mimessi.* . São Paulo: Data de julgamento: 17 de setembro de 2018. , 2018f  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1010333-50.2013.8.26.0127. Relator: Des. J.B. Paula Lima.* . São Paulo: Data de julgamento: 08 de maio de 2020. , 2020g  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1010934-98.2014.8.26.0037. Relator: Des. Carlos Eduardo Pachi.* . São Paulo: Data de julgamento: 25 de fevereiro de 2019. , 2019i  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1011035-46.2014.8.26.0196. Relator: Des. Borelli Thomaz.* . São Paulo: Data de julgamento: 28 de julho de 2020. , 2020h  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1011389-64.2014.8.26.0554. Relator: Des. José Jarbas de Aguiar Gomes.* . São Paulo: Data de julgamento: 26 de novembro de 2019. , 2019j  
BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1014301-14.2016.8.26.0053. Relator: Des. Carlos Eduardo Pachi.* . São Paulo: Data de julgamento: 14 de dezembro de 2018. , 2018g

- BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1016633-70.2016.8.26.0564. Relator: Des. Elcio Trujillo.* . São Paulo: Data de julgamento: 08 de outubro de 2019. , 2019k
- BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1023274-48.2015.8.26.0002. Relator: Des. Salles Rossi.* . São Paulo: Data de julgamento: 24 de janeiro de 2019. , 2019l
- BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1024901-96.2016.8.26.0602. Relator: Des. Carlos Alberto de Salles.* . São Paulo: Data de julgamento: 19 de setembro de 2020. , 2020i
- BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1039146-32.2017.8.26.0100. Relatora: Des<sup>a</sup>. Marcia Dalla Déa.* . São Paulo: Data de julgamento: 10 de abril de 2019. , 2019m
- BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1040603-68.2018.8.26.0002. Relator: Des. A.C.Mathias Coltro.* . São Paulo: Data de julgamento: 18 de setembro de 2019. , 2019n
- BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1051216-86.2014.8.26.0100. Relator: Des. Luís Mário Galbetti.* . São Paulo: Data de julgamento: 23 de outubro de 2019. , 2019o
- BRASIL. TJSP. *Apelação n. 1096561-41.2015.8.26.0100. Relator: Des. Moreira Viegas.* . São Paulo: Data de julgamento: 19 de dezembro de 2018. , 2018h
- BRASIL. TJSP. *Apelação n. 4011377-09.2013.8.26.0562. Relator: Des. Alcides Leopoldo.* . São Paulo: Data de julgamento: 12 de setembro de 2019. , 2019p
- BRASIL. *Atenção Humanizada ao Abortamento - Norma Técnica.* 2a edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 2<sup>a</sup>. Disponível em: <[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf)>.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.* . Brasília: Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. , 1988
- BRASIL. *Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.* . Rio de Janeiro: Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm)>. , 1943
- BRASIL. *Decreto n. 21.076, de 24 de fevereiro de 1932.* Rio de Janeiro: [s.n.], 1932. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-21076-24-fevereiro-1932-507583-publicacaooriginal-1-pe.html>>.
- BRASIL. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. p. 1–6, 1996a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1996/D1973.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm)>.
- BRASIL. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. *Conitec*, p. 106, 2016. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes-Cesariana\\_final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf)>.
- BRASIL. *Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002.* . Brasília: Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm)>. , 2002
- BRASIL. *Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990.* . Brasília: Presidência da República, Casa Civil. , 1990a
- BRASIL. *Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.* . Brasília: Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)>. , 2005
- BRASIL. *Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.* . Brasília: Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm)>. , 2007
- BRASIL. *Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.* . Brasília: Presidência da República, Secretaria-Geral. , 2015a
- BRASIL. *Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916.* . Rio de Janeiro: Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/13071.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/13071.htm)>. , 1916

- BRASIL. Lei nº 4.121, de 27 de agosto de 1962. *Câmara dos Deputados*, p. 1–3, 1962. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4116-27-agosto-1962-353832-publicacaooriginal-1-pl.html>>.
- BRASIL. Lei nº 6.515, de 26 de dezembro de 1977. . Brasília: Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6515.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6515.htm)>. , 1977
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. . Brasília: Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. , 1990b
- BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. . Brasília: Presidência da República, Casa Civil. , 1990c
- BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. . Brasília: Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9263.htm#:~:text=Regula o § 7º do, penalidades e dá outras providências](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm#:~:text=Regula%20o%20%247%20do%20penalidades%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias)>. , 1996b
- BRASIL. *Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher*. [S.l.]: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher, 2010a. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423011704055>><<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2392>><[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032014000400152&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000400152&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)><<http://pepsic.bvsalud.org/s>>.
- BRASIL. *Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares*. [S.l.]: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher, 2010b.
- BRASIL. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006 Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. 1. ed. Brasília: [s.n.], 2009. v. 1. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pesquisa-nacional-de-demografia-e-saude-da-crianca-e-da-mulher-pnds-2006-dimensoes/>>.
- BRASIL. Portaria nº 353 , de 14 de fevereiro de 2017. . Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0353\\_14\\_02\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0353_14_02_2017.html)>. , 2017
- BRASIL. *Recomendação nº 5, de 9 de maio de 2019*. . Brasília: Ministério da Mulher da Família e dos Direitos Humanos. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/recomendacao-n-5-de-9-de-maio-de-2019-149878165>>. , 2019
- BRASIL. Resolução nº 36 , de 3 de junho de 2008. . Brasília: Ministério da Saúde. ANVISA. , 2008
- BRASIL. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. 2. ed ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2015b.
- CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros. Direito ao acompanhante, violência obstétrica e poder familiar. *Revista Pensar*, v. 25, n. 1, p. 1–12, 2020.
- CAVALIERI FILHO, Sergio. Programa de Responsabilidade Civil. *Editora Atlas*, n. 10, p. 1–640, 2012.
- CIDH. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará”. p. 1–6, 1994. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>.
- CIELLO, Cariny *et al.* Violência Obstétrica “Parirás com dor”. *Rede Parto do Princípio*, p. 1–188, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*. . Brasília: Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. , 2019a
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Nota à imprensa e à população*. . Brasília: [s.n.].



- LÔBO, SARA FLEURY. *O uso da episiotomia e sua associação com as alterações maternas e neonatais*. 2010. 1–88 f. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2010.
- MACIEL, Eliane Cruxên Barros de Almeida. *A Igualdade Entre os Sexos na Constituição de 1988*. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/159/10.pdf?sequence="](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/159/10.pdf?sequence=)>. , 1997
- MORAES, Alexandre De. *Direito Constitucional*. 33. ed. re ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- NASCIMENTO, Ketre Iranmarye Manos *et al.* Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 2, p. 7362–7380, 2021.
- OMS. *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. Genebra: HRP. , 2015
- ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Convenção Americana de Direitos Humanos - Pacto de São José da Costa Rica*. San José de Costa Rica: [s.n.]. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm>>. , 1969
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos , desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. p. 1–4, 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)>.
- PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, n. 4, p. 1039–1061, 2018.
- PAMPLONA FILHO, Rodolfo; STOLZE, Pablo. *Manual de direito civil*. volume úni ed. São Paulo: Saraiva, 2017. Disponível em: <[www.editorasaraiva.com.br/direito%0ANenhuma](http://www.editorasaraiva.com.br/direito%0ANenhuma)>.
- REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. Carta de Campinas. p. 1–4, 1993. Disponível em: <<http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/CARTA-DE-CAMPINAS-Ato-de-Fundação-da-ReHuNa-1993.pdf>>.
- REINIG, Guilherme Henrique Lima; RODRIGUES, Alice Pereira Santos. O problema da causalidade na responsabilidade civil do Estado por crime praticado por fugitivo: análise da jurisprudência do TJMG. *Thomson Reuters Legal One*, v. 2021, p. 95–139, 2021.
- RODRIGUES, Diego Pereira. *Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: percepção de mulheres/puérperas*. 2014. 186 f-186 f f. Universidade Federal Fluminense, 2014. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/2396>>.
- SÁNCHEZ, Silvia Bellón. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica *Obstetric Violence from the and Biopolitics*. *Dilemata*, p. 1–19, 2015.
- SANTA CATARINA. *Lei nº 16.869, de 15 de janeiro de 2016*. Florianópolis: ALESC. Disponível em: <[http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2016/16869\\_2016\\_lei.html](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2016/16869_2016_lei.html)>. , 2016
- SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Escola Anna Nery*, v. 12, n. 4, p. 645–650, 2008.
- SENA, Ligia Moreiras. “Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração.” *A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica*. 2016. 1–277 f. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *SBP repudia limites à amamentação em livre demanda e apoia lei que permite mães amamentarem em locais públicos*. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sbp-repudia-limites-a-amamentacao-em-livre-demanda-e-apoia-lei-que-permite-maes-amamentarem-em-locais-publicos/#:~:text=Agenda de Eventos-,SBP repudia limites à amamentação em livre demanda e apoia,mães amamenta>>. Acesso em: 4 dez. 2020.
- SPINK, Mary Jane. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. [S.l: s.n.], 2010.
- TARTUCE, Flávio. *Manual de Direito Civil*. Rio de Janeiro: [s.n.], 2017. v. único.

- TOMELERI, Keli Regiane *et al.* Eu vi meu filho nascer: vivência dos pais na sala de parto. *Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS*, v. 28, n. 4, p. 497–504, 2007.
- UNICEF. *Quem espera, espera.* . [S.l.: s.n.]. , 2017
- VICENTE, Teresa Aracena. *As mulheres e seus tempos: dupla jornada de trabalho, cuidado de si e lazer na promoção da saúde.* 2018. 247 f. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02082018-103012/publico/TeresaAracenaVicente.pdf>>.
- WHO. Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*, p. 436–437, 1985.
- WHO. *Care in Normal Birth A Practical Guide.* . Geneva: Department of Reproductive Health Research - World Health Organization. , 1996
- WHO. Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care. *World Health Organization*, n. 4, p. 1–7, 2016.
- WOLFF, Leila Regina; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. The institucionalization of the delivery and the humanizing of the care: literary revision. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 8, n. 2, p. 279–285, 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127717713016>>.