



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS – CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO – UAD
CURSO DE BACHARELADO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS

FABRÍCIA MARTINS DE SOUZA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A RESPONSABILIDADE CIVIL DO
MÉDICO ANTE A PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA MULHER
GESTANTE**

SOUSA – PB

2023

FABRÍCIA MARTINS DE SOUZA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A RESPONSABILIDADE CIVIL DO
MÉDICO ANTE A PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA MULHER
GESTANTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientador(a): Prof. Dra. Maria dos Remédios de Lima Barbosa.

SOUSA – PB
2023

S729v

Souza, Fabrícia Martins de.

Violência obstétrica: a responsabilidade civil do médico ante a proteção dos direitos da mulher gestante / Fabrícia Martins de Souza. – Sousa, 2023.

66 f.

Monografia (Bacharelado em Direito) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, 2023.

"Orientação: Profa. Dra. Maria dos Remédios de Lima Barbosa".

Referências.

1. Violência Obstétrica – Crime. 2. Responsabilidade Civil – Médico. 3. Direitos da Gestante. 4. Direitos Fundamentais. I. Barbosa, Maria dos Remédios de Lima. II. Título.

CDU 343.62-055.2(043)

FABRÍCIA MARTINS DE SOUZA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A RESPONSABILIDADE CIVIL DO
MÉDICO ANTE A PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA MULHER
GESTANTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Aprovado em: _____/_____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Maria dos Remédios de Lima Barbosa

Orientador(a)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Examinador(a) 1

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Examinador(a) 2

Aos meus pais, Marilene e Edivaldo, que me apoiaram e me incentivaram desde quando tudo isso era apenas um sonho de criança. Obrigada por sempre acreditarem na minha capacidade.

DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter feito além do que eu imaginava e do que mereço. Eu não teria chegado até aqui se não fosse a tua graça e misericórdia todos os dias em minha vida. O Senhor tornou real o meu sonho, me sustentou e caminhou comigo todo esse percurso. Esta conquista é para tua glória e para servir ao teu Reino.

Aos meus pais, Edivaldo e Marilene, vocês são a minha base e meus maiores exemplos. Foi difícil estar longe de vocês durante esses anos, mas se permaneci aqui foi porque tive o apoio de vocês. Obrigada pelas orações, elas me mantiveram forte e não me deixaram esquecer do meu alvo principal.

A minha irmã e amiga, Fernanda, por ter vindo para Sousa comigo. Todos esses anos morando aqui foram mais fáceis estando contigo. Você me ouvia atentamente todos os dias que chegava da faculdade com algum aprendizado ou reclamação. Obrigada por cuidar de mim e me incentivar. Prometo fazer o mesmo por você.

Ao meu amor, meu noivo e futuro esposo, Isaque, por estar ao meu lado desde o início (e antes dele). Você sempre acreditou em mim e não me permitiu desistir em momento algum. Foi o primeiro a ler cada capítulo deste trabalho, a fazer críticas e elogios. Também foi quem me ouviu chorar nas madrugadas e me lembrava que era hora de parar para descansar e depois recomeçar. Você se fez presente mesmo estando distante. Me alegro na certeza de que estaremos juntos nos próximos desafios que virão.

As minhas amigas, que conheci durante o curso e que levarei para vida. Anna Beatriz, Karla Camilla, Mariane e Wellma, vocês foram o presente que a UFCG me deu. As manhãs e tardes no campus eram mais prazerosas com vocês. Agradeço por trilharmos juntas essa jornada e por sermos incentivo uma a outra. Mariane, obrigada por me ouvir durante o período de escrita deste trabalho, você foi fundamental nesse processo tão exaustivo.

Aos amigos que fiz em Sousa, vocês tornaram minha passagem nesta cidade mais leve e divertida. Obrigada por cada momento que compartilhamos juntos.

Agradeço à minha orientadora, professora Maria dos Remédios, por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Art.	Artigo
CEDAW	Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres
CF	Constituição Federal
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
STJ	Supremo Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TJSP	Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo geral discutir a responsabilização civil do médico nos casos de violência obstétrica para garantir os direitos das gestantes. No que tange aos objetivos específicos, a monografia propõe-se a apresentar o contexto histórico do parto humanizado, a conceituação da violência obstétrica, suas características e meios de identificação; apontar os direitos e garantias fundamentais da parturiente que são estabelecidos através de legislações federais e internacionais; bem como analisar o instituto da responsabilidade civil e os requisitos necessários para que o profissional da saúde seja responsabilizado civil e proporcionalmente aos danos físicos e psicológicos causados à parturiente. Para atingir tais objetivos, utiliza-se da metodologia pelo método de abordagem indutivo, perpassando pela pesquisa bibliográfica e pelo meio de procedimentos histórico. Diante disso, verificou-se que a violência obstétrica é recorrente no ambiente hospitalar e se expressa através da violência física, sexual, verbal e psicológica, onde foi possível concluir que há uma constante violação dos direitos da parturiente e que, embora seja viável a responsabilização civil do médico por suas ações, é extremamente desafiador estabelecer o nexo de causalidade entre a conduta negligente e o dano, tornando a prova de culpa e, por conseguinte, a obrigação de indenizar uma tarefa árdua para os operadores do direito.

PALAVRAS-CHAVE: Violência obstétrica; Responsabilidade civil; Direitos da gestante.

ABSTRACT

The present work has as general objective to discuss the civil liability of the doctor in cases of obstetric violence to guarantee the rights of pregnant women. Regarding the specific objectives, the monograph proposes to present the historical context of humanized childbirth, the conceptualization of obstetric violence, its characteristics and means of identification; indicate the fundamental rights and guarantees of the parturient woman that are established through federal and international legislation; as well as to analyze the institute of civil liability and the requirements necessary for the health professional to be held liable civilly and proportionally to the physical and psychological damage caused to the parturient woman. To achieve these objectives, the methodology is used by the method of inductive approach, going through bibliographical research and through historical procedures. Therefore, it was found that obstetric violence is recurrent in the hospital environment and is expressed through physical, sexual, verbal and psychological violence, where it was possible to conclude that there is a constant violation of the rights of the while it is feasible for the doctor to be held liable for his actions, it is extremely challenging to establish the causal link between negligent conduct and harm by making proof of guilt and therefore, the obligation to indemnify an arduous task for operators of law.

Keywords: Obstetric violence; Civil liability; Pregnant women's rights.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. NOÇÕES GERAIS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	12
2.1. BREVE HISTÓRICO E CONCEITUAÇÃO.....	12
2.2. NORMALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	14
2.3. PRINCIPAIS FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	18
2.3.1. Violência física.....	18
2.3.2. Violência sexual.....	22
2.3.3. Violência psicológica.....	24
3. DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS ASSEGURADOS ÀS GESTANTES ANTES, DURANTE E APÓS O PARTO.....	27
3.1. CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS MULHERES (CEDAW).....	28
3.1.1. O caso Alyne Pimentel.....	31
3.2. PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN).....	33
3.3. LEI DO ACOMPANHANTE - Nº 11.108/2005.....	36
4. RESPONSABILIDADE CIVIL NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	42
4.1. CONCEITO DE RESPONSABILIDADE CIVIL E SEUS ELEMENTOS.....	42
4.1.1. Conduta humana.....	44
4.1.2. Culpa genérica.....	46
4.1.3. Nexo de causalidade.....	48
4.1.4. Dano ou prejuízo.....	50
4.1.4.1. Dano moral ou patrimonial.....	51
4.1.4.2. Dano material ou extrapatrimonial.....	52
4.2. RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA E SUBJETIVA.....	53
4.3. RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA DIANTE DA PRÁTICA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	61

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como foco principal abordar a violência obstétrica e seus desdobramentos, bem como os direitos garantidos à gestante durante o ciclo gravídico-puerperal, além disso será analisado se o profissional de saúde, que viole esses direitos e pratique violência obstétrica, poderá ser responsabilizado civil e proporcionalmente aos danos físicos e psicológicos causados à vítima.

Nesse sentido, o objetivo geral desta pesquisa é discutir a responsabilização civil do médico nos casos de violência obstétrica para garantir os direitos das gestantes. De forma específica, buscou-se apresentar o contexto histórico do parto humanizado, a conceituação da violência obstétrica, suas características e meios de identificação, bem como apontar os direitos e garantias fundamentais da parturiente que são estabelecidos através de legislações federais e internacionais e, por fim, analisar a responsabilização civil do profissional da saúde.

Conforme estabelece Tesser *et. al* (2015), violência obstétrica pode ocorrer desde o período gestacional até o puerpério e tem como características os diversos abusos sofridos pela mulher, podendo ser físicos, verbais e/ou psicológicos, transformando o que seria um momento único e de boas lembranças, em um trauma. Muitas mulheres já foram vítimas dessa prática, todavia, a grande maioria não tem esse conhecimento, pois são práticas normalizadas nos hospitais, tidas como habituais.

Embora seja um assunto de alta repercussão e discussão no meio acadêmico e no campo das pesquisas, ainda há poucos debates no ambiente jurídico, visto que essa conduta ainda não foi tipificada como ilícito penal e, para que os profissionais da saúde sejam responsabilizados penalmente se faz necessário que a conduta se adeque a outros ilícitos penais, como por exemplo o crime de lesão corporal, maus-tratos, constrangimento ilegal, dentre outros.

Quanto ao âmbito civil, a dificuldade em identificar a culpa na conduta do profissional faz com que muitos desses profissionais não sejam responsabilizados e as vítimas não sejam ressarcidas diante dos danos morais e materiais sofridos. Ainda, o alcance dessa temática é limitado e há mulheres que não têm conhecimento dos seus direitos como gestante e o meio de judicialização. Diante disso, a temática da violência obstétrica e a responsabilidade civil sempre será relevante e atual, pois refere-se à saúde física e psicológica, e à segurança das gestantes.

A construção da referida pesquisa baseia-se na conceituação de diversos autores como Charles Dalcanale Tesser, Simone Grilo Diniz, Cariny Ciello, integrante da Parto do

Princípio, dentre outros, que se debruçam sobre a temática, visando elucidar acerca da violência obstétrica. Tem-se como referencial, também, a Constituição Federal, a Lei Federal de nº 11.108/2005, conhecida como a Lei do Acompanhante, que buscam garantir os direitos das gestantes. Ademais, em relação ao estudo da responsabilidade civil, doutrinadores como exemplo Carlos Roberto Gonçalves, Maria Helena Diniz e Flávio Tartuce, conceituam e detalham o instituto para melhor compreensão do leitor.

A metodologia utilizada compreende a utilização do método de abordagem indutivo, visto que analisar-se-á casos de violência obstétrica cometidos por médicos durante o período gestacional da mulher, possibilitando que as experiências particulares sejam trazidas para o campo genérico por intermédio da observação e estudo de legislações que asseguram os direitos das gestantes.

Como método de procedimento, utilizar-se-á o histórico, onde será realizado uma abordagem histórica do parto humanizado. Em relação aos procedimentos técnicos, a pesquisa será bibliográfica, através do estudo de livros, artigos científicos, monografias, dissertações e teses e análise de marcos legais.

Este trabalho está estruturado em três capítulos, em que o primeiro aborda o contexto histórico da humanização do parto, as interferências médicas que violam a integridade física e psíquica da gestante. Traz também a conceituação da violência obstétrica, a infeliz normalização dessas condutas no ambiente hospitalar e suas principais formas, que são de caráter físico, sexual e psicológico.

O capítulo seguinte realiza uma análise dos direitos assegurados às gestantes durante o ciclo gravídico, que estão contidos na Constituição Federal, bem como a exposição do tratado internacional da Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), com ênfase do direito a saúde. Ainda, será analisada a aplicação e eficácia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e da Lei do Acompanhante.

Por fim, o último capítulo discorre sobre a conceituação da responsabilidade civil, seus elementos de caracterização, sendo eles: a conduta humana (ação ou omissão), a culpa genérica (dano e culpa *stricto sensu*), o nexo de causalidade e o dano, que subdivide-se em material e moral. Também será explanado a responsabilidade objetiva e subjetiva para melhor compreensão e, por fim, a responsabilização entre o médico e a parturiente, apresentando alguns entendimentos jurisprudenciais.

2. NOÇÕES GERAIS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Relatos de casos de violência obstétrica têm se tornado frequentes entre as mulheres, no entanto, essa não é uma prática recente nos hospitais. No país, vários movimentos têm lutado há anos contra tais condutas em prol de um parto mais humanizado, que respeite os direitos e as escolhas da parturiente.

Assim, para melhor compreensão, o presente capítulo abordará o contexto histórico e a busca pela humanização do parto, identificando situações de intervenções médicas abusivas que comprometam a integridade da parturiente. Além disso, apresentará o conceito de violência obstétrica, sua normalização no ambiente hospitalar, suas principais formas de exteriorização e as consequências para a gestante e o neonato.

2.1. BREVE HISTÓRICO E CONCEITUAÇÃO

A conexão entre a mulher e o parto implica um momento desafiador e profundo para dar à luz ao seu filho. Essa perspectiva é perpetuada por gerações, muitas vezes influenciada por uma abordagem religiosa que associa o nascimento ao conceito de sofrimento, podendo contribuir para a transmissão de expectativas negativas em torno desse processo natural.

Diniz (2005, p. 628), relata que “o modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto”. Mas, à medida que um número crescente de mulheres passou a enfrentar complicações durante o parto, resultando, em alguns casos, na morte da mãe ou do bebê, surgiram questionamentos em relação a esse modelo de trazer uma vida ao mundo através de situações de sofrimento intenso.

Os estudos científicos e avanços tecnológicos ocasionaram discussões sobre a necessidade de humanização na saúde e, conseqüentemente, no parto com o intuito de mitigar as dores, através de novas técnicas, e proporcionar um ambiente acolhedor. Na compreensão de Irineu (2021, p. 25), “a humanização em saúde atualmente, pode ser entendida enquanto uma proposta que questiona a relação entre profissional da saúde e paciente”. Assim, o paciente se torna um sujeito ativo, com poder de emitir opinião e ter suas decisões respeitadas, não sendo visto apenas como “um corpo pacificado, que não reclame ou reaja de maneira negativa às condutas prescritas” (Irineu, 2021, p. 25).

No Brasil, a discussão ganhou destaque na década de 1970 com movimentos de mulheres e feministas, bem como de profissionais da saúde que, inconformados com as

práticas abusivas e invasivas, começaram a lutar por mudanças e melhorias na área obstétrica. Em 1993, foi criada, em Campinas, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), formada, em sua maioria, por profissionais da saúde insatisfeitos com o método em que o parto era realizado.

Reconhecido como o principal movimento social em prol do parto humanizado, a REHUNA atua na conscientização das intervenções desnecessárias e na promoção de cuidados antes, durante e após o parto, com fundamento no processo fisiológico do corpo, além de fomentar a criação de políticas públicas que objetivem melhorias no atendimento das gestantes e no processo do parto, como exemplo tem-se a criação da Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005), tendo como pioneiros alguns ativistas do movimento.

A Carta de Campinas, documento de fundação da REHUNA, expõe situações rotineiras que ocorriam nos hospitais durante a década de 1990, que ainda são recorrentes na atualidade. Os signatários denunciaram as constantes “circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento” (Carta de Campinas, 1993), expondo, através de pesquisas, os inúmeros prejuízos aos pacientes. A carta também demonstra preocupação com procedimentos invasivos, descrevendo que:

Quando o parto é vaginal, a violência da posição, das rotinas e interferências médicas perturbam e inibem o desencadeamento dos mecanismos fisiológicos naturais de parto. Parto e nascimento passaram a ser sinônimo de doença, de patologia e de intervenções cirúrgicas. Estes fenômenos vitais e existenciais cruciais tornaram-se momentos de terror, angústia, impotência, alienação e dor. Seu custo social, psicológico e econômico é muito alto e a sociedade é vítima indefesa desta realidade (Carta de Campinas, 1993).

Esse tratamento, onde a gestante é vítima de vários tipos de violências, posteriormente, viria a ser conhecido como violência obstétrica. Conforme elucidada Diniz *et al.* (2014), foi na segunda década do século XXI que a violência obstétrica ganhou notoriedade, se tornando tema de inúmeras discussões. Mas, mesmo sendo entendido como recente, a história revela que o sofrimento das mulheres com a assistência ao parto e as violações ao seu corpo perpassa diversos períodos históricos.

O termo foi criado pelo Dr. Rogélio Perez D’Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, em 2010, sendo a Venezuela o primeiro país latino-americano a adotar a expressão, trazendo em sua legislação a seguinte conceituação

qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres (Ley Orgânica, 2007).

Assim, a violência obstétrica não se resume somente às condutas invasivas ao corpo, como também aos atos que afetem o psicológico e bem estar da mulher, podendo ser praticada durante as fases da gestação, pré-parto, parto, puerpério, abortamento, espontâneo ou provocado, e o pós-aborto. Logo, qualquer prática à mulher ou ao seu bebê, realizada sem o seu consentimento explícito ou que desrespeite a sua autonomia, integridade física e mental, seus sentimentos, opções e preferências, configura-se violência obstétrica (Fundação Perseu Abramo; SESC, 2010).

Apesar da legislação brasileira, a nível federal, ser omissa quanto a definição, há leis estaduais que conceituam a violência obstétrica, podendo ser mencionado, como exemplo, a Lei Estadual de nº 18.322/2022, do Estado de Santa Catarina, tendo como objetivo o enfrentamento à violência contra as mulheres. A referida lei define a violência obstétrica como “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.” (Santa Catarina, 2022).

Tesser *et al.* (2015), pontua que a violência obstétrica reúne diversas formas de violência e danos durante a assistência ao parto, englobando maus tratos físicos, psicológicos e verbais, bem como procedimentos desnecessários e danosos. Trata-se de uma prática normalizada nos hospitais, onde os profissionais da saúde estão em posição hierárquica superior à paciente e se aproveitam da vulnerabilidade e, em alguns casos, ausência de informação para violentar a mulher.

2.2. NORMALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Como mencionado alhures, a violência obstétrica trata-se de uma conduta antiga e corriqueira no âmbito hospitalar, técnicas como a manobra de Kristeller, episiotomia, realização de cesárea por vontade do médico e até mesmo intervenções com finalidades didáticas são frequentes nos relatos de parto. Em pesquisa divulgada pela Fundação Perseu Abramo (2010), a cada quatro mulheres uma relatou ter sofrido algum tipo de violência durante o parto. É importante enfatizar que muitas desconhecem esse tipo específico de

violência e quando são vítimas não identificam o abuso sofrido, pois acreditam se tratar de prática comum ou até mesmo necessária (Gallotte, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), constatou-se, através de pesquisas realizadas com mulheres sobre a experiência com a gravidez e o parto, que muitas delas sofreram abusos, desrespeito, maus-tratos e negligências durante a assistência ao parto nas instituições de saúde (OMS, 2014). Consoante a organização:

relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), 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 e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento (OMS, 2014, p. 1-2).

Na área obstétrica, são observadas diversas situações em que ocorrem violações que têm o potencial de resultar em danos tanto físicos quanto psicológicos para a gestante. Essas violações podem se manifestar por meio de ações ou omissões, podendo ser explícitas ou implícitas. Um aspecto significativo dessas violações está relacionado aos procedimentos realizados pelos profissionais de saúde envolvidos no cuidado da gestante. Quando tais procedimentos são conduzidos sem uma real necessidade ou sem o consentimento da parturiente, eles podem ser categorizados como práticas abusivas.

Entre as intervenções obstétricas durante o trabalho de parto, o uso de cateter venoso periférico foi declarado por 58,3% das mulheres, enquanto a episiotomia ocorreu entre 27,7% delas. No parto, apesar dos benefícios das posições verticalizadas, a posição de litotomia foi referida por 62,1% das mulheres e a manobra de Kristeller, prática abolida em países desenvolvidos, foi utilizada em 15,9% delas. A incidência de cesariana continuou elevada 43,8% para o Brasil, sendo 30,2% realizadas sem trabalho de parto (Leal *et al.*, 2021).

Os dados são da Avaliação da rede Cegonha, no ano de 2017, realizada em maternidades conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), responsáveis por cerca de 50% dos partos realizados no Brasil. Quando comparado com o estudo Nascer no Brasil realizado em 2011 observa-se melhorias no manejo durante o trabalho de parto, todavia, os números ainda são alarmantes quando pensamos que se tratam de pessoas que tiveram sua integridade física e psicológica violadas e, conseqüentemente, carregam consigo traumas insuperáveis.

Essas práticas abusivas podem ter sérias conseqüências para a saúde física da gestante, aumentando o risco de complicações durante o parto e no pós-parto. Além disso, tais ações

podem ter um impacto negativo significativo na saúde mental da gestante, contribuindo para sentimentos de violação, falta de controle sobre seu próprio corpo e traumas relacionados ao parto.

Importante ressaltar que, apesar da violência obstétrica estar vinculada principalmente a violência física, por se tratar de danos visíveis, a violência psicológica é ainda mais frequente, pois pode ocorrer em qualquer fase da gestação. Frases como “na hora que você estava fazendo, você não estava gritando desse jeito, né?”, “se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender” e “cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha” são frequentemente ouvidas por mulheres no ambiente hospitalar (Ciello *et al.*, 2012).

O período da gestação provoca na mulher uma maior vulnerabilidade podendo ser potencializada quando esta sofre algum tipo de agressão, possibilitando, assim, o desenvolvimento de danos psicológicos mais graves. Trata-se de um período que gera, individualmente, transformações biopsicossociais, podendo ser, ou não, intensificado quando vivido por uma violência (Dias; Pacheco, 2020).

É comum observar que, em muitos casos, não ocorre um diálogo efetivo entre o médico e o paciente, não se busca ouvir e atender a vontade da parturiente. Mesmo quando ela expressa insatisfação ou o desejo de evitar determinados procedimentos, suas preferências nem sempre são levadas em consideração. Além disso, ainda persiste uma cultura onde as opiniões médicas são frequentemente aceitas sem questionamento. Isso decorre da crença de que esses profissionais, devido aos anos de estudo e prática dedicados à área, têm o conhecimento necessário para tomar as melhores decisões em prol da saúde da mãe e do bebê.

Em consonância, o estudo de campo feito por Machado (2016), em determinado Município do interior do Estado de São Paulo, verificou que “os maus-tratos, frustração, insatisfação com o atendimento estão relacionados à situações de abuso verbal, abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, negligência, desrespeito, descaso; podendo ocorrer durante todo o ciclo gravídico-puerperal” (Machado, 2016, p. 100).

Machado (2016), analisou em seu estudo casos de mulheres que passaram por algum sofrimento ou violência durante a gestação, parto, nascimento e amamentação e destacou a predominância de uma assistência regida por práticas ultrapassadas prestadas sob ameaças de maus-tratos.

Um dos temas abordados refere-se a vivência do trabalho de parto, onde as participantes, ao relatar suas experiências, apontam elementos transformadores, por exemplo, apoio profissional e presença do acompanhante, e elementos excludores, como procedimentos inadequados no parto e cultura da dor do parto.

[...] chegando na sala do exame, um obstetra fez o exame de toque, viu que eu estava com 8 cm de dilatação, pediu os documentos do pré-natal; eu não tinha os documentos do pré-natal comigo e **eles começaram a me chamar de irresponsável** [...] (DIAMANTE) (grifos nosso).

[...] me encaminharam para uma sala de pré-parto, onde eu tomei um banho, me colocaram um avental, me colocaram em uma cama, onde eles pediram para que eu ficasse sempre de barriga para cima, a cada contração eu tinha que fazer força e eu **não podia gritar**, sempre que eu gritava, a enfermeira que ficou responsável por aquela sala, **ela me mandava calar a boca**, que **quando eu fiz eu não gritei, e já que agora eu fiz, tinha que aguentar, porque na hora foi bom, então agora eu tenho que aguentar** [...] (DIAMANTE) (grifos nosso).

[...] o tempo todo eu era chamada atenção porque eu queria mudar de posição, porque aquela posição não era confortável para mim, não era confortável para o meu corpo, e **a enfermeira me falava que se eu fizesse isto eu ia matar a criança, eu não podia mudar de posição que eu ia matar a criança**, pois a criança já estava no canal vaginal [...] (DIAMANTE) (Machado, 2016, p. 75) (grifos nosso).

O relato da participante revela vários tipos de violência obstétrica perpetrada pelos profissionais, tais como abuso físico, verbal e psicológico. A mesma ainda afirma que apesar de ter superado o trauma, se lembrará para sempre desses momentos e que se culpa por não ter agido de forma diferente.

[...] meu parto foi traumatizante. [...]. Foi traumatizante. Foi bem pesado, por tudo que eu ouvi [...] Traumatizante. [...] (DIAMANTE).

[...] é um negócio que a gente acaba carregando para o resto da vida. Nunca vai ser um assunto fácil. [...] **Você passa a si culpabilizar [sic], fica pensando o que poderia ter feito de diferente, para evitar passar por esta situação** [...] (DIAMANTE) (Machado, 2016, p. 76) (grifos nosso).

São mulheres que procuram hospitais com a expectativa de ter uma boa experiência ao dar à luz, mas muitas vezes essa alegria é transformada em traumas, tornando-as vítimas. Há uma confiança depositada na equipe médica para garantir um parto seguro para seus bebês. No entanto, há uma preocupante normalização desses incidentes entre os profissionais de saúde, e alguns argumentam que destacar esses problemas prejudica a reputação da categoria.

“Eu não entendo esse discurso de violência obstétrica”. (M1)

“Eu não vejo nada como violência obstétrica”. (M2)

“Isso [violência obstétrica] é uma palhaçada, falta do que fazer (...) eu penso que isso não existe, é um termo descabido”. (M3)

“Para mim, violência obstétrica é uma palavra que veio para denegrir os obstetras. Isso só traz prejuízos, é um atraso imenso”. (M4) (Santos, 2017, p. 73)

Na pesquisa realizada por Santos (2017), com médicos e enfermeiros obstetras, foi possível identificar que alguns profissionais adotam abordagens repressivas, bem como desqualificam e ridicularizam o sofrimento das mulheres, considerando aceitável tal

comportamento, desacreditando existir violência obstétrica e condutas invasivas no atendimento à gestante. Ademais, também foi observado que há profissionais que são compreensíveis com as agressões perpetradas por seus colegas e que ao presenciarem atos violentos nada fazem, seja por medo ou por causa da hierarquia presente na relação entre eles. Vejamos alguns desses relatos:

“Eu vejo um tratamento diferente para as pessoas que, às vezes, vem com doula, que quer um parto mais natural (...) eu vejo que tem muito mais preconceito com as pessoas que são mais naturebas”. (E1) Discriminação

“Eu já presenciei violências verbais com as pacientes (...) falando para a paciente não gritar, se manter calada”. (E2). Cuidado indigno

“Alguns profissionais deixam a paciente muito exposta”. (E3). Cuidado não confidencial

“Então é assim, o profissional fala: vou fazer uma anestesia aqui por que se precisar dar o cortinho, mas aí já está cortando”. (E5). Abuso físico

“A paciente não abre a perna aí vai e força o joelho dela para abrir (...) nem sempre eu pergunto se ela quer ou não quer episiotomia, por que na hora ali, o que ela for falar não vai me ajudar em nada”. (M7). Abuso físico (Santos, 2017, p. 75).

A OMS, em 2014, publicou declaração afirmando que houve avanços na assistência ao parto nas últimas décadas, no entanto, alertou que as pesquisas com relatos de experiências de gestantes revelam um cenário preocupante. Assim, é perceptível que, mesmo diante das campanhas de conscientização e combate, a prática da violência obstétrica permanece normalizada no ambiente hospitalar.

2.3. PRINCIPAIS FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica abrange diversas formas de agressão e não está limitada a um único tipo de violência. O Dossiê da Violência Obstétrica - Parirás com dor, elaborado por Ciello *et al.* (2012), destacou que as fontes de agressão contra mulheres durante a gestação são variadas, logo, essa problemática não pode ser atribuída exclusivamente a profissionais da saúde, já que tais comportamentos também podem ocorrer em situações de aborto e esterilização.

A classificação dos tipos de violência varia entre os especialistas, portanto, neste trabalho serão analisados os principais tipos, que são de caráter físico, sexual e psicológico. É importante destacar que uma única ação pode ser classificada em mais de um caráter de violência obstétrica.

2.3.1. Violência física

Para além das expectativas de cuidado e apoio durante o processo de gravidez e parto, muitas vezes as mulheres enfrentam situações de desumanização ao darem à luz. Isso ocorre não somente por meio de atos que comprometem o seu bem-estar emocional, mas também através de ações que transgridem a sua integridade física.

A prática da violência obstétrica vai além do meio físico, pois está, intrinsecamente, ligada a procedimentos invasivos que, por vezes, necessitam de justificação e são realizados sem o consentimento informado da gestante. Esse tipo de violência frequentemente não se manifesta em termos de força física, mas sim através da imposição de procedimentos médicos que não são absolutamente necessários. Esse é o entendimento de Franco e Machado:

Entretanto, nas situações de violência obstétrica, nem toda a violência física se enquadra pelo uso da força, mas por afetar e interferir na integridade corporal das mulheres sem o seu consentimento, sem necessidade ou sem fundamento científico, de modo que, ao passo que muitas condutas são evidentes, outras acabam por passar despercebida, como ocorre com muitos procedimentos médicos (desnecessários e/ou obsoletos) (2016, p. 105).

Assim, a violência física obstétrica ocorre mediante procedimentos invasivos e intervenções não consentidas ou aceitas com base em informações parciais ou distorcidas. Trata-se de condutas que afetam o corpo da mulher, resultando em interferências que causam dor ou dano físico, sem recomendações fundamentadas em evidências científicas (Ciello *et al.*, 2012). O abuso físico, conforme afirma Tesser *et al.* (2015, p. 2), viola o direito da gestante de “estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos”.

O procedimento da episiotomia, um dos abusos físicos mais frequentes nos hospitais, consiste na realização de um corte no períneo com o intuito de ampliar o canal vaginal para a passagem do bebê. A realização dessa cirurgia resulta em um aumento do risco de laceração perineal, bem como de ocorrência de infecções e hemorragias, não demonstrando redução nas complicações a longo prazo, como dor, incontinência urinária e fecal (Tesser *et al.*, 2015).

Consoante mencionado anteriormente, um estudo realizado por Leal *et al.* (2021) constatou que a episiotomia foi realizada em 27,7% das mulheres no ano de 2017. É preocupante notar que a execução da cirurgia ocorre sem o devido consentimento da paciente e sem fornecer informações sobre suas indicações, riscos, benefícios potenciais e possíveis efeitos adversos.

“Minha cicatriz ficou maior ainda na minha alma. Me senti violentada, me senti punida, me senti menos feminina, como se por ser mãe, precisasse ser marcada nessa vida de gado. [...] Chorei muito, sentia dor, vergonha da minha perereca com cicatriz, vergonha de estar ligando para isso, sentia medo, medo de não conseguir

mais transar. Tenho pavor de cortes, tinha medo de que o corte abrisse quando fosse transar. Demorei uns cinco meses para voltar a transar mais ou menos relaxada, sentia dores, chorava quando começava, parava. Me sentia roubada, me tinham roubado minha sexualidade, minha autoestima, me sentia castrada.” (Jacqueline Fiuza que foi atendida na rede pública na Casa de Parto São Sebastião em Brasília-DF) (Ciello *et al.*, 2012, p. 83-84).

Além de ser um procedimento invasivo, a prática da episiotomia causa traumas emocionais nas mulheres. Passar pela experiência da gestação acarreta alterações corporais, o corpo, que outrora trouxe vida ao mundo, não retorna à sua forma original. É desumano forçar a realização dessa cirurgia em um momento de fragilidade e dor. Ademais, a intervenção cirúrgica não é realizada visando ao bem-estar da mulher, mas sim para agradar o parceiro, uma vez que durante o processo de sutura, é realizado um ponto mais fechado para "apertar" a abertura vaginal, visando à satisfação sexual do homem.

A gente vê algumas reações em algumas mulheres que sofreram violências muito sérias, como uma episiotomia sem anestesia, por exemplo, as vezes elas desenvolvem comportamentos que são similares a vítima de estupro mesmo, de ter muita dificuldade de aceitar o seu corpo, não ter mais coragem nem de se olhar, não deixar o marido chegar perto. A vida sexual fica comprometida durante muito tempo (Adele Valarini - Doula) (A dor além do parto, 2013).

Diversos autores começaram a encarar a episiotomia como uma espécie de mutilação genital, devido as consequências geradas na saúde da mulher. Ademais, há profissionais que realizam essa cirurgia sem a devida aplicação de anestesia, e pacientes relatam que a sutura da episiotomia foi o momento mais doloroso durante o parto.

“Não recebi nenhuma espécie de anestesia e senti cada ponto. A cada ponto eu me contorcendo 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, p. 87).

O estudo conduzido por Ciello *et al.* (2012) destacou a existência de deformidades genitais decorrentes da episiotomia que requerem correção por meio de intervenção cirúrgica realizada por um cirurgião plástico, no entanto, apenas um número limitado de mulheres dispõe dos recursos necessários para se submeter a tal procedimento corretivo. Ainda, é importante ressaltar que mulheres negras apresentam uma maior suscetibilidade a complicações na cicatrização pós-cirúrgica da episiotomia, devido à sua maior predisposição à formação de queloides.

Apesar da resistência da gestante e das complicações resultantes da episiotomia, profissionais permanecem realizando a cirurgia, violando a integridade física e sexual e o direito de escolha da mulher.

Além do procedimento mencionado, também é comum a famosa manobra de Kristeller, na qual o profissional pressiona a barriga da gestante para acelerar a saída do feto. Entretanto, a manobra é reconhecidamente prejudicial à saúde e ineficaz, podendo causar desconforto e traumas à gestante, além de não haver evidências que comprovem seus benefícios. Logo, recomenda-se evitar o uso rotineiro dessa prática.

A aceleração do processo do parto pode acarretar consequências adversas para a saúde tanto da mãe quanto do bebê. Nesse sentido, há o risco de fraturas nas costelas da mãe e a possibilidade de descolamento da placenta e o recém-nascido também está sujeito a traumas encefálicos como resultado dessa abordagem (Teixeira; Pereira, 2006).

Intervenções como o uso excessivo de ocitocina, fórceps, amniotomia e rompimento artificial da bolsa também são para acelerar o parto, porém, tais procedimentos não consideram a fisiologia natural do corpo da mulher, podendo resultar em complicações tanto para ela quanto para o bebê, e ainda aumentar significativamente a intensidade da dor durante o parto (Gallotte, 2017).

A cirurgia cesariana também pode ser considerada uma forma de violência física quando realizada sem o consentimento da gestante e de maneira desnecessária. Em algumas situações, por medo de sofrer durante o parto vaginal e de ter seus direitos desrespeitados, a mulher opta pelo parto cesáreo. Em outros casos, essa opção é sugerida pelo profissional de saúde por conveniência e rapidez no processo de parto. De acordo com um estudo realizado por Leal *et al.* (2021), no Brasil, a taxa de realização dessa cirurgia atinge 43,8%, o que supera significativamente o limite máximo de 15% estabelecido pela OMS.

Nas cesariadas, em relação às mulheres que tiveram partos normais, há aumento de mortalidade, morbidade severa, internação em UTI, uso de antibióticos, necessidade de transfusão, histerectomia e tempo de permanência no hospital. A possibilidade de complicações se torna mais evidente em gestações futuras, com um aumento do risco de placentação anômala e suas graves consequências. Em bebês que nascem de cesariana há maior risco de prematuridade, mortalidade neonatal, admissão em UTI neonatal e uso de ventilação mecânica. A prematuridade iatrogênica e o nascimento eletivo de bebês antes de 39 semanas causa aumento de internações em UTI neonatal e do número de óbitos (Tesser *et al.*, 2015, p. 5).

Assim, os abusos físicos enfrentados pelas mulheres durante e após a gravidez resultam em complicações tanto para a mãe quanto para o bebê, visto que a maneira de nascer tem impactos que perduram ao longo de toda a vida. Essas experiências deixam marcas tanto

evidentes quanto sutis, ressaltando a importância de uma abordagem mais humanizada na assistência ao parto.

2.3.2. Violência sexual

A violência obstétrica sexual é outra forma alarmante de abuso que ocorre durante a assistência e o processo do parto, afetando a integridade física e emocional da mulher. Essa prática envolve condutas sexuais não consentidas, desrespeito à privacidade e outros comportamentos inapropriados por parte dos profissionais. As vítimas desse tipo de violência se sentem constrangidas, traumatizadas e desrespeitadas em um momento que deveria ser de apoio e cuidado.

Para Antunes (2017, p. 52), o abuso sexual consiste em todo “ato que viole o pudor e a intimidade da mulher, incidindo sobre sua integridade sexual e reprodutiva, que pode ou não ter acesso aos órgãos sexuais e partes íntimas resultando em sofrimento físico”. Trata-se de situações onde a mulher encontra-se vulnerável e, muitas vezes, indefesa e, por necessitar do atendimento dos profissionais aceita e se submete a tal constrangimento sem se opor.

A violência sexual enquanto violência obstétrica está ligada ao controle da sexualidade da mulher, através do abuso da posição de poder e confiança, utilizando-se de assédio sexual, contatos físicos forçados, insinuações ou incitações sexuais e até mutilações genitais (Franco; Machado, 2016).

Entre as práticas que envolvem abuso sexual, os exames de toque vaginal são realizados com frequências nos hospitais. Infelizmente, muitas vezes esse procedimento é conduzido sem a devida sensibilidade, resultando em desconforto e, por vezes, machucando as mulheres. Além disso, é comum que as pacientes não sejam informadas sobre a razão para a realização desses exames, o que cria uma falta de consentimento informado.

[...] chegava lá, ele me deitava, fazia exame de toque, me machucava, e me falava que estava tudo bem. Raramente eu ficava lá tomando soro, que eu não sei nem para que, porque eu perguntava e ninguém falava nada, está normal e eles explicavam assim: você está sentindo dor porque toda mulher grávida sente dor, era isso [...] (ESMERALDA) (Machado, 2016, p. 68-69).

O problema se agrava quando se observa que, em hospitais universitários, o toque vaginal é frequentemente realizado por estudantes que estão presentes para fins de aprendizado.

[...] foi uma situação desagradável, porque fiquei deitada lá bastante tempo, foi um rapaz e uma outra moça que veio fazer o exame de toque em mim, e eu achando que eles estavam ali brincando, estavam fazendo algo sem necessidade, eles conversando o tempo todo, falando entre eles sobre a vida particular, em momento algum falaram comigo, só simplesmente eu estava deitada ali e eles vinham fazer o exame de toque em mim. Não se identificaram para mim [...] (ESMERALDA).

[...] Não. Eram 4 pessoas, 3 meninas e 1 rapaz, e eles estavam ali naquela sala conversando, dando risada, brincando, ela veio, a 1ª moça e fez o exame de toque, ela saiu e foi para o balcão, anotou alguma coisa em alguma caderneta, e depois veio esse rapaz, que também fez exame de toque, e eu estava deitada naquela posição ingrata, tão constrangedora, e ele sentado na minha frente e olhando lá dentro, pondo a mão lá e eu fiquei sem entender para que era aquilo. Na realidade, essa foi uma parte bem traumatizante, que eu não consigo esquecer. Acho que foi frustrante, foi frustrante na verdade [...] (ESMERALDA) (Machado, 2016, p. 69).

Embora a educação médica seja fundamental, essa prática viola a integridade física e a intimidade sexual das mulheres. Em um momento íntimo e vulnerável, seus corpos são expostos como objetos de estudo para várias pessoas desconhecidas que muitas vezes não demonstram preocupação com o bem-estar da paciente, tratando-a mais como um objeto de aprendizado do que como uma pessoa com direitos e dignidade.

De acordo com Franco e Machado (2016), também se destacam como exemplos de violência sexual: flertes não solicitados, assédio, lavagem intestinal, realização repetida de exames nos mamilos sem esclarecimento ou consentimento, procedimentos de laqueaduras sem aviso prévio e sem o devido consentimento, além da imposição da posição supina para o parto, sem considerar a vontade da mulher.

No que diz respeito às posições supina e de litotomia, vale ressaltar que nem sempre é a mais adequada para o parto. Recomenda-se que a mulher escolha a posição na qual se sinta confortável, preferencialmente optando por posturas mais verticais, uma vez que isso pode facilitar a descida do bebê. Além disso, a posição ginecológica pode prejudicar a dinâmica do parto e a oxigenação do bebê (Ciello *et al.*, 2012).

6.2 Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

5. Uso rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho e parto

9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto (OMS, 1996).

Todavia, mesmo diante da recomendação da OMS e de especialistas, ainda existem casos em que as mulheres são obrigadas a adotar essa posição, devido à resistência de alguns profissionais em considerarem o uso de outras posições.

“Perguntei ao meu médico se eu podia escolher a posição para o parto, por exemplo de cócoras. Ele riu e falou que é pra eu tirar essas ideias de ‘parto hippie’ da cabeça. Eu insisti e ele disse que não estudou tanto para ficar agachado igual a um

mecânico.” (G. atendida através de plano de saúde no Rio de Janeiro-RJ) (Ciello *et al.*, 2012, p. 107).

Conforme mencionado anteriormente, em uma única conduta é possível identificar diversos tipos de violência obstétrica. Muitas gestantes têm seus direitos e sua integridade constantemente violados, não recebendo o atendimento e apoio adequados ao longo de sua gravidez e parto, resultando em sentimentos de frustração, medo e até mesmo traumas. Devido aos abusos sofridos, é comum as situações de divórcio, uma vez que as mulheres que passaram por essa violência durante a gestação tem sensações e emoções semelhantes às das vítimas de abuso sexual, o que muitas vezes leva a um distanciamento do parceiro após o nascimento do filho (Sousa, 2014 apud ADPERGS, 2014).

2.3.3. Violência Psicológica

Por fim, temos a violência psicológica, que, embora se manifeste de várias formas, também pode ser um desdobramento de qualquer violência obstétrica sofrida por gestantes. Sejam essas agressões de caráter físico, sexual, verbal ou de qualquer outra forma, todas elas causam danos à integridade da gestante com repercussões a curto, médio e longo prazo.

Ciello *et al.* (2012, p. 60) conceitua a violência psicológica como sendo “toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio”. Assim, durante a gestação, o estado psíquico pode não suportar a pressão devido a violência obstétrica, levando ao surgimento de diversos transtornos emocionais (Silva; Silva; Araújo, 2017).

Observa-se que esse tipo de abuso está intrinsecamente associado a violência verbal, uma vez que se expressa por meio de palavras depreciativas, insultos e tratamentos grosseiros. Exemplos que representam essa violência são “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, p. 60).

Ainda, na pesquisa realizada por Silva, Silva e Araújo (2017), no Município de Alagoa Grande-PB, as mulheres vítimas de violência obstétrica relataram sentimentos de vergonha, medo, raiva e humilhação, tendo como consequência o medo de uma nova gestação diante da experiência traumática que gerou danos físicos e psicológicos.

(E1) Entrei em começo de depressão. Não sinto vergonha, mais [sic] não gosto de tocar no assunto.

(E2) Muita raiva, tenho muita revolta por que não acontece nada com essas pessoas. Eu queria que tivesse câmara pra gravar escondido o que eles fazem e depois denunciasses tudo.

(E5) Não vou esquecer nunca o jeito que eles mim [sic] trataram lá, mim [sic] deixaram sofrer muito pra poder fazer meu parto.

(E14) Fiquei com muito medo de engravidar novamente. Pois a gente nunca esquece. Muito humilhante ser tratada como se fosse um animal.

(E7) Sinto vergonha por que fiquei com marcas de queleide na vagina (Silva; Silva; Araújo, 2017, p. 28).

As mulheres enfrentam dificuldades em responder imediatamente à violência, o que as leva a permanecer em uma posição passiva uma vez que se encontra em uma situação de desamparo. Esse comportamento resulta em sentimentos de indignação, revolta e incapacidade posteriormente, visto que não conseguem se opor diante do abuso sofrido. Contribuindo, então, para permanência das condutas abusivas, já que não há uma reação das mulheres de forma que interrompa as ações violentas, criando assim uma relação vertical entre as usuárias do serviço e a equipe de saúde (Dias; Pacheco, 2020).

Um das práticas de abuso psicológico mais comuns ocorre quando os profissionais, que deveriam prestar assistência, acolhimento e cuidado, fazem chacotas e proferem ofensas à gestante enquanto ela está passando por um momento de dor e vulnerabilidade. Essas ações podem ter grande impacto na saúde mental e emocional da gestante, intensificando o estresse e a ansiedade que já estão presentes durante toda a gestação.

Em pesquisa feita pela Fundação Perseu Abramo e SESC (2010), 23% das mulheres que tiveram filhos naturais na rede pública ou privada relataram que ouviram algum despropósito durante o parto. Ao serem questionadas se na hora do parto, algum profissional do serviço de assistência proferiu algo parecido com: “não chora não que ano que vem você está aqui de novo”, 15% afirmaram que sim; “na hora de fazer não chorou/não chamou a mamãe, por que está chorando agora?”, 14% disseram que sim; “se gritar eu paro agora o que eu estou fazendo, não vou te atender”, 6% relataram terem ouvido; e “se ficar gritando vai fazer mal pro seu neném, seu neném vai nascer surdo”, 5% informaram que sim. São frases sexistas proferidas em momento de profunda fragilidade da mulher e que atingem seu emocional.

Observa-se nas maternidades a reprodução de uma ideologia que valoriza a mulher que fica calada e obediente a todas as solicitações, sem questionamentos, reforçando a visão da mulher dócil e submissa que não dá trabalho a equipe. A figura da mulher escandalosa é vista como um problema pelos profissionais e frequentemente estas sofrem ameaças e maus-tratos dentro das maternidades públicas, sendo caracterizada por ser a mulher que grita demais, que chama pelos parentes, que não faz a força

necessária e não aceita todos os procedimentos impostos para ela. O escândalo muitas vezes constitui-se como um ato de resistência e briga pelo que ela considera um direito seu, o de ter uma assistência que atenda às suas necessidades. Como sanção a esta desobediência, as mulheres escandalosas são muitas vezes abandonadas sozinhas ou desrespeitadas pelos jargões que são rotineiramente utilizados pelas equipes na tentativa de conter a paciente (Barboza; Mota, 2016, p. 124)

São profissionais que não demonstram empatia no momento de dor, agindo com negligência ante a vontade da gestante. Tratam-nas como meros objetos manipuláveis, sem emoções e que devem obediência aos seus comandos. Diante dessa situação, muitas se veem forçadas ao silêncio, obedecendo por temor à sua própria saúde e à do seu filho. Além disso, a assistência ao parto frequentemente envolve situações de negligência, ausência de informação e hostilidade.

O momento do parto, quando cercado de violações, acarretam sérias consequências por longos anos. É comum o desenvolvimento da depressão pós-parto ou, dependendo do grau de violência, pode desencadear a síndrome de estresse pós-traumático. Segundo a Dra. Alessandra Arais, psicóloga especialista em obstetrícia, nos casos em que a gestante nunca teve problema mental, a chance de ter nesse período aumenta em 25%, diante da sensibilidade e vulnerabilidade (A dor além do parto, 2013).

Na pesquisa realizada por Rocha e Grisi (2017, p. 631), participantes “relataram o desenvolvimento de algum trauma relacionado às intervenções e procedimentos sofridos por elas durante o trabalho de parto e parto, e o quanto isso abalou psicologicamente suas vidas, não conseguindo falar facilmente sobre o assunto”. O tratamento inadequado, a experiência traumática e negativa pode provocar consequências duradouras, muitas mulheres apresentam sentimentos de frustração, impotência, raiva e angústia ante os abusos sofridos.

3. DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS ASSEGURADOS ÀS GESTANTES ANTES, DURANTE E APÓS O PARTO

No presente capítulo será feita uma exposição dos direitos garantidos às gestantes ao longo de todo o período que abrange a gestação e o pós-parto. Será apresentado os direitos da parturiente contidos na Constituição Federal, bem como analisada a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW), tratado internacional do qual o Brasil é signatário, com ênfase no direito a saúde e exemplo de caso concreto. Por fim, abordarei o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), estabelecido pelo Ministério da Saúde e a Lei Federal nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante.

Primordialmente, a Constituição Federal consagra como um dos seus princípios fundamentais a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CF), enfatizando a importância de que todo indivíduo tenha a oportunidade de viver com dignidade e seja tratado como ser humano pleno. Rabenhorts, conceitua o princípio da seguinte forma:

“[...] o termo 'dignidade' vem do latim dignitas, que designa tudo aquilo que merece respeito, consideração, mérito ou estima. A dignidade da pessoa humana é, acima de tudo, uma categoria moral; significa a qualidade ou valor particular que atribuímos aos seres humanos em função da posição que ocupam na escala dos seres. [...] A dignidade é atributo do que é insubstituível e incompatível, daquilo que, por possuir um valor absoluto, não tem preço” (2001, p. 14).

Assim, entende-se que toda pessoa é digna, o que a torna merecedor de respeito e apreço do Estado e da sociedade, isso implica em um conjunto de direitos e deveres fundamentais que visam a proteção do indivíduo contra atos desumanos, bem como lhe garantir condições mínimas para uma vida saudável (Sarlet, 2002).

Esse princípio também serve como base principal para outros documentos, a exemplo da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), que apresenta, em seu preâmbulo, o reconhecimento da dignidade intrínseca de todos os seres humanos, juntamente com seus direitos iguais e inalienáveis, fundamentais para a promoção da liberdade, justiça e paz, consagrando em seu artigo 1º que “todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade” (DUDH, 1949).

Na Constituição Federal, a dignidade da pessoa humana encontra expressa previsão ao estabelecer, dentre outros direitos, a saúde para toda e qualquer pessoa.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Brasil, 1988).

O Estado é responsável por fornecer saúde de qualidade para toda a população e promover a fiscalização tanto na rede pública como na privada. Quanto aos serviços médicos às gestantes, deve haver disponibilização de acompanhamento e orientação desde a gestação, implementação de redes hospitalares na atenção à parturiente, serviço de cuidados às gestantes em situação de vulnerabilidade, bem como capacitar os profissionais de saúde no que tange os direitos das mulheres à saúde reprodutiva e no tratamento médico humanizado.

3.1. CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS MULHERES (CEDAW)

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1979, representa um importante marco no reconhecimento da dignidade das mulheres. Esta convenção internacional reflete a preocupação com a erradicação de abusos e discriminações contra as mulheres, enquanto também destaca o seu valor na sociedade. Ela enfatiza que a participação das mulheres deve ser reconhecida em igualdade com os homens, visando alcançar um desenvolvimento pleno e igualitário do país (Guerra, 2023).

Para a Convenção, a discriminação contra a mulher significa

toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo (CEDAW, 1979, p. 2).

A CEDAW abrange duas vertentes fundamentais. A primeira vertente está focada na extinção de todas as formas de discriminação contra as mulheres, enquanto a segunda aborda a necessidade dos Estados adotarem medidas para promover os direitos das mulheres e alcançar a igualdade de gênero.

No entender de Flávia Piovesan,

[...] a Convenção objetiva não só erradicar a discriminação contra a mulher e suas causas, como também estimular estratégias de promoção da igualdade. Combina a proibição da discriminação com políticas compensatórias que acelerem a igualdade enquanto processo. Alia à vertente repressivo-punitiva a vertente positivo-promocional. [...] Ao ratificar a Convenção, os Estados-partes assumem o compromisso de, progressivamente, eliminar todas as formas de discriminação no que tange ao gênero, assegurando a efetiva igualdade entre eles. Trata-se de obrigação internacional assumida pelo Estado, ao ratificar esta Convenção (2023, p. 491).

Portanto, os Estados se comprometem a implementar diversas políticas com o objetivo de eliminar a discriminação contra as mulheres. Essas políticas incluem o reconhecimento do princípio da igualdade entre homens e mulheres, a adoção de medidas e leis que proíbam qualquer forma de discriminação, a garantia de proteção jurídica dos direitos das mulheres através de tribunais nacionais e instituições públicas, a adoção de medidas apropriadas no combate a discriminação praticada por indivíduos, organizações ou empresas, e a revogação de leis, incluindo as penais, regulamentos e práticas que propaga a discriminação contra as mulheres (Guerra, 2023).

Ademais, os Estados devem garantir uma diversidade de direitos para as mulheres, incluindo a igualdade perante a lei, direito ao voto, oportunidade de exercer funções públicas, adquirir, mudar ou conservar sua nacionalidade, igualdade de direitos na esfera da educação, igualdade de direitos no mercado de trabalho em condições equivalentes aos homens, acesso aos serviços de saúde pública, condições equiparadas na vida econômica e social, direito ao lazer e à participação em atividades culturais e esportivas (Guerra, 2023).

A Convenção determinou a criação de um Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher com o intuito de fiscalizar se os Estados-partes estão cumprindo com o que foi pactuado ao ratificarem o CEDAW. Devendo os Estados submeter um relatório apresentando o progresso no combate a eliminação da discriminação contra a mulher, contendo as medidas legislativas, judiciárias, administrativas e as demais que foram assumidas para tornar efetiva as disposições da Convenção, para análise do Comitê (CEDAW, 1979).

O Comitê CEDAW, na Recomendação Geral n. 35, afirma que a violência de gênero contra as mulheres perpetua por toda a vida, podendo assumir várias formas, “incluindo atos ou omissões destinados ou susceptíveis de causar ou resultar em morte, dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico ou econômico para as mulheres, ameaças de tais atos, assédio, coerção e privação arbitrária de liberdade” (Conselho Nacional de Justiça, 2019, p. 14).
Declara ainda:

“violações da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, tais como esterilizações forçadas, aborto forçado, gravidez forçada, criminalização do aborto, negação ou atraso do aborto seguro e de cuidados pós-aborto, continuação forçada de gravidez, abuso e maus-tratos de mulheres e meninas que procuram informações, produtos e serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva, são formas de violência de gênero que, dependendo das circunstâncias, podem ser equiparadas à tortura ou ao tratamento cruel, desumano ou degradante” (Conselho Nacional de Justiça, 2019, p. 21-22).

Nessa perspectiva, a violência obstétrica também é uma forma de violência de gênero, uma vez que o tratamento prestado pelo profissional de saúde, na maioria das vezes, submete a gestante a situações de desrespeito e discriminação, violando, assim, os direitos humanos. Ademais, a violência de gênero contra a mulher se apresenta em todos os âmbitos da interação humana, abrangendo também os serviços de saúde, podendo resultar de ações ou omissões, seja por parte de entidades estatais ou não estatais (Conselho Nacional de Justiça, 2019, p. 22).

No tocante aos direitos presentes na Convenção, este trabalho irá se ater ao direito à saúde, descrito no artigo 12 da CEDAW:

1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.
2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância (1979, p 5-6).

A eliminação da discriminação contra as mulheres no ambiente hospitalar associado com à assistência à gravidez e ao parto é fundamental na promoção da igualdade de gênero e garantia do bem-estar. O tratamento igualitário no acesso aos cuidados médicos é direito da mulher, independente de suas individualidades pessoais e socioeconômicas. A discriminação respaldada no gênero não deve existir no atendimento e cuidado às gestantes.

Ademais, a erradicação da discriminação assegura a mulher dignidade e respeito durante a assistência médica, bem como autonomia para decidir sobre a sua saúde gestacional, o que envolve o seu consentimento para a realização de procedimentos médicos e a escolha sobre o tipo de parto que deseja.

A assistência efetiva à gestante ao longo da gestação e no pós-parto é relevante na defesa da dignidade humana, envolvendo não apenas os cuidados médicos adequados durante a gravidez e o pós-parto, como também na proteção contra a violência obstétrica.

Assim, é dever do Estado garantir a integridade física e emocional da gestante, possibilitando o devido atendimento e para que tenha seus direitos e escolhas respeitados, evitando práticas médicas abusivas que possam resultar em violência obstétrica. Garantir a assistência médica adequada é respeitar o princípio da dignidade humana, visando que toda mulher possa ter uma gestação segura e respeitosa durante o parto, imune de qualquer forma de violência.

3.1.1. O caso Alyne Pimentel

Alyne da Silva Pimentel Teixeira, mulher negra, moradora de Belford Roxo, no Rio de Janeiro. Em 14 de novembro de 2002, estava grávida de seis meses do seu segundo filho, com náuseas e fortes dores abdominais buscou assistência médica em uma clínica de saúde. Após ser consultada por um ginecologista, recebeu analgésicos e foi liberada para retornar para casa, sem ter sido realizado quaisquer exames laboratoriais ou ultrassonografia (CEDAW, 2021).

Decorrido dois dias do primeiro atendimento, sua saúde piorou e Alyne retornou a clínica, acompanhada da sua mãe, foi atendida novamente por outro profissional o qual constatou que o feto não tinha mais batimentos cardíacos, sendo confirmado posteriormente através de ultrassom. Então, os médicos informaram que a paciente deveria fazer uso de medicação para retirada do feto, após dar à luz ao seu filho natimorto, Alyne ficou desorientada (CEDAW, 2021).

Após quatorze horas foi realizada a curetagem para retirada de restos da placenta e sua condição de saúde continuou a piorar. Alyne estava com grave hemorragia, desorientação e vômitos com sangue, e então, diante da gravidade do caso, foi transferida para um outro hospital. Quando, finalmente, chegou ao Hospital Geral Municipal de Nova Iguaçu, já apresentava um quadro de hipotermia, sua pressão estava a zero e precisou ser ressuscitada (CEDAW, 2021).

Alyne faleceu no dia 16 de novembro de 2002 por consequência do atendimento deficiente e omissos, tendo sido comprovado que a causa da morte foi hemorragia digestiva, provocada pelo parto do feto natimorto. Posteriormente, os médicos relataram à mãe da paciente que o feto já estava morto há alguns dias no útero de Alyne e que esta havia sido a causa da morte (CEDAW, 2021).

Diante do ocorrido, a família de Alyne pleiteou uma ação de indenização por danos morais e materiais contra o sistema de saúde do Rio de Janeiro. Em decorrência da demora,

Maria de Lourdes da Silva Pimentel, mãe de Alyne, representada pelo Centro de Direitos Reprodutivos e Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos, apresentou uma comunicação ao Comitê afirmando que Alyne teve seu direito à vida e a saúde violados pelo Estado, conforme os artigos 2º e 12, acesso à justiça e a saúde, respectivamente, da Convenção CEDAW (CEDAW, 2021).

Em 2011, o Comitê afirmou que a morte da paciente estava relacionada com complicações obstétricas decorrentes da gravidez e que não houve assistência apropriada à gestação. Ainda, concluiu que a paciente sofreu discriminação de gênero, raça e nível socioeconômico (CEDAW, 2021). O Comitê responsabilizou o Estado brasileiro pela morte de Alyne e reconheceu o dano moral causado a sua bem, bem como os danos morais e materiais provocados à filha de Alyne, recomendando que o Estado indenizasse a ambas (CEDAW, 2021).

Por fim, recomendou ao Estado medidas gerais com o intuito de garantir o direito à saúde reprodutiva da mulher:

- a) Assegurar o direito das mulheres à maternidade segura e ao acesso à cuidados obstétricos de emergência adequados e acessíveis, de acordo com a recomendação geral n. 24 (1999) sobre as mulheres e a saúde;
- b) Proporcionar formação profissional adequada para os trabalhadores da área de saúde, especialmente sobre os direitos reprodutivos das mulheres à saúde, incluindo tratamento médico de qualidade durante a gravidez e o parto, bem como assistência obstétrica emergencial adequada;
- c) Assegurar o acesso a medidas eficazes nos casos em que os direitos das mulheres à saúde reprodutiva tenham sido violados e prover a formação de pessoal do poder judiciário e responsável pela aplicação da lei;
- d) Assegurar que as instalações de assistência médica privada satisfaçam as normas nacionais e internacionais em saúde reprodutiva;
- e) Assegurar que as sanções adequadas sejam impostas a profissionais de saúde que violem os direitos de saúde reprodutiva das mulheres, e
- f) Reduzir as mortes maternas evitáveis através da implementação do Acordo Nacional pela Redução da Mortalidade Materna nos níveis estadual e municipal, inclusive através da criação de comitês de mortalidade materna (CEDAW, 2021, p. 23-24).

Em 2014, o Estado brasileiro apresentou relatório de cumprimento das recomendações do Comitê CEDAW sobre o caso de Alyne Pimentel. No ano de 2011, houve a implementação da Rede Cegonha, visando o planejamento reprodutivo, nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável.

Em 2013, a publicação da Portaria n. 1.020, que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, Recém-Nascido de Risco e Puérpera de Risco e define os critérios para implementar e habilitar os serviços de referência à Atenção à Saúde de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP).

A Portaria n. 371 de 2014, institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no SUS, mediante assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto.

Além de outras políticas públicas realizadas pelo Estado na promoção de melhorias à assistência à parturiente.

3.2. PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN)

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), estabelecido pelo Ministério da Saúde no ano 2000, foi criado a partir da análise das necessidades das gestantes e recém-nascidos, com o intuito de prestar a devida assistência obstétrica e neonatal, visando a melhoria da qualidade de vida do público alvo.

Na década de 1990, “a taxa de mortalidade materna era de aproximadamente 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos” (Magalhães, 2020, p. 303), dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada no ano de 1996, apontam que, entre os anos de 1991 e 1995, 14,3% das mulheres que haviam tido filho não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, sendo a maioria delas da região Nordeste e Norte, demonstrando, assim, a desigualdade social do país. Ainda, cerca de 36% dos partos realizados nesse período foram cesáreos (BENFAM, 1997), enquanto nos anos 2000 a taxa de cesárea era de 38,9% por 100 nascidos vivos (Path; Malik, 2011).

Em razão dos dados alarmantes, houve a implementação do PHPN, com objetivo de “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (Ministério da Saúde, 2002, p. 5), tendo como prioridades

concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país;
adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;
ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente

ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (Ministério da Saúde, 2002, p. 5).

O programa considera a humanização da assistência obstétrica e neonatal como primazia no devido acompanhamento do parto e puerpério, tendo como aspecto fundamental a responsabilidade das unidades de saúde em atender a mulher, seus familiares e o recém-nascido com dignidade, além da implementação de medidas e procedimentos visando o bom acompanhamento do parto e nascimento, prevenindo as intervenções indevidas, pois não são benéficas e, apesar de serem realizadas com frequência, provocam aumento dos riscos para a mulher e o recém-nascido (Ministério da Saúde, 2002).

Para atingir seus objetivos o programa se baseia nos seguintes princípios:

toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (Ministério da Saúde, 2002, p. 6).

Ainda, visando o adequado acompanhamento e assistência à gestante e à puérpera, determina que seja realizada, até o 4º mês da gestação, a primeira consulta de pré-natal, além de garantir os seguintes procedimentos: realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, uma consulta no puerpério, realização de exames laboratoriais, opção de teste anti-HIV, vacinação antitetânica, realização de atividades educativas, classificação de risco gestacional, atendimento específico às gestantes de alto risco, dentre outras atividades que devem ser oferecidas durante o pré-natal (Ministério da Saúde, 2002).

Vale ressaltar que a assistência pré-natal é fundamental, pois significa, na maioria das vezes, o primeiro contato que a gestante tem com os serviços de saúde, portanto, é imprescindível um atendimento sistematizado para suprir às reais necessidades da mulher, através do uso de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados, tendo como pilar a humanização na realização das atividades (Pessoa *et al.*, 2009). É nesse período que os profissionais de saúde devem orientar, transmitir conhecimento e sanar dúvidas para que a mulher tenha uma vivência de parto segura, com menos riscos de complicações no pós-parto e êxito durante a amamentação (Rios; Vieira, 2012).

A atenção pré-natal e puerperal promove o acolhimento da gestante desde o início da gestação, assegurando o nascimento saudável do recém-nascido e preservando o bem-estar da

mãe e da criança, incluindo a implementação de ações de promoção e prevenção à saúde, bem como a realização de diagnóstico e tratamento adequado de problemas que possam surgir nesse período (Brasil, 2005). Muitas mulheres não têm conhecimento se a gravidez é de risco ou se possuem alguma doença autoimune, infecciosa ou qualquer outra patologia que requer acompanhamento especializado, sendo investigado durante a assistência pré-natal e realizado o tratamento para o bom desenvolvimento da gestação e do parto.

A pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada nos anos de 2011 e 2012, apresentou os avanços obtidos através do PHPN, que possibilitou a aplicação de várias iniciativas para melhorar a qualidade da assistência materno-infantil. Os resultados demonstraram que a realização da assistência pré-natal no Brasil é praticamente nacional, ultrapassando os 90%. Além disso, nos relatos foi possível identificar a efetiva implementação das atividades recomendadas pelo programa, incluindo orientações sobre aleitamento materno, identificação de sinais de risco na gestação, orientações sobre práticas benéficas para o trabalho de parto, realização de exame de ultrassonografia no pré-natal, informações sobre maternidades de referência para o parto e a continuidade do acompanhamento por um único profissional ao longo da assistência pré-natal (Viellas *et al.*, 2014).

Outro importante avanço é em relação à mortalidade materna, que em 2019 registrou 59 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos, contudo, a meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) é de diminuição para 30 mortes por 100 mil nascidos vivos, até 2030. Os óbitos foram decorrentes de causas obstétricas diretas, prevalecendo a hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto, causas obstétricas indiretas, com predomínio das doenças circulatórias, respiratórias, infecciosas e parasitárias maternas, e de causas obstétricas inespecíficas (Ministério da Saúde, 2021).

No estudo de Ávila (2020), sobre as experiências de mulheres realizando pré-natal através do PHPN, observou-se que as entrevistadas afirmaram terem realizado todos os exames laboratoriais, porém, se queixaram quanto à disponibilidade de realizar ultrassonografias. Ainda, as participantes relataram que os profissionais não as questionavam sobre o seu bem-estar e nem forneciam informações detalhadas. Ademais, apontaram que o atendimento pré-natal frequentemente era concentrado apenas em questões físicas avaliadas através de exames, priorizando o feto, no binômio mulher-feto.

Ávila (2020), confrontou as experiências das mulheres com a essência do PHPN, que é a humanização do atendimento, e obteve relatos “sobre equipes de saúde da família que durante o atendimento trabalhavam em uma espécie de checklist, sem entrar nos detalhes e

particularidades da gestação, dos anseios e dúvidas quanto à gestação e ao próprio parto” (Ávila, 2020, p. 102), e ainda

[...] o grupo, que falava sobre a importância da atenção psicológica para a gestante, ocasionou relatos de como o atendimento pré-natal é muito focado no feto e não na mulher. Durante a entrevista com Juliana e Roberta, após o grupo, elas ressaltaram a qualidade do atendimento pré-natal baseada no número de exames laboratoriais, porém falaram sobre como o atendimento não é aprofundado, dando uma atenção quase exclusiva ao feto. Roberta, que apresentava um quadro de depressão e naquela ocasião relatou que há duas semanas tinha tido sua terceira tentativa de suicídio, disse que não tinha buscado encaminhamento para o psiquiatra pois há duas semanas sua área estava sem médico. Desta forma, os atendimentos eram realizados por um enfermeiro que, de acordo com Roberta e Juliana, atendia poucas fichas durante a manhã e à tarde, dificultando o acesso (Ávila, 2020, p. 102).

O atendimento no pré-natal cumpre os requisitos propostos no PHPN, todavia a efetiva concretização da humanização da saúde é falha, a assistência prestada à gestante, principalmente em relação ao atendimento e orientações referentes ao período gravídico, não é adequada. A qualidade do serviço público não diz respeito somente a realização de exames e disponibilização de medicação, mas também ao acolhimento e atenção voltados às usuárias do serviço.

3.3. LEI DO ACOMPANHANTE - Lei Federal de nº 11.108/2005

A apropriada prestação de assistência à parturiente e o devido respeito aos seus direitos, compreendem atender às suas necessidades que vão desde o seu conforto, segurança e bem-estar até a presença de um acompanhante de sua preferência, que possa lhe prestar apoio emocional. A permissão do acompanhante proporciona que a mulher seja amparada durante e após o trabalho de parto por alguém de sua confiança e não se sinta desamparada. Esse apoio também pode ser efetuado por profissionais de saúde ou por determinada pessoa designada para a função, como as doulas. No Brasil, a inclusão do acompanhante à parturiente no ambiente hospitalar é uma das recomendações da OMS para a assistência ao parto, servindo como referência no processo de implementação de humanização do pré-natal ao pós-parto (Brüggemann *et al*, 2010; Brasil, 2001).

Estudos comprovam que a presença do acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto possibilita inúmeros benefícios para a parturiente e o recém-nascido (Ciello *et al.*, 2012). Assim, buscando obter um serviço médico mais humanizado e que se preocupa com o bem-estar da paciente, o Estado promulgou a Lei Federal nº 11.108/2005, popularmente conhecida como Lei do Acompanhante. A referida lei

assegura à parturiente o direito à acompanhante no período de trabalho de parto até o pós-parto imediato

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

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

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

A Portaria nº 2.418/2005 do Ministério da Saúde regulamentou a presença do acompanhante para a mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Na época, compreendia o pós-parto imediato, para seus efeitos, como o período de 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico (art. 1º, § 1º) e autorizava ao prestador de serviço a cobrança das despesas previstas com o acompanhante (art. 1º, § 2º), incluindo na diária a acomodação e fornecimento de refeições ao acompanhante (art. 1º, § 3º) (Brasil, 2005).

Posteriormente, a portaria foi revogada e a cobrança da taxa passou a ser considerada ilegal e abusiva, pois, além de infringir um direito assegurado a mulher, os gastos com acompanhantes na rede pública de saúde foram incorporados à tabela de Procedimentos Especiais do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), por meio da Portaria 238/2006. Em contrapartida, na rede privada, as despesas estão inclusas no plano hospitalar com obstetrícia, de acordo com a Resolução Normativa RN nº 428/2017 (Gallote, 2017).

A presença do companheiro, familiar ou amigo durante o acompanhamento do parto não exige nenhum treinamento ou conhecimento técnico, corresponde, somente, ao apoio emocional e psicológico, com intuito de compartilhar o medo e ansiedade, fortalecer e estimular a parturiente durante o momento de dificuldade (Brasil, 2001).

Nos casos de parto por via vaginal, em que autorizam a mulher ter em sua companhia uma pessoa conhecida e de sua confiança, com quem possui vínculos afetivos, é notório determinados benefícios:

diminuição do tempo de trabalho de parto, sentimento de confiança, controle e comunicação, menor necessidade de medicação ou analgesia, menor necessidade de parto operatório ou instrumental, menores taxas de dor, pânico e exaustão, menores escores de Apgar abaixo de 7, aumento dos índices de amamentação, melhor formação de vínculos mãe-bebê, maior satisfação da mulher, menos relatos de cansaço durante e após o parto (Ciello *et al.*, 2012, p. 64)

Enquanto que os benefícios apresentados nos casos de parto cesáreo foram “diminuição do sentimento de ansiedade, diminuição do sentimento de solidão, diminuição do sentimento de preocupação com o estado de saúde do bebê, maior sentimento de prazer, auxílio na primeira mamada, maior duração do aleitamento materno” (Ciello *et al.*, 2012, p. 64). Entretanto, mesmo diante das circunstâncias favoráveis à presença do acompanhante, é corriqueiro a privação desse direito no momento do parto.

Sobre o acompanhamento durante o trabalho de parto, o Ministério da Saúde explica que:

o processo de humanização do nascimento, que inclui também a possibilidade de um acompanhante à parturiente, envolve necessariamente uma mudança de atitudes. Inicialmente do profissional de saúde que é parte integrante da equipe que presta atenção integral a esta mulher, revendo seus conceitos, deixando de lado seus preconceitos, para favorecer um acolhimento completo, técnico e humano à mulher. Envolve também a mudança de atitude da instituição, que deve estar estruturada e preparada para esta nova postura, incentivando, favorecendo, estimulando, treinando e controlando seus profissionais para o desempenho destas tarefas (Brasil, 2001, p. 65).

Muitos profissionais tentam justificar a proibição do acompanhante alegando que a sala médica não tem estrutura, que o hospital possui suas próprias regras e até mesmo que a legislação se aplica apenas para o SUS e não para os hospitais particulares. Há uma nítida violação à legislação e ao direito da gestante assegurado por lei, pois, uma vez que não existe previsão legal para penalizar o seu descumprimento, os profissionais não se sentem obrigados a cumpri-lá, dificultando, então, a sua aplicação (Ciello *et al.*, 2012).

Em contrapartida, existem profissionais que reconhecem a importância do acompanhante, argumentando que este exerce função relevante quanto à alegação de possíveis práticas de violências, podendo atuar como testemunha do tratamento efetuado à parturiente, conforme é enfatizado por obstetras:

“O acompanhante é a sua melhor testemunha. ‘Você viu como eu tratei ela?’, ‘Você viu como eu examinei?’. Isso é a melhor coisa. Talvez por isso as coisas tenham melhorado.” (Aguiar, 2010, p. 183)

Nota-se que a presença do acompanhante testemunhando as ações do obstetra demonstra “o quanto parece ser comum para alguns profissionais a possibilidade de ocorrência da violência institucional” (Aguiar, 2010, p. 118), pois, para alguns, o acompanhante serve para impedir que a paciente sofra violência obstétrica, enquanto que, para outros, a sua assistência traz conforto e tranquilidade para a gestante. Mas, muitas

relatam que “mesmo na presença de acompanhantes, inclusive de seus parceiros, elas são por vezes infantilizadas, ouvem frases que elas consideram grosseiras e são ignoradas em suas queixas de dor” (Aguiar, 2010, p. 118).

Diante das ações que venham complicar, dificultar ou impossibilitar a mulher de usufruir os direitos que lhe são garantidos, a sua violação configura violência obstétrica de caráter institucional, tendo como principal característica a violência psicológica, contudo, também pode resultar em outras violências de caráter físico, sexual e material. A ausência do acompanhante torna mais suscetível a ocorrência de violências devido à vulnerabilidade da mulher durante o trabalho de parto e, por estar sozinha, sua única opção é confiar na equipe médica (Ciello *et al.*, 2012).

Sentimentos de confiança e segurança são frequentemente expressos por mulheres que têm a companhia de uma pessoa conhecida durante o processo de parto. Também para o acompanhante, estar presente significa poder proporcionar à mulher uma sensação de tranquilidade, segurança e a confiança de que ocorrerá tudo bem (Souza e Gualda, 2016). Contudo, o suporte contínuo nem sempre é possível, pois, muitos hospitais estabelecem limites para permanência do acompanhante, permitindo a entrada somente durante o parto ou no pós-parto, ou seja, apenas em períodos específicos.

“Conseguí ter acompanhante no parto. Mas como meu plano era enfermaria, tive acompanhante só por 24h após o parto, depois disso só nos horários de visita, uma hora pela manhã e uma hora pela tarde.” (Ciello *et al.*, 2012, p. 72)

Há, ainda, casos de restrição quanto à pessoa que pode acompanhar a parturiente, violando o dispositivo legal que não impõe condições para a escolha do acompanhante, sendo de livre escolha da mulher

“Apesar de ter sofrido uma cesárea, meu marido não conseguiu ficar como acompanhante, pois o serviço só permitia acompanhante mulher. Fiquei algumas horas sozinha até uma acompanhante mulher chegar. Durante o pós-parto imediato, e apesar de estar sofrendo vários desmaios, o hospital proibiu a permanência da acompanhante depois de 24h por protocolo da instituição.” (Ciello *et al.*, 2012, p. 66).

No estudo realizado por Aguiar (2010), foi observado que as maternidades autorizam apenas acompanhantes do sexo feminino no período do pós-parto, justificando que as salas são preenchidas somente por gestantes e que a presença do homem afeta a privacidade, limitando o acompanhamento do parceiro ao momento do parto. Contudo, a ausência de estrutura adequada, que viabilize que o parceiro acompanhe a gestante durante todos os

procedimentos, justifica a falta de acompanhante para muitas mulheres porque, em muitos casos, é o parceiro quem a conduz ao hospital.

Outra restrição frequente é relativa ao vínculo com a instituição, porquanto, hospitais privados argumentam que a Lei do Acompanhante somente é válida para o SUS, ou apenas para quem "paga pelo quarto" ou "têm plano de quarto privativo", como no relato:

“Sou mãe solteira de gêmeos. Não foi fácil conseguir ter minha irmã como acompanhante, pois o hospital alegou que o direito à escolha do acompanhante é somente para o SUS. Consegui uma carta de uma psicóloga dizendo da importância de um acompanhante e os venci pelo cansaço.” (Ciello *et al.*, 2012, p. 66).

Conforme analisado posteriormente, a cobrança dos custos com o acompanhante é indevida, vez que encontra-se incluída no plano de saúde. No que tange a aplicação ou não da legislação na rede privada, a referida lei altera a Lei nº 8.080/90, esta expressa, em seu art. 1º, que “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado” (Brasil, 1990), portanto, o direito ao acompanhante também deve ser exercido nos hospitais privados sem quaisquer restrições ou exigências.

As mulheres que tiveram um acompanhante no processo do parto, ao relatarem suas experiências, afirmaram que teria sido mais difícil se estivessem sozinhas e que a presença de alguém conhecido transmite segurança, além de auxiliar nos momentos de dores

“Acho que foi bom ter o acompanhante, ter alguém junto. O maior medo da mulher é de ficar sozinha na hora que está com dor... mas com a presença dele foi mais fácil. Sem ele seria um pouco mais difícil na hora.” (M4)
 “Acho que se ela estivesse sozinha ficaria mais em dúvida em relação à dor e tudo mais. teve uma hora que ela começou a brigar comigo dizendo que queria cesárea; mandou-me sair para arranjar um remédio para ela. Nisso eu acho que se ela estivesse sozinha seria pior” (A4) (Aguiar, 2010, p.131-132)

Nos casos em que o acompanhante é o pai do recém-nascido, a sua participação nesse momento fortalece o vínculo familiar, possibilita a criação de laços entre pai e filho, fortalece a relação entre o casal e gera maior valorização da mulher. Ainda, a presença do pai durante o nascimento auxilia no estímulo à paternidade responsável, além de prevenir de situações de violência e abandono paterno (Aguiar, 2010; Anjos; Gouveia, 2019).

As mulheres também enfatizam a relevância da participação do acompanhante no trabalho de parto, pois ele fornece apoio físico por meio de massagem, toque, segurar a mão, contribuindo para que a gestante tenha uma experiência positiva:

[...] Ter alguém conhecido perto, ajudou muito, que a dor dá e ela dava massagem nas suas costas (E4).

[...] Quem ficou foi minha tia. Mas ela me deu bastante apoio e tudo, depois que ela chegou foi que eu fiquei mais calma (E5).

Meu esposo, foi bom né, me senti um pouco aliviada do que estar só, né, ele ajudou bastante, eu segurava muito a mão dele, né [...] Ele me dizia que eu tivesse paciência e força que ia sair bem (E6) (Dodou *et al.*, 2014, p. 5).

O acompanhante exerce uma influência significativa sobre a gestante, orientando-a na tomada de decisões, bem como ajudando a amenizar a solidão e as dores do trabalho de parto e parto, “seja pelo apoio emocional e/ou pelo conforto físico proporcionado, como, por exemplo, massagens, encorajamento, carinho e auxílio com a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor” (Anjos; Gouveia, 2019, p. 6). Para as mulheres grávidas do primeiro filho ou que se tornaram mãe muito novas, a presença do acompanhante é ainda mais importante, pois transmitem segurança, conselhos e acalmam ante o medo do desconhecido

A minha tia que tava me acompanhando. É fundamental, sabia? [...] A minha tia pelo fato dela ser calma, ter mais experiência, ela me passou mais segurança mesmo. Tudo que ela mandava eu fazer, eu fazia. Foi assim que a minha filha nasceu mais rápido também (E5).

[...] Me agarrei na minha mãe, é bom porque ela me acalmava me aconselhava, e como era o primeiro filho eu tava muito nervosa, eu tava com muito calor e ela ficava me abanando (E8) (Dodou *et al.*, 2014, p. 5).

A relação entre os profissionais da saúde e o acompanhante também deve ser estimulada, a sua presença não deve ser interpretada apenas como defensor da gestante, para assegurar seus direitos e fiscalizar a atuação do profissional. O acompanhamento visa colaborar e facilitar no andamento da gestação e nascimento, proporcionando apoio físico e emocional, assistência prática e contribuir para a humanização do parto e nascimento.

Por fim, para maior participação do acompanhante, é imprescindível que ele seja inserido no ambiente da gestação desde o início, frequentando as consultas no pré-parto e sendo instruído por meio de cursos e orientações sobre o seu papel a ser desempenhado no transcorrer do parto.

4. RESPONSABILIDADE CIVIL NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A atuação do médico e demais profissionais de saúde no acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal é essencial para que a puérpera tenha uma gestação tranquila e receba o tratamento adequado, caso haja alguma complicação durante esse período.

O profissional, ao prestar seus serviços, deve atuar com diligência e conhecimento técnico visando o bem-estar da gestante e do recém-nascido, do contrário poderá ser responsabilizado caso fique comprovado o erro médico. Dessa forma, dentre as possibilidades de aplicação da responsabilidade civil temos a do profissional da saúde, com o intuito de indenizar ou compensar os danos causados à vítima.

Neste capítulo compreenderemos o conceito da responsabilidade civil, seus elementos, subdivisões e, por fim, a sua aplicação no contexto da prática de violência obstétrica por profissionais da saúde.

4.1. CONCEITO DE RESPONSABILIDADE CIVIL E SEUS ELEMENTOS

O instituto da responsabilidade civil surge para substituir a vingança privada, pois antes da sua instituição, as pessoas costumavam buscar vingança por conta própria quando sofriam algum dano ou agravo nas mãos de outrem, mas com o avanço da civilização houve a necessidade de um sistema organizado e justo para lidar com tais situações.

Ao invés de perpetuar a vingança como meio de reação de um indivíduo pelo mal sofrido por outrem, esse instituto introduz procedimentos que visam restaurar o *status quo ante*, ou, na sua impossibilidade, o pagamento de indenização, caso seja possível quantificar o dano, ou de uma compensação, no caso de não ser possível valorar o dano (Pamplona Filho; Gagliano, 2019).

A etimologia da palavra “responsabilidade” tem origem do latim *respondere* e se refere a obrigação que cada indivíduo possui de assumir as consequências jurídicas de suas ações ou omissões, seria, então, a obrigação de restituir ou ressarcir aquele que sofreu o dano (Pamplona Filho; Gagliano, 2019; Gonçalves, 2021). Tartuce (2022), argumenta que a responsabilidade civil ocorre quando há o descumprimento de obrigações, mediante o desrespeito a regras contratuais ou à não observância de preceitos normativos, resultando, respectivamente, na responsabilidade civil contratual e na responsabilidade civil extracontratual.

Diniz, conceitua a responsabilidade civil como sendo:

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

Em conformidade, Pamplona Filho e Gagliano estabelecem que:

responsabilidade, para o Direito, nada mais é, portanto, que uma obrigação derivada — um dever jurídico sucessivo — de assumir as consequências jurídicas de um fato, consequências essas que podem variar (reparação dos danos e/ou punição pessoal do agente lesionante) de acordo com os interesses lesados (2019, p. 46).

Uma vez que a responsabilidade decorre de toda ação ou omissão do homem que cause prejuízo a terceiro, o estudo desse instituto engloba os princípios e normas que regem a obrigação de compensar os prejuízos causados. A responsabilidade civil exprime a ideia de restaurar equilíbrio, reparar o dano e restabelecer a harmonia anteriormente existente. Além disso, caracteriza-se como um dever jurídico secundário que surge quando há violação de um dever jurídico originário. Essa violação, provoca danos a outrem e ocasiona a necessidade de ressarcir os prejuízos decorrentes da obrigação descumprida (Cavaliere Filho, 2014; Gonçalves, 2021; Venosa, 2017).

Salienta-se que, diversas causas jurídicas podem originar a obrigação de indenização, incluindo o ato ilícito, que diz respeito a lesão antijurídica e culposa dos direitos que todos devem observar. Como exemplo, podemos citar a violação à integridade física de outrem que, frequentemente, resulta em danos e, por consequência, na obrigação de repará-los (Cavaliere Filho, 2014).

Isto posto, podemos afirmar que a responsabilidade civil do profissional da saúde está relacionada ao desvio de conduta deste, pois sempre que a não observância aos direitos resultar em danos para a parturiente e/ou o recém-nascido, haverá a obrigação legal de indenizar. Com efeito, somente é possível a responsabilização se, por causa da violação de determinado direito, ficar constatado que houve prejuízo para a vítima, consoante determina o art. 927 do Código Civil.

Para o doutrinador Flávio Tartuce (2022), o ato ilícito indenizante refere-se a uma conduta humana que contraria a ordem jurídica, infringindo direitos subjetivos privados e causando danos a outrem, conforme preceitua o art. 186 do Código Civil. Em continuidade, o art. 187 do mesmo Código estabelece a teoria do abuso de direito como um ato ilícito, assim, “também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente

os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes” (Brasil, 2002), nessa situação, o ato é considerado lícito em seu conteúdo, todavia, sua execução ultrapassou os limites estabelecidos, tornando tanto a execução quanto suas consequências ilícitas.

É sabido que a violência sofrida pela parturiente durante o ciclo gestacional e puerpério gera sequelas físicas e psicológicas que, muitas vezes, perduram por toda a vida. Por isso, ficando comprovado que os danos sofridos foram provocados por causa da ação, omissão, negligência ou imprudência do autor, torna-se necessário proporcionar à vítima uma reparação ou compensação adequada.

A violência obstétrica é caracterizada pela apropriação do corpo da parturiente e dos seus processos reprodutivos, se expressando através de tratamentos desumanos, maus tratos físicos, abusos psicológicos e sexuais, bem como, procedimentos desnecessários e danosos. Tais atos não se restringem apenas aos profissionais da saúde, podendo ser cometidos por servidores públicos, técnico-administrativos em instituições públicas e privadas, bem como por civis (Ciello *et al.*, 2012). Assim, a responsabilidade civil não recai somente sobre o profissional da saúde, mas abrange todos os funcionários envolvidos no atendimento à parturiente, desde o pré-parto até o pós parto.

Para que se configure a responsabilidade civil é necessário que estejam presentes aqueles elementos que são extraídos da análise do art. 186 do Código Civil, contudo, há uma divergência doutrinária no que diz respeito aos pressupostos.

No entender de Diniz (2009) existem três pressupostos, sendo eles: ação comissiva ou omissiva, dano e nexo de causalidade entre dano e ação.

Em contrapartida, Gonçalves (2021) estabelece quatro pressupostos, que são: ação ou omissão, culpa ou dolo do agente, relação de causalidade e dano. Esse também é o entendimento de Flávio Tartuce, que aponta a existência de quatro pressupostos do dever de indenizar: conduta humana, culpa genérica, nexo de causalidade e dano ou prejuízo. Para ele, “ainda prevalece o entendimento pelo qual a culpa em sentido amplo ou genérico é sim elemento essencial da responsabilidade civil” (2022, p. 515).

A seguir, serão abordados cada um dos elementos da responsabilidade civil acima descritos.

4.1.1. Conduta humana

Como analisado, a responsabilidade civil se manifesta na obrigação de reparar os danos resultantes de ação ou omissão do ser humano. Dessa forma, os eventos da natureza que possam causar danos, não geram responsabilidade civil, uma vez que não podem ser atribuídos ao homem. Nesse contexto, compreendemos que a conduta humana é elemento essencial desse instituto, assim, somente atos praticados ou não por indivíduos ou entidades jurídicas são passíveis de serem civilmente responsabilizados (Pamplona Filho; Gagliano, 2019).

Extrai-se do art. 187 do Código Civil que a conduta humana se expressa através da ação (conduta positiva) ou omissão (conduta negativa) voluntária, produzindo efeitos jurídicos. A voluntariedade é fundamental para que a conduta humana seja reconhecida, porque somente será responsabilizado o autor que tiver total liberdade para agir conforme a sua vontade e for imputável. Caso não haja ação voluntária, não haverá conduta humana e, nem tampouco, responsabilidade civil (Pamplona Filho; Gagliano, 2019).

Para Cavalieri Filho (2014), o meio mais frequente de exteriorizar a conduta humana é mediante uma ação, pois, uma vez que o indivíduo deve evitar a prática de atos que possam causar prejuízos a terceiros, a sua violação se manifesta através de um fazer. Como regra, a ação humana que resulta na responsabilidade civil deve ser revestida de ilicitude, no entanto, há situações em que ações ilícitas podem levar à responsabilização, desde que haja previsão no ordenamento jurídico. Pamplona Filho e Gagliano explicam dessa maneira:

Sem ignorarmos que a antijuridicidade, como regra geral, acompanha a ação humana desencadeadora da responsabilidade, entendemos que a imposição do dever de indenizar poderá existir mesmo quando o sujeito atua lícitamente. Em outras palavras: poderá haver responsabilidade civil sem necessariamente haver antijuridicidade, ainda que excepcionalmente, por força de norma legal. Por isso não se pode dizer que a ilicitude acompanha necessariamente a ação humana danosa ensejadora da responsabilização (2019, p. 78).

Ainda a respeito da conduta, também poderá ser manifestada por meio da omissão que se caracteriza pela abstenção de um dever fazer. Nesse caso, para que a omissão tenha relevância jurídica, é imprescindível que exista um dever jurídico de realizar determinada ação e que seja certificado de que o prejuízo poderia ser evitado caso o indivíduo tivesse realizado o ato para impedir o resultado. Esse dever jurídico ou de não omissão, pode derivar da lei, do negócio jurídico ou do surgimento de alguma situação especial de perigo. Assim, o indivíduo somente poderá ser responsabilizado por sua omissão caso se encontre em situação que lhe obrigue a agir para evitar o resultado (Gonçalves, 2021; Cavalieri Filho, 2014).

É importante ressaltar que na conduta omissiva também deve estar presente a voluntariedade, caso esse requisito esteja ausente, não haverá conduta na omissão e, conseqüentemente, não será possível responsabilizar o agente.

Ademais, além da responsabilização por ato próprio, o Código Civil ainda prevê a responsabilidade civil por ato de terceiro, por fato de animal e por fato de coisa inanimada, conforme disposto nos arts. 932, 936, 937 e 938, *in verbis*:

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.

Art. 936. O dono, ou detentor, do animal ressarcirá o dano por este causado, se não provar culpa da vítima ou força maior.

Art. 937. O dono de edifício ou construção responde pelos danos que resultarem de sua ruína, se esta provier de falta de reparos, cuja necessidade fosse manifesta.

Art. 938. Aquele que habitar prédio, ou parte dele, responde pelo dano proveniente das coisas que dele caírem ou forem lançadas em lugar indevido (Brasil, 2002).

Por fim, a responsabilidade civil, seja por ato próprio ou de terceiro, apenas será possível se houver conduta humana contrária ao direito e que provoque danos.

4.1.2. Culpa genérica

O dever de indenizar não se concretiza apenas com a conduta humana e a ocorrência do dano, é igualmente fundamental que o agente aja com culpa, através de ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, conforme definido pelo art. 186 do Código Civil. No estudo da responsabilidade civil, seja ela objetiva ou subjetiva, considera-se a culpa genérica ou culpa *lato sensu*, que abarca tanto o dolo quanto a culpa estrita ou *stricto sensu*. Agir culposamente implica que o agente, diante da situação em que se encontra, tinha a liberdade de agir de modo diverso, e assim devia fazer, para evitar o resultado danoso, mas não o fez, portanto, merece a reprovação jurídica (Gonçalves, 2021).

A primeira parte do art. 186 do Código Civil compreende o dolo, qual seja a ação ou omissão voluntária do agente. O dolo pode ser compreendido como a violação deliberada de um direito, na qual o sujeito age de maneira intencional e consciente, almejando a produção

de um resultado lesivo. Dessa forma, no dolo a conduta voluntária do agente é ilícita desde o princípio, pois existe a intenção de infringir direito alheio e gerar dano (Gonçalves, 2021).

Já na culpa em sentido estrito, a conduta é originalmente lícita, mas torna-se ilícita a partir do momento em que se desvia dos padrões adequados e, conseqüente da ausência de diligência, gera o dano. Nesse caso, a culpa se caracteriza pela imperícia, imprudência ou negligência do autor, pois não queria o resultado, mas, por faltar com observância ao dever geral de cautela, violou dever jurídico originário e causou prejuízo a terceiros (Gonçalves, 2021).

Cavaliere Filho (2014, p. 50), estabelece três elementos que caracterizam a culpa, sendo eles "conduta voluntária com resultado involuntário, previsão ou previsibilidade e falta de cuidado, cautela, diligência ou atenção". Em relação ao primeiro elemento, como mencionado alhures, o agente busca somente a realização da conduta e não a sua consequência. Contudo, a consequência pode ser prevista ou previsível, enquanto nesse caso o agente tem a possibilidade de prever o resultado da sua ação, podendo, assim, evitá-la, naquele há a previsão do resultado. Quanto ao último elemento, a imprudência se manifesta na falta de cuidado ou cautela nos casos de conduta positiva, já a negligência é evidenciada em situações de conduta negativa, por fim, a imperícia resulta da ausência de qualificação necessária para exercer função, profissão ou arte específica.

Entre as várias classificações de culpa, é importante destacar aquela que considera os diferentes graus de culpa, podendo ser classificadas em três categorias: grave, leve e levíssima.

A culpa será grave quando houver negligência ou imprudência inescusável, caso em que o agente atua com total descuido. Já a culpa leve está relacionada àquela conduta em que o resultado poderia ter sido evitado se o agente agisse com a diligência do homem comum. Por sua vez, a culpa levíssima é comprovada quando há falta de atenção extraordinária, uma situação que somente alguém que detém habilidades especiais ou conhecimento excepcional poderia evitar (Tartuce, 2022).

O Código Civil, em seu art. 944, parágrafo único, determina que "se houver excessiva desproporção entre a gravidade da culpa e o dano, poderá o juiz reduzir, equitativamente, a indenização", portanto, a distinção entre os graus da culpa e os critérios de sua avaliação são úteis para efeito de mensurar a obrigação de indenização.

Todavia, a doutrina entende que aplicação do referido artigo deve ser restrita. De acordo com Cavaliere Filho (2014), somente deve ser aplicado em situações de culpa levíssima, excluindo a aplicação na responsabilidade objetiva, uma vez que a culpa não tem

relevância. Introduzindo outro aspecto nessa discussão, Farias *et al.* (2022), elucida que a dignidade humana impede a plena reparação do dano em casos que, para alcançá-la, leve o autor à ruína. Em sua perspectiva, a gravidade da culpa influencia apenas na extensão da obrigação de indenizar para que não ultrapasse um limite humanitário.

4.1.3. Nexo de causalidade

O nexo de causalidade é um elemento fundamental para determinar a responsabilidade civil e, conseqüentemente, a obrigação de ressarcir. Configura-se como a relação entre a conduta humana voluntária (positiva ou negativa) e o dano resultante. Portanto, a ausência desse vínculo implica a inexistência de um dever de indenização.

Tartuce, ao conceituar o nexo de causalidade, afirma que:

pode-se imaginar o nexo de causalidade tal qual um *cano virtual*, que liga os elementos da conduta e do dano. [...] Ora, a responsabilidade civil, mesmo objetiva, não pode existir sem a relação de causalidade entre o dano e a conduta do agente. Se houver dano sem que a sua causa esteja relacionada com o comportamento do suposto ofensor, inexistente a relação de causalidade, não havendo a obrigação de indenizar (2022, p. 1.120).

Nesse sentido, quando a vítima sofre um dano é necessário que esse dano seja decorrente da conduta do agente, assim, o dano somente dará ensejo à responsabilidade quando for possível estabelecer um nexo causal entre ele e o agente. É essencial confirmar que, sem a ação do agente, o prejuízo não teria ocorrido, do contrário, não há nexos de causalidade (Gonçalves, 2021).

A doutrina estabelece três teorias acerca do nexos causal, quais sejam: a da equivalência das condições, a da causalidade adequada e a da causalidade direta ou imediata.

A teoria da equivalência das condições determina que a existência do dano ocorre porque todas as condições dão causa ao mesmo resultado. Portanto, todos os fatos que contribuem para produção do dano são considerados como causa, independente de terem mais ou menos relevância, e geram a responsabilidade civil, pois não há diferença entre os antecedentes do resultado danoso (Pamplona Filho; Gagliano, 2021; Cavalieri Filho, 2014).

Para Caio Mário, citando De Page, essa teoria

“em sua essência, sustenta que, em havendo culpa, todas as ‘condições’ de um dano são ‘equivalentes’, isto é, todos os elementos que, ‘de uma certa maneira concorreram para a sua realização, consideram-se como ‘causas’, sem a necessidade de determinar, no encadeamento dos fatos que antecederam o evento danoso, qual

deles pode ser apontado como sendo o que de modo imediato provocou a efetivação do prejuízo” (2018, p. 110).

Diante da ausência de definição da ação responsável pelo resultado, há inúmeras críticas doutrinárias a essa teoria. Ocorre que, em determinadas situações há maior dificuldade para identificar a conduta específica que deu causa ao dano, podendo levar a uma regressão infinita do nexo de causalidade na tentativa de encontrar a ação primária e, conseqüentemente, a responsabilização de inúmeros agentes.

A segunda teoria, da causalidade adequada, diverge da teoria anterior, pois defende que não são todas as condições que podem ser consideradas como causa, mas apenas aquela que seja mais adequada para a produção do resultado (Pamplona Filho; Gagliano, 2019). Em conformidade, o doutrinador Cavalieri Filho aponta que:

Causa, para ela, é o antecedente não só necessário mas, também, adequado à produção do resultado. Logo, se várias condições concorreram para determinado resultado, nem todas serão causas, mas somente aquela que for a mais adequada à produção do evento. Diferentemente da teoria anterior, esta faz distinção entre causa e condição, entre os antecedentes que tiveram maior ou menor relevância (2014, p. 65).

Assim, quando ocorre uma violação do direito alheio e um dano, é necessário examinar se há nexo causal entre eles, ou seja, se o evento que deu origem ao dano foi, de fato, a sua causa. Se o dano sofrido pela vítima resultou de uma circunstância acidental, então, o evento não será considerado a causa adequada.

Pamplona Filho e Gagliano (2019), expressam críticas a essa teoria, argumentando que, devido a ampla discricionariedade concedida ao juiz para avaliar se o evento em questão pode ser considerado como causa do dano resultante, isso pode resultar em decisões que se distanciam consideravelmente da realidade da situação específica.

Por fim, temos a teoria da causalidade direta ou imediata, também conhecida como teoria da interrupção do nexo causal. Segundo tal teoria, deve existir uma relação de causa e efeito direta e imediata entre a conduta e o resultado danoso, dessa forma, a causa seria apenas o fato que antecede ao dano estando intrinsecamente ligados. Sendo assim, o autor somente será responsabilizado pelos danos decorrentes direta e imediatamente de sua conduta. Logo, se houver violação do direito por parte do terceiro, o nexo causal será interrompido e, conseqüentemente, o autor não será responsabilizado (Pamplona Filho; Gagliano, 2019; Gonçalves, 2021).

Segundo a doutrina, o ordenamento jurídico brasileiro adotou a teoria da causalidade adequada, presente nos arts. 944 e 945 do Código Civil, e a teoria da causalidade direta ou imediata, disposta no art. 403 do mesmo Código.

4.1.4. Dano ou prejuízo

O dano pode ser compreendido como qualquer conduta humana voluntária que cause prejuízo a um bem jurídico protegido. Gonçalves (2021) elucida que o conceito clássico de dano é associado ao âmbito patrimonial, uma vez que, em sentido estrito, o dano é caracterizado como uma conduta que resulta na lesão e, conseqüentemente, na diminuição do patrimônio. No entanto, em sentido amplo, o dano é mais abrangente, sendo definido como a lesão a qualquer bem jurídico, assim, engloba não apenas o patrimônio, mas também direitos como a honra, a saúde e a vida, os quais são considerados relevantes e passíveis de proteção.

É fundamental destacar que o dever de indenizar está intrinsecamente ligado à existência do dano, isso significa que a responsabilidade civil somente é aplicada quando o dano for evidente. Além disso, para a responsabilização somente interessa o dano indenizável, ou seja, aquele que efetivamente gere prejuízo à vítima, seja em termos patrimoniais ou extrapatrimoniais.

Nesse contexto, Cavalieri Filho preceitua que

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 (2014, p. 92).

Esse entendimento coaduna com o disposto no Código Civil que, em seu art. 927, estabelece a obrigação de reparar o dano decorrente de conduta ilícita. A reparação do prejuízo tem como objetivo principal restaurar o *status quo ante*, quando for possível, contudo, nos casos em que a restauração total seja inviável, efetua-se a compensação através do pagamento de indenização monetária, com o intuito de ressarcir a vítima pelos prejuízos sofridos (Gonçalves, 2021).

Todavia, para que a indenização do prejuízo seja viável é importante que estejam presentes os seguintes quesitos: a violação de um interesse jurídico, de natureza patrimonial

ou extrapatrimonial, de pessoa física ou entidade jurídica, a comprovação da existência do prejuízo, não sendo possível responsabilizar por danos hipotéticos, e a continuidade do prejuízo, uma vez que, se o autor já tiver reparado voluntariamente, a responsabilização não será necessária (Pamplona Filho; Gagliano, 2019).

A doutrina classifica o dano em material ou patrimonial e moral ou extrapatrimonial. A seguir veremos suas respectivas definições.

4.1.4.1. Dano moral ou patrimonial

O dano material pode ser conceituado como a lesão causada ao patrimônio da vítima, nesse caso, quando o dano atinge a relação entre a pessoa e bens economicamente mensuráveis, ocorre a responsabilidade patrimonial. Para Venosa (2017, p. 415), “dano patrimonial, portanto, é aquele suscetível de avaliação pecuniária, podendo ser reparado por reposição em dinheiro, denominador comum da indenização”.

Em determinados casos, o dano material pode ser subdividido em danos emergentes e lucros cessantes. Enquanto estes referem-se ao efetivo prejuízo que a vítima teve, aqueles dizem respeito ao que razoavelmente a vítima deixou de lucrar. Em ambos os casos é necessário a comprovação do prejuízo para que o ressarcimento seja viável (Pamplona Filho; Gagliano, 2019).

Ressalta-se, ainda, que os direitos extrapatrimoniais também podem ocasionar danos patrimoniais, conforme explicita Cavalieri Filho:

nem sempre, todavia, o dano patrimonial resulta da lesão de bens ou interesses patrimoniais. [...] A violação de bens personalíssimos, como o bom nome, a reputação, a saúde, a imagem e a própria honra, pode refletir no patrimônio da vítima, gerando perda de receitas ou realização de despesas - o médico difamado perde a sua clientela -, o que para alguns autores configura o dano patrimonial indireto (2014, p. 94).

No contexto da violência obstétrica, a lesão causada a integridade física da parturiente pode acarretar, de forma indireta, danos patrimoniais que devem ser reparados. Nesse sentido, Diniz preceitua que:

a integridade física é um bem suscetível de apreciação pecuniária, de modo que sua perda deverá ser reparada, levando-se em conta não só todas as manifestações, atuais e futuras da atividade que possam ser avaliadas, mas também as circunstâncias relativas àqueles que o pleiteiam a indenização (2009, p. 76).

Deve-se reconhecer que as lesões provocadas a gestante e/ou o neonato podem ocasionar despesas médicas, incapacidade temporária para o trabalho e, por consequência, diminuição de renda, além de despesas a longo prazo a depender do caso. Para isso, o art. 949 do Código Civil impõe que “no caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido” (Brasil, 2002).

4.1.4.2. Dano material ou extrapatrimonial

O dano moral se caracteriza pela violação dos direitos fundamentais da personalidade, sem gerar prejuízo ao patrimônio da vítima, portanto, resulta na ausência de uma compensação financeira objetiva. Por serem direitos personalíssimos, são danos de difícil avaliação pecuniária e, por consequência, em muitos casos trata-se de indenizar algo que transcende a mensuração econômica (Venosa, 2017).

A Constituição Federal consagra em seu art. 5º, incisos V e X, o direito de indenização pelo dano material, vejamos:

Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]

V- é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem;

[...]

X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação. (Brasil, 1988).

Nesse contexto, o dano moral pode ser compreendido por duas categorias: em sentido estrito e em sentido amplo. Enquanto o primeiro diz respeito à violação do direito à dignidade, o segundo abrange a violação dos direitos da personalidade em diversos graus, incluindo todas as formas de ofensas ao homem, configurando-se, assim, como agressões a direitos e atributos intrínsecos da personalidade. Como exemplo desse tipo de violação, podemos mencionar a lesão ao bom nome, a reputação, relações afetivas (Cavaliere Filho, 2014).

Conforme Gonçalves (2022), a dor, a angústia, o desgosto, o vexame e a humilhação não são elementos do dano moral em si, mas, em vez disso, representam as consequências desse dano. Assim, é perceptível que a violência obstétrica pode provocar graves

consequências para a saúde mental da mulher que, por consequência, pode ser ressarcida caso fique comprovado o dano moral sofrido.

Por fim, cabe ressaltar que uma única situação pode desencadear diversas consequências lesivas, tanto de natureza moral quanto material e, portanto, é possível a cumulação de reparações por danos. Nesse sentido é o entendimento do Supremo Tribunal de Justiça (STJ), em sua Súmula 37, *in verbis*: "são cumulativas as indenizações por dano material e dano moral, oriundos do mesmo fato" (STJ, 1992).

4.2. RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA E SUBJETIVA

Conforme demonstrado, a configuração da responsabilidade civil requer a presença dos elementos anteriormente estudados. No entanto, com relação ao pressuposto da culpa sua relevância varia de acordo com a classificação da responsabilidade em questão, assim, a presença ou ausência da culpa, como elemento da obrigação de indenizar, pode ser ou não requisito essencial para responsabilização.

O ordenamento jurídico brasileiro adotou, em seu art. 186 do Código Civil, como regra geral, a responsabilidade subjetiva. Essa forma de responsabilização surge em decorrência da lesão causada por suas ações dolosas ou culposas, com a premissa fundamental de que o autor do ato responde pela sua própria culpa. Baseada na teoria da culpa, o autor somente será responsabilizado civilmente caso seja comprovado que agiu com culpa (Pamplona Filho; Gagliano, 2019; Tartuce, 2022).

Todavia, há situações em que não é necessário examinar se houve ou não culpa para estabelecer o dever de indenizar. Nesse caso, estamos diante da obrigação objetiva, na qual o dolo ou a culpa na conduta humana não possuem relevância jurídica, sendo suficiente apenas a presença do dano e do nexo causal. Na responsabilidade objetiva, todo prejuízo é passível de indenização e deve ser reparado pelo autor, independente de culpa (Pamplona Filho; Gagliano, 2019).

O Código Civil admitiu expressamente a responsabilidade objetiva mediante o exposto em seu art. 927, parágrafo único, *in verbis*:

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

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

Dessa forma, a legislação impõe a obrigação de indenizar a determinadas pessoas em situações específicas. Como exemplo de responsabilidade objetiva pode ser mencionado a dos fornecedores de produtos e prestadores de serviços aos consumidores, regulada pelo Código de Defesa do Consumidor, a responsabilidade civil ambiental, estabelecida pela Lei da Política Nacional do Meio Ambiente e os casos decorrentes de acidente de trabalho (Tartuce, 2022).

Assim, a responsabilidade objetiva consagra a teoria do risco. Segundo o doutrinador Gonçalves:

Para esta teoria, toda pessoa que exerce alguma atividade cria um risco de dano para terceiros. E deve ser obrigada a repará-lo, ainda que sua conduta seja isenta de culpa. A responsabilidade civil desloca-se da noção de culpa para a ideia de risco, ora encarada como “risco-proveito”, que se funda no princípio segundo o qual é reparável o dano causado a outrem em consequência de uma atividade realizada em benefício do responsável (*ubi emolumentum, ibi onus*); ora mais genericamente como “risco criado”, a que se subordina todo aquele que, sem indagação de culpa, expuser alguém a suportá-lo (2022, p. 21).

Venosa (2017), elucida que para o direito moderno, a responsabilidade objetiva é analisada sob o prisma do risco e do dano, logo o dever de indenizar não é somente por causa da existência do risco, mas também porque existe um dano. Nesse caso, a teoria do risco considera a exposição ao perigo resultante da conduta do autor, ou seja, a capacidade de gerar danos.

4.3. RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA DIANTE DA PRÁTICA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A relação entre médico e paciente vai além da identificação da doença e da prescrição de tratamento, ela está intrinsecamente ligada à confiança e à responsabilidade. Envolve a capacidade de enxergar o ser humano por trás do paciente, por vezes apreensivo e temeroso em relação ao diagnóstico. Nas palavras de Farias *et al.* (2017, p. 748), “espera-se que médico esteja adequadamente informado sobre seu campo de atuação profissional e que aja, a todo tempo, de forma leal, correta, transparente, responsável. Que aja, enfim, banhado pela boa-fé objetiva”.

Em conformidade o Conselho Federal de Medicina expressa que:

Princípios Fundamentais

[...]

VI - o médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício, mesmo depois da morte. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativas contra sua dignidade e integridade (2019, p. 15,).

Portanto, é essencial que o profissional exerça sua atividade com diligência e precaução, priorizando sempre o bem-estar do paciente. A saúde, direito fundamental consagrado na Constituição Federal, necessita de proteção semelhante aos demais direitos. Assim, caso o médico atue de maneira displicente poderá responder civilmente por seus atos. A responsabilidade civil é o instituto para reparar prejuízos decorrentes de ações ou omissões de profissionais de saúde em relação à saúde de terceiros.

Especificamente, a obstetrícia é uma área médica que carece de maior atenção jurídica no que diz respeito aos casos de danos decorrentes da prática de violência obstétrica, devido à situação de vulnerabilidade e fragilidade da parturiente que muitas vezes não possui pleno conhecimento de seus direitos e confia inteiramente no profissional.

Segundo Pamplona Filho e Gagliano, a responsabilidade que o médico têm no exercício da sua profissão é contratual, pois “o exercício do ofício pressupõe, em condições normais, a interatividade da realização de um negócio jurídico, em que o profissional se obriga a realizar determinada atividade pactuada” (2019, p. 284). Assim, havendo o descumprimento da obrigação nasce o dever de reparar o dano.

Contudo, é importante mencionar que na relação contratual há a obrigação de meio e de resultado, nesta o profissional encontra-se obrigado a produzir o resultado convencionado, enquanto naquela há a obrigação de exercer sua atividade tendo em vista o resultado, mas não se submete a alcançá-lo. Em geral, há para o médico a obrigação de meio, pois, mesmo atuando dentro das regras da sua profissão e com diligência, não pode assegurar o resultado (Pamplona Filho; Gagliano, 2019).

Em ambas as situações, para que se caracterize a responsabilidade, deve estar presente o elemento da culpa, configurando, então, a responsabilidade subjetiva do médico. Vejamos:

a responsabilidade médica, embora contratual, é subjetiva e com culpa provada. Não decorre do mero insucesso no diagnóstico ou no tratamento, seja clínico ou cirúrgico. Caberá ao paciente, ou aos seus herdeiros, demonstrar que o resultado funesto do tratamento teve por causa a negligência, imprudência ou imperícia do médico (Cavaliere Filho, 2014, p. 432).

Esse também é o entendimento do STJ, o qual reafirma ser essencial a comprovação da culpa, bem como do nexo de causalidade entre a sua ação ou omissão e o resultado danoso, para que o profissional médico seja responsabilizado.

O Código Civil preceitua em seu art. 951 sobre a responsabilidade civil que “o disposto nos arts. 948, 949 e 950, aplicam-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho” (Brasil, 2002). Os artigos mencionados tratam, respectivamente, do homicídio, da lesão ou ofensa à saúde e do defeito na vítima que lhe impossibilite de exercer seu ofício ou profissão ou que reduza sua capacidade para trabalhar.

No mesmo sentido, o Código de Defesa do Consumidor dispõe no art. 14, § 4º: “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa” (Brasil, 1990). O doutrinador Venosa (2017), explica que o referido dispositivo aborda a responsabilidade dos profissionais liberais e, portanto, inclui os enfermeiros na medida da sua relação com o paciente.

Como abordado nos capítulos anteriores, a prática de violência obstétrica nos hospitais é muito comum e envolve não apenas médicos como também enfermeiros. No entanto, estabelecer o nexo causal entre a conduta desses profissionais e os resultados danosos é uma tarefa complexa e, por esse motivo, a presença da culpa é essencial na determinação da responsabilidade.

Contudo, nem todo dano será passível de indenização, isso ocorre devido a particularidade e falta de precisão inerente à profissão e, portanto, mesmo que o profissional aja com cautela, lesões podem ocorrer sem que a culpa seja estabelecida.

Para averiguar a culpa diante da ação ou omissão do profissional é fundamental que o magistrado, considerando as circunstâncias do caso, determine os cuidados necessários que o autor deveria ter tomado em relação ao paciente e, em seguida, compare a conduta com o fato ocorrido na situação. Ficando em evidência que não houve a observância dos cuidados apropriados, o profissional agiu com culpa e, por consequência, deve ser responsabilizado civil e proporcionalmente à sua culpa (Cavaliere Filho, 2014).

Ante o exposto, vejamos algumas decisões dos Tribunais brasileiros que reconhecem a responsabilidade civil do médico nos casos de violência obstétrica.

**RESPONSABILIDADE CIVIL – DANO MORAL - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.
Direito ao parto humanizado é direito fundamental. Direito da apelada à assistência digna e respeitosa durante o parto que não foi observado. As**

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

O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), identificou a responsabilização diante da violação de direitos fundamentais da gestante, configurando a violência obstétrica uma vez que a vítima teve o seu direito ao acompanhante durante o trabalho de parto negado, bem como sofreu violência psicológica pois foi agredida verbalmente, teve um atendimento desumano e, após o nascimento do seu filho, foi privado do contato imediato.

Ainda, em outro caso, o TJSP reconheceu que a parte autora foi vítima de violência obstétrica diante da imperícia médica e na utilização do fórceps, instrumento não recomendado pela OMS, que resultou em lesões permanentes no recém-nascido, como segue:

Apelações Cíveis. Responsabilidade civil – Ação de indenização por danos materiais, morais e estéticos – **Erro médico** – Alegação de imperícia médica, violência obstétrica e falha na prestação de serviços durante a realização de parto que resultaram em anoxia neonatal com quadro de paralisia cerebral com quadriplegia espástica – Ajuizamento pelos pais e pelo menor em face da médica, do hospital e da operadora do plano de saúde – Sentença que julgou parcialmente procedente a ação, condenando solidariamente os réus ao custeio do tratamento médico do menor, ao pagamento de indenização por danos morais e estéticos e ao pagamento de pensão mensal vitalícia – Recursos de apelação interpostos pelos autores e por todos os réus – Responsabilidade solidária dos fornecedores e prestadores de serviço que integram a cadeia de consumo, incluída a operadora de plano de saúde – Elementos dos autos que comprovam ter a coautora Rosana sido vítima de violência obstétrica – Provas documental e pericial que também permitem concluir ter havido falha grave na prestação dos serviços médicos e hospitalares – **Prontuário da paciente com graves incongruências – Ausência de controle dos batimentos cardíacos fetais – Parturiente que foi colocada em posição de litotomia, depois da realização da raquianestesia, o que não é recomendado – Quadro clínico da parturiente que também não recomendava a utilização de fórceps – Conjunto de condutas que, unidas, levaram à realização de parto fora do protocolo clínico, que certamente levaram a sofrimento fetal e anoxia, bem como à paralisia cerebral** – Responsabilidade civil configurada – Danos morais e estéticos caracterizados – Redução da indenização fixada a título de danos morais de R\$ 74.850,00 para R\$ 50.000,00 para cada autor, em atendimento aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade e consideradas as circunstâncias do caso concreto e condições econômicas das partes – Redução da indenização por danos estéticos devida ao coautor Enrique de R\$ 74.850,00 para R\$ 50.000,00 – Juros de mora que devem incidir a partir da citação, por se tratar de hipótese de

responsabilidade civil contratual – Pagamento de pensão mensal vitalícia ao coautor Enrique que também é devido, reputando-se razoável o valor arbitrado pela R. Sentença – Lucros cessantes não comprovados – Cabimento do reembolso das despesas com deslocamento para a realização de tratamentos de saúde do coautor Enrique que não possam ser realizados na cidade em que reside o menor, mediante comprovação – Sucumbência mantida – Recursos providos em parte. Dá-se provimento em parte aos recursos. (TJSP, 2020).

Em sequência, a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás (TJGO) confirmou a responsabilidade subjetiva do médico diante da comprovação de que agiu com negligência, provocando o agravamento do estado de saúde da vítima e, conseqüentemente, as sequelas ocasionadas, configurando o nexu causal, como segue:

DUPLA APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS, MATERIAIS E ESTÉTICOS. **ERRO MÉDICO. PARTO NORMAL. COMPLICAÇÕES. RESPONSABILIDADE CIVIL SUBJETIVA DO MÉDICO. RESPONSABILIDADE CIVIL DO HOSPITAL. SOLIDARIEDADE. VÍNCULO.** 1. No que diz respeito à responsabilidade civil dos profissionais liberais, o artigo 951 do Código Civil adotou a teoria da culpa, tornando-se necessário demonstrar os requisitos da responsabilidade subjetiva, quais sejam: o dano, o nexu causal e a culpa do profissional, consubstanciada em negligência, imprudência ou imperícia. **2. O atendimento negligente do médico recorrente acarretou o agravamento do estado de saúde da recorrida e, por conseguinte, as sequelas ocasionadas em razão da demora, que denota o nexu de causalidade.** 3. A regra aplicável ao hospital é a da responsabilidade objetiva quanto aos atos técnicos praticados de forma defeituosa pelos profissionais da saúde a ele vinculados de alguma forma, respondendo solidariamente a instituição hospitalar e o profissional responsável. 4. Quanto aos atos técnicos praticados de forma defeituosa pelos profissionais da saúde vinculados de alguma forma ao hospital, respondem solidariamente a instituição hospitalar e o profissional responsável, apurada a sua culpa profissional. APELAÇÕES CÍVEIS CONHECIDAS E DESPROVIDAS. (TJGO, 2022).

Por fim, vemos que, apesar da dificuldade em comprovar o nexu causal e a culpa do profissional da saúde, os Tribunais têm reconhecido os casos de violência obstétrica e confirmado a responsabilização do autor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente trabalho possibilitou analisar os reiterados casos de violência obstétrica nos hospitais brasileiros e a normalização dessas condutas no meio dos profissionais de saúde. Com isso, pôde-se perceber a necessidade de responsabilizar civilmente esses profissionais com o intuito de reparar os danos causados às vítimas.

Com isso, a hipótese do trabalho de que diante da comprovação de que o médico efetuou condutas consideradas como violência obstétrica, vindo a violar os direitos que resguardam a gestante, poderá ser responsabilizado civil e proporcionalmente aos danos físicos e psicológicos ocasionados na paciente e no neonato se confirmou pois, o instituto da responsabilidade civil estabelece a responsabilidade subjetiva do profissional, assim, comprovando que houve conduta negligente e que essa deu causa ao dano, haverá responsabilização.

Para se atingir uma compreensão dessa realidade, definiu como objetivo geral a garantia dos direitos da parturiente mediante a responsabilização civil do médico nas situações de violência obstétrica, tendo sido alcançado diante da comprovação de que o sistema judiciário tem se debruçado sobre a temática para que esses direitos sejam respeitados e a parturiente possa ter um assistência ao parto humanizada e segura.

Ainda, estabeleceu-se três objetivos específicos. O primeiro, de apresentar o histórico da humanização do parto, a conceituação da violência obstétrica, sua normalização e meios de identificação. Percebeu-se que a prática da violência obstétrica é habitual no ambiente hospitalar, sendo realizada sem o consentimento explícito da gestante, submetendo-a a procedimentos invasivos, humilhantes e a violações ao seu corpo, ocasionando sofrimento físico, sexual e psicológico e danos a mãe e ao recém-nascido.

Em seguida, a identificação dos direitos assegurados às gestantes no ciclo gravídico-puerperal. Verificou-se que a Constituição Federal consagra como direito fundamental a dignidade da pessoa humana, portanto, a parturiente deve ter um atendimento digno e humano, isento de violações e maus tratos físicos, psicológicos e verbais. Ademais, a Lei Federal nº 11.108/2005 garante a presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto e no pós parto.

Por fim, a conceituação da responsabilidade civil, apresentando seus elementos e subdivisão. A análise permitiu concluir que, diante da identificação de que o médico agiu com negligência, imprudência ou imperícia, provocando prejuízos para a parturiente e seu filho, possibilita a responsabilização para reparar os danos.

Nesse sentido, o primeiro capítulo abordou a busca pela humanização do parto, tendo em vista circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência ao parto. Apresentou o conceito de violência obstétrica, conduta recorrente entre os profissionais da saúde, indicando os principais meios ao qual ela se expressa, através da violência física, sexual, verbal e psicológica. Ressaltando que muitas mulheres não identificam o abuso sofrido pois acreditam que são práticas necessárias.

O capítulo seguinte apresentou os direitos assegurados às gestantes durante o ciclo gestacional. Demonstrando que a Constituição Federal expressa a dignidade humana, um dos direitos fundamentais, ao garantir o direito à saúde a qualquer pessoa, sendo responsável por fiscalizar e fornecer saúde de qualidade. Ainda, expôs a Lei nº 11.108/2005, que permite que a gestante tenha um acompanhante durante o trabalho de parto, e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem o intuito de conceder a adequada assistência obstétrica e neonatal.

O último capítulo desenvolveu a responsabilidade civil, seus elementos, sendo eles a conduta humana, a culpa genérica, o nexo causal e o dano, a sua divisão em responsabilidade objetiva e subjetiva e, por fim, a sua aplicação no contexto da violência obstétrica por profissionais da saúde. Também demonstrou a aplicação desse instituto em casos concretos através dos entendimentos jurisprudenciais dos Tribunais.

Ao término da pesquisa, pode-se concluir que visivelmente ocorrem ofensas, agressões verbais, maus tratos, cuidado negligente, dentre outras situações, durante o ciclo gestacional que violam constantemente os direitos da parturiente. Frequentemente a equipe médica proíbe a permanência do acompanhante na sala de parto, bem como realizam procedimentos desnecessários e invasivos sem o consentimento da gestante. Ademais, apesar de existir a possibilidade do médico ser responsabilizado civilmente pela sua conduta, há uma enorme dificuldade em estabelecer o nexo causal entre a conduta negligente e o dano, inviabilizando a comprovação da culpa e, por consequência, a incidência do dever de indenizar.

Ao fim, ressalta-se que esta pesquisa não tem a intenção de abordar exaustivamente todas as discussões relacionadas ao tema, mas sim fornecer uma pequena contribuição dentro desse contexto. O pesquisador tem o desejo de aprofundar seus estudos nesta área, como parte de seu percurso acadêmico e profissional em desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

ADPERGS - Associação dos Defensores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul. **Violência Obstétrica - Curso capacita defensores de todo estado**. 2014. Disponível em: <http://www.anadep.org.br/wtk/pagina/materia?id=19923>. Acesso em: 29 ago. 2023.

ANTUNES, Tatyane Costa Simões. **A violência obstétrica expressa no contexto das enfermeiras de uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro**. 2017. 175 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

ÁVILA, A.A. **Dentro e fora do manual: experiências de mulheres realizando pré-natal através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Florianópolis. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/216104/PASO0513-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 set. 2023.

BARBOZA, L.P.; MOTA, A. **Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil**. Rev Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador. 2016;5(1): 119-129. Disponível em: <file:///C:/Users/ADMI/Downloads/Admin,+12-VIOLÊNCIA+OBSTÉTRICA.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2023.

BENFAM. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde - 1996**. 1997. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr77/fr77.pdf>. Acesso em: 16 set. 2023.

BRASIL. Comitê para Eliminação da Discriminação contra a Mulher. Caso Alyne da Silva Pimentel. **Relatório do governo brasileiro/agosto 2014**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/acoes-internacionais/Articulacao/articulacao-internacional/onu-1/Relatorio2014CasoAlyne22agosto1v.pdf>. Acesso em: 14 set. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 6 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 14.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil**. Diário Oficial da União. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm. Acesso em: 10 de out. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.087, de 11 de setembro de 1990. **Código de Defesa do Consumidor**. Diário Oficial da União. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078compilado.htm. Acesso em: 19 de out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: MS; 2005. (Série A, Caderno no 5).

BRASIL. STJ. REPDJ. DJ 17/03/1992. **Súmula 37 STJ**. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?b=SUMU&sumula=37>. Acesso em: 13 de out. 2023.

BRASIL. TJGO. **Apelação Cível n. 0164129.24.2017.8.09.0091**. Relator: Des. Carlos Roberto Fávoro. Julgado em 12 de março de 2022.

BRASIL. TJSP. **Apelação Cível n. 0001314-07.2015.8.26.0082**. Relator: Des. Fábio Podestá. Julgado em 11 de outubro de 2017.

BRASIL. TJSP. **Apelação Cível n. 1004083-03.2017.8.26.0566**. Relatora: Des^a. Christine Santini. Julgado em 18 de agosto de 2020.

CARTA DE CAMPINAS. **Ato de fundação da Rede pela humanização do parto e nascimento**. 1993. Disponível em: <https://ongamigasdoparto.blogspot.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>. Acesso em: 23 ago. 2023.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

CEDAW. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). **Alyne da Silva Pimentel Teixeira (difunta) v. Brasil**. 2011. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/517/02/PDF/N1151702.pdf?OpenElement>. Acesso em: 14 set. 2023.

CIELLO, C. et al; **Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa Parirás com dor, Dossiê da violência obstétrica**. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica: resolução CFM nº 2.217**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 19 de out. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação Geral nº 35 sobre violência de gênero contra as mulheres do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW). **Série Tratados Internacionais de Direitos Humanos**. Tradução Neri Accioly. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/769f84bb4f9230f283050b7673aeb063.pdf>. Acesso em: 14 set. 2023.

CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS MULHERES. 1979. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf. Acesso em: 11 set. 2023.

DIAS, S.; PACHECO, A. **Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica**. Revista Arquivos Científicos (IMMES), v. 3, n. 1, p. 04-13, 18 jun. 2020. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/232>. Acesso em: 31 ago. 2023.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 de ago. 2023.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro: responsabilidade civil - v.7**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

DINIZ, S.G.; SALGADO, H.O.; ANDREZZO, H.F.A.; CARVALHO, P.G.C.; CARVALHO, P.C.A.; AGUIAR, C.A. et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção**. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2015; 25(3):377-84.

FARIAS, Cristiano Chaves de.; NETTO, Felipe Braga; ROSENVALD, Nelson. **Manual de direito civil - volume único**. 7. ed. São Paulo: Ed. JusPodivm, 2022.

FRANCO, Luciele Mariel; MACHADO, Isadora Vier. **Contornos de opressão: história passada e presente das mulheres**. Caxias do Sul, RS: Educs, 2016. Disponível em: https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebook-contornos_2.pdf. Acesso em: 25 ago. 2023.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto: Na hora de fazer não gritou**. Fundação Perseu Abramo. 25 mar. 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 23 ago. 2023.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. **Mulheres e Gênero nos Espaços Públicos e Privados**. São Paulo, 2010. p.177. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acesso em: 23 ago. 2023.

GALLOTTE, Michelle da Silva. **Violência obstétrica, normas de proteção à parturiente e eficácia no direito brasileiro**. 2017. 92 f. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro - volume 4: responsabilidade civil**. 16 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021.

GUEDES, L.C.; RIZÉRIO, A.; COUTO, N.M.; CRUZ, R. **A dor além do parto**. 2013. Youtube, 24 nov. 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>. Acesso em: 28 ago. 2023.

GUERRA, Sidney. **Curso de Direitos Humanos**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.

IRINEU, Leila Patricia de Lima. **Narrativas imagéticas sobre o parto humanizado: uma perspectiva do fortalecimento da autonomia das mulheres**. 2021. 119f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.

LEAL, M.C.; BITTENCOURT, S.D.A.; CAETANO, K.C.; VILELA, M.E.A.; THOMAZ, E.B.A.F.; GAMA, S.G.N. et al. **Atenção ao parto e nascimento em maternidades da rede cegonha - sumário executivo**. 2021. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf. Acesso em: 24 ago. 2023.

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [Internet]. Gaceta Oficial 38.647. Disponível em: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf. Acesso em: 23 ago. 2023.

MACHADO, Geovânia Pereira dos Reis. **Violência obstétrica sob a percepção das mulheres que a vivenciaram**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/7938>. Acesso em: 25 ago. 2023.

MAGALHÃES, R.C.M. **Violência obstétrica no contexto da violência feminina**. Brasília. 2020. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/15075/1/61350726.pdf>. Acesso em: 18 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico vol. 52 - nº29**. Brasília. 2021. Disponível em: file:///C:/Users/ADMI/Downloads/Boletim_epidemiologico_SVS_29.pdf. Acesso em: 18 set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa humanização do parto - humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília. 2002. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 16 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 6 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra, 1996. Acesso em: 29 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;sequence=3. Acesso em: 24 ago 2023.

PAMPLONA FILHO, Rodolfo; GAGLIANO, Pablo Stolze. **Novo curso de direito civil, v. 3: responsabilidade civil**. 17 ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

PATAH, L.E.M.; MALIK, A.M. **Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países**. Rev. Saúde Pública. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100021>. Acesso em: 17 set. 2023.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Responsabilidade Civil**. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

PESSOA, I. N. et al. **Percepção de púrpas sobre assistência de enfermagem na gravidez**. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 8, n. 2, 2009;

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.

RABENHORST, Eduardo Ramalho. **Dignidade da pessoa humana e moralidade democrática**. Brasília Jurídica, 2001. 1 ed.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2007;12(2):477-86.

ROCHA, M.J.; GRISI, E.P. **Violência obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade**. Rev. Mult. Psic. V.11, N. 38. 2017. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 31 ago. 2023.

SANTA CATARINA. Lei nº 18.322, de 5 de janeiro de 2022. **Consolida as leis que dispõem sobre políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-18322-2022-santa-catarina-consolida-as-leis-que-dispoem-sobre-politicas-publicas-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 23 ago. 2023.

SANTOS, Mayara Guimarães. **A violência obstétrica sob o olhar de profissionais de saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiania, 2017. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7601/5/Dissertac%CC%A7a%CC%83o%20-%20Mayara%20Guimara%CC%83es%20Santos%20-%202017.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e direitos fundamentais na constituição federal de 1988**. 2 ed, revista e ampliada. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2002.

SILVA, F.M.; SILVA, M.L.; ARAÚJO, F.N.P. **Sentimentos Causados pela Violência Obstétrica em Mulheres de Município do Nordeste Brasileiro**. Rev Pre Infec e Saúde[Internet].2017;3(4):25-34. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6924>. Acesso em: 30 ago. 2023.

SOUZA, S.R.R.K; GUALDA, D.M.R. **A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública**. Texto Contexto Enferm. 2016; 25(1):e4080014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Sg7K3tTsB4MHLWZm4mH4tTs/?lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2023.

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

Teixeira, N.Z.F.; Pereira, W.R. **Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT**. Rev Bras Enferm 2006 nov-dez; 59(6):740-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/B3q4CSv5xmTpFmT7Lw54HCk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2023

TESSER, C.D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H.F.A.; DINIZ, S.D. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer**. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35):1-12. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em 23 ago 2023.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito civil: obrigações e responsabilidade civil**. 17. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

VIELLAS, E. F. et al. **Assistência pré-natal no Brasil**. Cad Saúde Pública 2014; 30(Supl. 1):S85-S100.