

GABRIELLY CRUVINEL LEÃO

**RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO EM CASOS DE VIOLÊNCIA
OBSTRÉTICA NO TRABALHO DE PARTO**

CURSO DE DIREITO – UniEVANGÉLICA

2024

GABRIELLY CRUVINEL LEÃO

**RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO EM CASOS DE VIOLÊNCIA
OBSTRÉTICA NO TRABALHO DE PARTO**

Monografia apresentado ao Núcleo de Trabalho Científico do curso de Direito da UniEvangélica, como exigência parcial para a obtenção do grau de bacharel em Direito, sob orientação do professora M.e. Ana Paula Russo.

ANÁPOLIS – 2024

GABRIELLY CRUVINEL LEÃO

**RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO EM CASOS DE VIOLÊNCIA
OBSTRÉTICA NO TRABALHO DE PARTO**

Anápolis, _____ de _____ de 2024.

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha mais profunda e sincera gratidão a todos que contribuíram para a realização deste trabalho.

Primeiramente, agradeço a Deus por me conceder força, sabedoria e inspiração ao longo desta jornada, sendo sempre o alicerce e sustentáculo da minha vida.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, apoio contínuo e incentivo em todas as etapas do meu percurso acadêmico e pessoal. Sem a confiança e dedicação de vocês, este momento jamais seria alcançável.

À minha orientadora, professora Ana Paula Russo, manifesto minha gratidão pela paciência, disponibilidade e orientação inestimável. Sua dedicação e conhecimento foram cruciais para o meu crescimento intelectual e profissional. Cada aula e orientação contribuíram de maneira significativa para minha formação. Seu exemplo de profissionalismo e dedicação foi uma grande fonte de inspiração ao longo deste trabalho.

Por fim, a todos aqueles que, de alguma forma, participaram desta trajetória, oferecendo apoio, compreensão e incentivo, meus mais sinceros agradecimentos. Cada contribuição foi indispensável para a concretização deste sonho.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo central explorar e conceituar a violência obstétrica, detalhando suas diferentes formas e apresentando as leis e jurisprudências que comprovam a ocorrência dessa violência. Ao destacar essas evidências, busca-se não apenas resguardar o direito das mulheres, mas também garantir a prática do parto humanizado. A violência obstétrica, muitas vezes negligenciada, representa uma grave violação dos direitos humanos e dos princípios de dignidade e respeito que devem nortear o atendimento à gestante. Portanto, ao aprofundar a compreensão dessas questões, este estudo pretende contribuir de maneira significativa para a conscientização social e a promoção de um atendimento obstétrico mais respeitoso e digno. É fundamental assegurar que as gestantes sejam tratadas com a integridade e os direitos que lhes são devidos, reforçando a necessidade de mudanças nas práticas e políticas de saúde obstétrica.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Humanizado. Integridade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ASPECTOS HISTÓRICOS E ÉTICOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	3
1.1 Abordagem Histórica	3
1.2 A ética médica e a relação com a violência obstétrica	6
1.3 Classificações e espécies da violência obstétrica	8
CAPÍTULO II - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	12
2.1 Conceito de Violência Obstétrica	12
2.2 Principais Formas de Violência Obstétrica Física	15
2.3 Violência Obstétrica Psicológica	17
2.4 Violência Sexual.....	18
CAPÍTULO III – ANÁLISE DA RESPONSABILIDADE CIVIL DECORRENTE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	22
3.1 Conceito da responsabilidade Civil	22
3.2 Responsabilidade do hospital e do médico	24
3.3 Análise da jurisprudência dos Tribunais de Justiça.....	30
CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	36

INTRODUÇÃO

A questão da responsabilidade civil do médico em situações de violência obstétrica durante o trabalho de parto é de extrema relevância no contexto da saúde materno-infantil. Para compreender plenamente essa problemática, é imperativo não apenas ter acesso à informação sobre o que constitui violência obstétrica, mas também identificar seus locais e formas de ocorrência mais frequentes. A responsabilidade por combater essa violência é coletiva, envolvendo não apenas os profissionais de saúde, mas também o poder público e a sociedade como um todo, visando proteger o bem-estar da mulher e do bebê durante esse momento crucial.

A violência obstétrica, lamentavelmente, é muitas vezes negligenciada, representando uma séria violação dos direitos humanos e dos princípios fundamentais de dignidade e respeito que devem guiar o atendimento às gestantes. Este estudo tem como propósito contribuir para uma compreensão mais aprofundada da responsabilidade civil do médico nessas circunstâncias, visando aprimorar a assistência obstétrica, proteger os direitos das gestantes e promover uma abordagem ética e humanizada no processo de parto. Ao aprofundar essa análise, almeja-se fomentar práticas de atendimento mais respeitadas e dignas, garantindo a integridade física e emocional das mulheres em um dos momentos mais significativos de suas vidas.

No cerne desta discussão, está a necessidade de reconhecer que, independentemente do conceito atribuído à violência obstétrica, seja ele definido pelo Conselho Federal de Medicina, por teóricos ou juristas, o dano causado deve ser reparado. Isso requer que a vítima seja capaz de estabelecer umnexo causal entre o dano sofrido e quem o causou, mediante a apresentação de provas substanciais. Nesse sentido, é crucial examinar as leis, artigos e jurisprudências pertinentes que

evidenciam esse tipo de violência obstétrica e respaldam a busca por justiça e reparação para as gestantes afetadas.

Ao longo deste estudo, será realizada uma análise abrangente das diversas facetas da responsabilidade civil do médico em casos de violência obstétrica, considerando não apenas os aspectos legais, mas também éticos e sociais. Serão examinadas as políticas públicas existentes, bem como as lacunas e desafios enfrentados na efetivação dos direitos das gestantes. Além disso, serão apresentados estudos de caso e relatos de experiências reais para ilustrar a gravidade e a complexidade desse problema, destacando a importância de uma abordagem interdisciplinar e colaborativa para sua prevenção e enfrentamento.

Em suma, este estudo busca não apenas analisar a responsabilidade civil do médico em casos de violência obstétrica, mas também promover uma reflexão crítica sobre as práticas atuais de assistência ao parto e defender a implementação de medidas eficazes para proteger os direitos e a dignidade das gestantes. É somente através de um esforço conjunto e comprometido que poderemos alcançar uma assistência obstétrica verdadeiramente humanizada, respeitosa e segura para todas as mulheres.

Por fim pretende-se demonstrar que independente do conceito de violência obstétrica, seja ele dado pelo Conselho Federal de Medicina, por teóricos ou juristas, o dano causado deve ser reparado, desde que a vítima consiga estabelecer o nexo causal entre o dano e quem o causou por meio de provas.

CAPÍTULO I – ASPECTOS HISTÓRICOS E ÉTICOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A análise histórica da violência obstétrica, apresenta de maneira abrangente por Almeida (2018), releva as transformações nas práticas médicas ligadas ao parto ao longo das eras. Este exame retrospectivo não apenas destaca o progresso técnico e científico, mas também ressalta as complexidades éticas que permeiam o acompanhamento do parto. No contexto brasileiro, a reflexão sobre a dignidade da pessoa humana e a autonomia da gestante emerge como um ponto crucial, incitando a sociedade a reexaminar o papel desempenhado pelos profissionais de saúde. Esta abordagem histórica não se limita a uma análise técnica; ela proporciona uma plataforma para reflexões éticas mais profundas, destacando a necessidade premente de repensar o papel do médico na gestação e no parto, em consonância com a constante evolução das práticas obstétricas.

1.1 Abordagem Histórica

A prática de violência obstétrica emerge como uma afronta direta aos direitos fundamentais das mulheres, manifestando-se por meio de uma diversidade de formas, que incluem comportamentos físicos, psicológicos, verbais, sexuais e negligentes. A expressão dessa violência vai além da dimensão clínica, alcançando um espectro mais amplo que afeta não apenas a integridade física, mas também a autonomia e a dignidade das mulheres envolvidas. A desconsideração das vontades das gestantes é evidenciada por procedimentos rotineiros desnecessários, permeando a experiência do parto com práticas que ignoram a individualidade e os direitos das mulheres (Martins, 2019).

Martins (2019) destaca que a violência obstétrica não se restringe ao momento do parto, mas pode manifestar-se em diferentes etapas da gravidez, abrangendo o pré-natal e o período pós-parto. Essa abordagem temporal ressalta a complexidade e a persistência do problema, exigindo uma atenção contínua ao longo de todo o ciclo gravídico para efetivas estratégias de prevenção e intervenção.

Sobre o assunto, o artigo seis da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos ressalta a significância do consentimento informado do paciente antes de qualquer intervenção médica, abrangendo procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos. O consentimento deve ser concedido de maneira voluntária e livre de coerção, sendo passível de retirada a qualquer momento sem prejudicar ou desfavorecer o paciente em questão. Adicionalmente, o artigo sublinha a importância da expressão clara do consentimento para assegurar que o paciente esteja plenamente informado antes de prosseguir com qualquer modalidade de tratamento médico (ONU, 2005).

Ao longo dos séculos, as práticas médicas no trabalho de parto têm sido moldadas por diferentes paradigmas, refletindo as variadas visões culturais, sociais e científicas da época. Desde métodos tradicionais que muitas vezes desconsideravam a individualidade da gestante até abordagens mais recentes e medicalizadas, a evolução dessas práticas é um testemunho das transformações na compreensão da assistência ao parto. O reconhecimento contemporâneo da violência obstétrica como uma afronta à dignidade da pessoa humana, conforme destacado por Marques (2010), representa um ponto de virada significativo na conscientização sobre a necessidade premente de assegurar não apenas a integridade física, mas também a integridade emocional das gestantes.

O parto médico deste fim de século, com seus rosários de riscos, expressa de maneira enfática a versão médica do pessimismo sexual e reprodutivo. O parto dói, insuportavelmente; a prevenção da dor demanda recursos anestésicos; como a mulher anestesiada não consegue parir, deve necessitar de instrumentos ou da cesária. O parto despedaça as entranhas; para prevenir isso, é necessário reconstruir o trajeto. A técnica oferece tudo para que a mulher tema o parto, confirmando e superestimando os sofrimentos que pretende prevenir. A preocupação humanitária com o manejo da dor, agrega-se, de maneira menos ou mais explícita, uma preocupação humanitária com a preservação da higidez genital/sexual da mulher (Diniz, 2009, p. 176).

Ao longo das décadas, observa-se uma mudança paradigmática que coloca em destaque a autonomia da gestante e a importância do respeito aos direitos humanos durante o processo de parturição. Sena (2016) destaca que essa transição revela uma crescente ênfase na consideração da vontade e das escolhas individuais das mulheres, rompendo com práticas que anteriormente desconsideravam suas preferências. Essa mudança gradual de paradigmas impulsiona uma alteração na percepção da violência obstétrica, antes aceita passivamente, para uma clara violação ética quando a autonomia da gestante é ignorada.

O contexto histórico emerge como um pano de fundo essencial para entender não apenas as origens, mas também as consequências das práticas obstétricas ao longo do tempo. Esta perspectiva histórica não apenas ilumina as transformações que ocorreram, mas também possibilita uma análise crítica das abordagens adotadas. A obra de Oliveira (2018) destaca como as práticas obstétricas, historicamente enraizadas, moldaram a experiência das gestantes e influenciaram a construção das atuais narrativas sobre a violência obstétrica.

Oliveira (2018) evidencia como as práticas obstétricas tradicionais, muitas vezes baseadas em modelos medicalizados, têm perpetuado uma cultura que nem sempre respeita a autonomia da gestante. A autora explora as diversas formas de violência obstétrica, desde procedimentos invasivos desnecessários até a falta de informação adequada e consentimento informado, destacando como essas práticas moldaram a percepção da sociedade sobre o parto.

Sobre o assunto, nota-se que a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, marcou um momento significativo para os direitos fundamentais, incluindo a dignidade da pessoa humana e a autonomia. Esses princípios fundamentais fornecem o alicerce para a compreensão da violência obstétrica no contexto jurídico.

Ademais, a legislação brasileira, como o Código Civil de 2002 e o Código de Defesa do Consumidor de 1990, também desempenha um papel crucial na delimitação da responsabilidade civil do médico em casos de violência obstétrica. A análise jurídica dessas normativas é essencial para entender como a conduta médica durante o parto pode estar sujeita a avaliações legais (Brasil, 2002; Brasil, 1990).

A compreensão do contexto histórico é fundamental para contextualizar os desafios contemporâneos enfrentados na humanização do trabalho de parto. A evolução das práticas obstétricas ao longo do tempo destaca não apenas os

progressos alcançados, mas também as lacunas persistentes que necessitam de uma abordagem mais ética e humanizada. A obra de Oliveira (2018) destaca a importância de considerar essa evolução histórica para desenvolver estratégias mais eficazes que promovam uma assistência ao parto que respeite plenamente os direitos e a dignidade das gestantes.

1.2 A ética médica e a relação com a violência obstétrica

Os pressupostos éticos que formam a base da responsabilidade civil do médico em situações de violência obstétrica são indispensáveis para estabelecer um alicerce sólido na prática médica contemporânea. A ética médica, intrinsecamente ligada aos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, exige do profissional um comprometimento inabalável com o bem-estar físico e emocional da gestante (Godinho, 2017).

A autonomia da gestante emerge como um dos pilares éticos mais relevantes neste contexto. O direito da mulher de exercer escolhas informadas sobre seu corpo e o processo reprodutivo é crucial e deve ser respeitado e fomentado durante o trabalho de parto. Qualquer conduta médica que comprometa esse direito constitui não apenas uma transgressão ética, mas também uma manifestação clara de violência obstétrica, demandando, portanto, uma avaliação crítica da atuação profissional (Brito et al., 2020).

Nesse sentido, a promoção ativa da autonomia da gestante representa um avanço ético no campo da obstetrícia. A valorização da capacidade da mulher em participar ativamente das decisões relacionadas ao seu processo de parto não apenas respeita sua autonomia, mas também contribui para uma assistência mais humanizada e centrada na gestante. A obra de Brito et al. (2020) destaca a importância de se reconhecer a autonomia como um princípio fundamental na relação médico-paciente, especialmente no contexto delicado do trabalho de parto.

A busca pela dignidade da pessoa humana, um dos pilares da ética e dos direitos fundamentais, assume um papel preponderante na conduta médica durante o parto. A Constituição de 1988, marco normativo da sociedade brasileira, consagra esse princípio e estabelece as bases para a responsabilidade civil do médico em casos de violência obstétrica (Brasil, 1988). Garantir um ambiente seguro, respeitoso e que preserve a dignidade da gestante não é apenas uma recomendação ética, mas

uma exigência legal que, quando negligenciada, pode implicar em consequências jurídicas para o profissional de saúde.

O entendimento desses pressupostos éticos não se limita apenas ao âmbito profissional, mas transcende para uma dimensão mais ampla da responsabilidade social e moral do médico.

A contribuição de Godinho (2017) para a compreensão da ética médica no contexto da assistência obstétrica revela que o comprometimento ético não é apenas uma imposição legal, mas, sobretudo, uma manifestação intrínseca do profundo respeito pela vida e pelos direitos inalienáveis das gestantes. O autor ressalta que a ética médica transcende as meras exigências normativas, configurando-se como um alicerce moral que permeia a prática médica, especialmente no delicado cenário do acompanhamento gestacional.

No âmbito da ética médica, a obrigação de promover o bem-estar da gestante é entrelaçada com os princípios fundamentais que regem a medicina. Nesse sentido, a beneficência, entendida como a obrigação de buscar o bem do paciente, emerge como um princípio central, direcionando o médico a adotar práticas que visem à saúde e ao cuidado integral da gestante (Godinho, 2017). Esse comprometimento com o bem-estar não se restringe unicamente à esfera física, estendendo-se também ao aspecto emocional, respeitando a integralidade da experiência da gestante durante o processo obstétrico.

Outro princípio ético destacado por Godinho (2017) é a não maleficência, que orienta os profissionais de saúde a evitarem causar dano desnecessário aos pacientes. No contexto obstétrico, isso implica em uma cuidadosa avaliação e ponderação de intervenções médicas, assegurando que cada procedimento seja justificado pela necessidade clínica, minimizando riscos e impactos negativos à gestante. Essa abordagem cautelosa contribui para a prevenção de práticas que possam caracterizar a violência obstétrica, fortalecendo a integridade física e emocional da gestante.

O respeito à autonomia da gestante é, também, um aspecto crucial abordado por Godinho (2017). A autonomia, entendida como o direito da paciente tomar decisões informadas sobre seu próprio corpo, confere à gestante a capacidade de participar ativamente nas escolhas relacionadas ao seu processo reprodutivo. A promoção da autonomia implica em uma comunicação efetiva entre médico e gestante, fornecendo informações claras e compreensíveis para embasar as decisões

compartilhadas (Godinho, 2017). Esse enfoque não apenas respeita os direitos da gestante, mas também fortalece a confiança na relação médico-paciente.

A abordagem de Godinho (2017) sobre a ética médica destaca, assim, que a responsabilidade do profissional de saúde vai além do cumprimento de normativas legais, alinhando-se a uma ética fundamentada no respeito à vida, à integridade e aos direitos das gestantes. Essa perspectiva ética não apenas norteia as ações médicas, mas também reforça a importância de uma prática obstétrica centrada na humanização, no diálogo e no cuidado integral às gestantes. Essa compreensão mais abrangente da ética médica contribui para a construção de um ambiente obstétrico mais ético, assegurando a dignidade e os direitos das mulheres durante o ciclo gestacional.

Nesse sentido, a integração desses pressupostos éticos na prática médica não apenas resguarda a gestante de práticas inadequadas, mas também contribui para a construção de uma sociedade mais justa e respeitosa com os direitos das mulheres durante o processo de parto (Godinho, 2017).

1.3 Classificações e espécies da violência obstétrica

A classificação minuciosa das diferentes espécies de violência obstétrica emerge como um elemento crucial para a compreensão detalhada e sistemática desse fenômeno multifacetado. Dentro das categorias identificadas por Brito et al. (2020), destacam-se as intervenções médicas desnecessárias, a falta de informação e consentimento adequado, e o desrespeito e humilhação, delineando um panorama complexo que vai além do âmbito médico, permeando questões éticas, legais e de direitos humanos.

Além do mais, a Convenção em pauta considera que a violência contra as mulheres se caracteriza também como violência contra os direitos fundamentais e humanos, e ainda limita que as mesmas possam exercer suas vontades livremente, como por exemplo, quando se trata dos seus direitos reprodutivos. Dessa forma, torna-se importante ressaltar que qualquer tipo de violência contra as mulheres, neste caso especificamente a violência obstétrica, afeta seu pleno desenvolvimento e se configura como uma violação aos direitos humanos das mulheres, pois atinge o livre exercício dos demais direitos (Agende, 2004, p. 18).

A organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso intencional da força ou poder, em ameaça ou na prática, contra si, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, lesão, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (OMS, 1996 apud Dahlberg; Kruga, 2007).

As intervenções médicas desnecessárias representam um dos aspectos mais impactantes da violência obstétrica. Incluindo procedimentos invasivos, como cesarianas sem indicação clínica e episiotomias injustificadas, essas práticas não apenas expõem a gestante e o feto a riscos desnecessários, mas também constituem uma violação flagrante ao princípio fundamental da não maleficência (Diniz; Chacham, 2006).

O ordenamento jurídico brasileiro, expresso na Constituição de 1988 e em legislações específicas como o Código Civil e o Código de Defesa do Consumidor, estabelece parâmetros legais que regem a atuação dos profissionais de saúde (Brasil, 1988; Brito et al., 2020). A Lei número 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, e a lei número 8.078 de 1990, que institui o Código de Defesa do Consumidor, também são fundamentais para estabelecer diretrizes e responsabilidades.

A compreensão dessas práticas como formas de violência obstétrica, conforme categorizado por Brito et al. (2020), oferece uma base sólida para uma análise crítica e jurídica da atuação médica, evidenciando a importância de uma abordagem cuidadosa e fundamentada em evidências.

A falta de informação e consentimento adequado, outro ponto destacado na classificação proposta por Brito et al. (2020), refere-se à omissão de informações cruciais sobre procedimentos, riscos e alternativas. Esse aspecto não apenas priva a gestante da capacidade de tomar decisões informadas, mas também representa uma violação direta do princípio ético da autonomia, essencial na relação médico paciente.

A análise de Brito et al. (2020) oferece uma perspectiva abrangente sobre a violência obstétrica, indo além do seu aspecto estritamente clínico. A abordagem da obra destaca que essa forma de violência não se limita apenas às práticas médicas questionáveis, mas alcança o âmago da relação essencial entre o médico e a paciente. Nesse contexto, é crucial observar como tais violações vão além das preocupações puramente médicas, permeando a esfera emocional e psicológica da gestante.

Todavia, apesar de não deixar marcas físicas, a invasão de sua intimidade, bem como a prática de ações que provoquem constrangimento, a manutenção em posição desconfortável, o emprego de atendimento desumano, violento ou negligente tem o condão de provocar marcas muito profundas na alma, haja vista ser um momento de vulnerabilidade e de extrema importância na vida das gestantes. Essas vivências traumáticas podem ocasionar sequelas graves, fazendo com que seja necessário o tratamento psicológico para tratar depressão ou com que a mulher não queira mais filhos com medo de que venha a passar pela mesma experiência ou venha reavivar os traumas sofridos em sua gestação anterior (Almeida, 2018).

Diante desse cenário, é imperativo considerar não apenas os aspectos clínicos e procedimentais da violência obstétrica, mas também suas implicações na dinâmica interpessoal entre médico e paciente. A argumentação avançada por Brito et al. (2020) ressalta a necessidade premente de uma abordagem holística na discussão sobre a responsabilidade civil do médico em casos de violência obstétrica. Essa abordagem deve contemplar não apenas a adequação técnica das práticas, mas também a preservação da integridade emocional e da confiança que são essenciais para uma assistência ao parto ética e humanizada.

Ante o exposto, entende-se que a humanização engloba não só o parto propriamente dito, mas sim uma série de condutas não intervencionistas que prezam pela diminuição da mortalidade materna e infantil, bem como a vivência de um parto não traumático para a mãe e o bebê, além de garantir que a mulher possa concluir essa fase de forma plena e saudável, e não ser tratada como se estivesse doente. Ainda, quando se faz referência ao termo “humanização”, logo se vê uma forma de questionamento quanto às práticas que vem sendo realizadas pelos profissionais da saúde; pensa-se, então, em uma maneira de transformar tais práticas com a intenção de avançar, não se limitando apenas à postura acadêmica, e às desigualdades de gênero, classe e raça predominante na sociedade (Manfrini, 2017, p. 88).

O desrespeito e a humilhação durante o trabalho de parto, conforme discutido por Segato (2016) e categorizado por Brito et al. (2020), acrescentam uma dimensão emocional significativa ao fenômeno. Condutas que envolvem tratamento desrespeitoso, discriminação ou humilhação não apenas violam os princípios éticos que norteiam a prática médica, mas também infringem diretamente o direito à dignidade da gestante. A compreensão dessa forma de violência obstétrica não apenas alerta para a necessidade de mudanças práticas, mas também destaca a

importância de uma abordagem mais compassiva e centrada na paciente durante o parto.

A classificação detalhada dessas espécies de violência obstétrica, além de identificar práticas inadequadas, serve como alicerce para a construção de argumentos jurídicos robustos em casos de responsabilização civil do médico. O entendimento pormenorizado dessas categorias não apenas evidencia a complexidade do fenômeno, mas também fornece dados valiosos para orientar políticas de prevenção (Brito et al., 2020).

Cumprе ressaltar que as obras de Brito et al. (2020) e Tesser et al. (2015) contribuem substancialmente para essa discussão, estimulando a promoção de uma assistência ao parto mais humanizada, ética e em conformidade com os direitos fundamentais das gestantes.

O Código de Ética Médica estabelece diversas condutas que devem ser seguidas no atendimento aos pacientes, assegurando que o profissional não aja sem civilidade ou consideração por qualquer ser humano, respeitando sua dignidade e evitando qualquer forma de discriminação. Os médicos são obrigados a respeitar e considerar os valores pessoais de cada indivíduo, atuando com responsabilidade e evitando qualquer tipo de ofensa ou agressão (Conselho Federal de Medicina, 2009).

CAPÍTULO II - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O presente capítulo tem como objetivo abordar o conceito de violência obstétrica, destacando os diversos tipos de violência como física, verbal, psicológica e sexual que podem ocorrer tanto antes quanto após o parto. É crucial analisar e compreender essa questão de forma abrangente, visando promover uma discussão informada e consciente sobre os desafios enfrentados pelas mulheres durante o processo de gestação e parto.

2.1 Conceito de Violência Obstétrica

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

A violência obstétrica é um problema persistente na sociedade brasileira, abrangendo diversos tipos, como a física, psicológica, verbal e sexual. Logo, é crucial conscientizar as vítimas para que não permitam que os agressores fiquem impunes, trabalhando incessantemente pela erradicação dessa prática prejudicial (Andrade; Agio, 2014).

Várias expressões são comumente utilizadas para descrever o mesmo fenômeno, tais como “violência no parto”, “abuso ou desrespeito obstétrico”, “violência de gênero no parto e aborto”, “violência institucional de gênero no parto e aborto”,

“assistência desu- mana/ desumanizada”, “crueldade no parto”, “violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto”, entre outros (Tesser et al., 2015).

A sociedade brasileira enfrenta desafios crônicos na área da saúde pública, abrangendo preocupações relacionadas à qualidade do atendimento em várias esferas. Portanto, para tal, este estudo se concentra na responsabilidade civil em situações de violência obstétrica durante o trabalho de parto, reconhecendo a importância fundamental de garantir cuidados respeitosos para a saúde da mulher, especialmente durante a gravidez e o pós-parto, períodos de grande sensibilidade (Andrade; Agio, 2014).

O momento do parto envolve medo, ansiedade e expectativas por parte das parturientes, decorrentes de lembranças passadas ou de informações concedidas por terceiros. Dessa maneira, surgem situações que influenciam no momento do trabalho de parto, pois a mulher deseja que o profissional da saúde reconheça a sua singularidade: um ser humano passando por uma das experiências mais importantes de sua vida (Lima, 2016).

É no momento de insegurança diante do desconhecido que as experiências vividas pelos pacientes passam a ser compartilhadas com o médico, pelo qual adquire confiança e pelo qual espera respeito por sua integridade física (Lima, 2016, p.62).

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

É fundamental ressaltar que a violência obstétrica ocorre em um momento de vulnerabilidade física e emocional da mulher, enfatizando ainda mais a importância desse tema. O acesso à informação e a compreensão do que constitui a violência obstétrica, bem como sua ocorrência e frequência, são cruciais para combater esse problema. Isso reflete a responsabilidade coletiva do poder público e da sociedade em geral em garantir o bem-estar da mulher e do bebê durante o trabalho de parto (Melo, 2017).

A Constituição Federal de 1988 resguarda as mulheres com uma série de princípios, dentre eles o da igualdade e ainda aduz sobre o direito à plena assistência à saúde. O artigo 5º dispõe que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (Brasil, 1988).

Convém destacar que especificamente nos casos de violência institucional, ou seja, aquela praticada em hospitais e maternidades, muitas mulheres não conseguiam reconhecer determinadas práticas, a exemplo de negligência e agressões verbais, como sendo violência, uma vez que esta é relacionada quase que exclusivamente a agressões físicas (Aguilar, 2010).

No Brasil, nota-se que a violência obstétrica não se trata de algo anômalo ou pontual, mas sim naturalizado, tendo em vista que uma a cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência de gênero durante o atendimento ao parto (FPA, 2010).

Segundo a OMS, a violência obstétrica destaca-se por ser um grande desrespeito aos direitos da pessoa humana, maus tratos, abusos, violência verbal durante o trabalho de parto, atos de negligência, imperícia, imprudência tanto contra mulher quanto para com o bebê, do pré ao pós-parto. A OMS estipula que o percentual de 15% do total dos partos seja cesáreo em todos os países, isso por que os elevados números de partos cesáreos podem representar um risco à saúde da mulher e do seu filho (Nery; Lucena, 2018).

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

A realidade atual contrasta significativamente com a experiência do parto do passado. Mulheres são frequentemente submetidas a tratamento desrespeitoso por profissionais de saúde nos quais confiaram durante o momento crucial do parto, resultando em formas de violência física ou psicológica (Zanardo et al., 2017).

A obstétrica psicológica é caracterizada por ironias, ameaça e constrangimento. Já a violência física ocorre por meio da manipulação e exposição

desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto a partir de condutas como mentir para a paciente quanto a sua condição de saúde para induzir cesariana eletiva ou não informar a paciente sobre a sua situação e procedimentos necessários. (Zanardo et al., 2017)

Além disso, a violência obstétrica compreende o uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, assim como a realização de práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas não baseadas em evidências científicas. Alguns exemplos são a infusão intravenosa para acelerar o trabalho (ocitocina sintética), a raspagem dos pelos pubianos, episiotomias de rotina, realização de enema, indução, pressão sobre a barriga da parturiente para empurrar o bebê (manobra de Kristeller), exame de toque frequente para verificar a dilatação e a proibição do direito ao acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto (Zanardo et al., 2017).

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

2.2 Principais Formas de Violência Obstétrica Física

Embora a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) defina desde 1948 a igualdade entre os gêneros, é possível verificar que, faticamente, tal princípio ainda está distante de sua efetivação, haja vista as discriminações ainda confrontadas por mulheres no que se refere ao trabalho, sexualidade e reprodução, sendo sujeitas a diversas formas de violência (Santos, 2018).

A episiotomia, conhecida informalmente como “pique”, consiste em uma incisão realizada na vulva, isto é, entre a vagina e o ânus, baseada na crença de que facilitaria o parto e preservaria a estrutura genital da mulher ao reduzir o dano causado pela laceração natural do períneo, enquanto na verdade aumenta o risco de laceração de terceiro e quartos graus, e o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal. O uso desenfreado dessa prática incorporada no âmbito da rotina da assistência

obstétrica, todavia, foi inconsequente por não avaliar nem os riscos e os benefícios da sua aplicação (Leal et al., 2014).

Dentre as intervenções de violência obstétrica, a mais temida e rotineira é chamada de episiotomia. É definida como alargamento do períneo, feito de forma cirúrgica, com incisão durante o segundo período do trabalho de parto, podendo ser feita com tesoura ou lâmina de bisturi e requerendo sutura para sua correção (Costa et al, 2011, p. 46).

No lugar onde foi feita a episiotomia, pode ficar uma cicatriz visível ou mesmo um queleide (cicatriz grande e endurecida). O risco de ter laceração perineal nos partos seguintes é maior para as mulheres que sofreram episiotomia, principalmente as lacerações mais graves (Kondo, 2014).

Entretanto, apesar das evidências das recentes pesquisas e das recomendações, essa intervenção ainda é realizada rotineiramente e os profissionais de saúde presos a conceitos e práticas que não contemplam evidências científicas atuais, insistem na realização deste procedimento, violando, assim, os direitos das mulheres (Kondo, 2014).

É importante salientar que embora haja recomendação de uso restrito de episiotomia, observa-se que este procedimento ainda é utilizado de modo rotineiro na maioria das instituições que atendem mulheres no processo durante o parto e nascimento, no estudo realizado em uma maternidade pública de ensino de Pernambuco, foi encontrado um percentual de 29,1%, notando-se maior índice de realização de episiotomia, em adolescentes, primíparas e mulheres que não haviam tido parto vaginal nas gestações anteriores (Carvalho et al, 2010).

A prática da episiotomia deve ser realizada de forma criteriosa e não obrigatória, ou seja, a realização deste procedimento não se aplica a todas as mulheres (Santos, et. al., 2017).

A manobra de Kristeller é reconhecida como danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma que se seguirá indefinidamente (Reis, 2005).

A manobra de Kristeller ainda está presente na assistência ao parto em conjunto com outras intervenções inadequadas realizadas em cadeia, como condução para mesa de parto antes da dilatação completa, imposição de posição ginecológica (que prejudica a dinâmica do parto e prejudica a oxigenação do bebê), comandos de puxo, mudança de ambiente, entre outros. Salienta-se que os próprios profissionais

de saúde reconhecem que a manobra de kristeller é proscrita, porém, continuam a realizá-la, apesar de jamais a registrarem em prontuário (Leal et al., 2012).

A utilização do fórceps tem o escopo de acelerar o processo expulsivo do nascituro, mediante o manuseio de instrumento cirúrgico semelhante a uma pinça, introduzindo-o no canal genital da mulher e ajustando-o nos lados da cabeça da criança para retirá-la do canal de parto (Zugaib, 2012).

Dentre as complicações ocasionadas à genitora em decorrência do uso do fórceps, destacam-se as fissuras perineais, vaginais e roturas de esfíncter do ânus. Por outro lado, quanto ao neonato, verificam-se situações de maior gravidade, dentre as quais estão o esmagamento dos nervos parietais, fraturas cranianas e lesões oculares (Zugaib, 2012, p. 48).

2.3 Violência Obstétrica Psicológica

Violência obstétrica compreende toda ação verbal que, dependendo da conduta, pode induzir na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade e abandono, levando ao medo e instabilidade emocional. Essas ações também podem gerar insegurança, desencadeando uma série de sentimentos negativos, tais como acuação, dissuasão, enganação, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio (Kondo, 2014).

Para a Psicologia, a violência contra a mulher, independente do seu tipo, causa comprometimentos à saúde física, mas o que se enfatiza são as consequências que vão além desses danos imediatos. O trauma reflete seriamente na saúde mental da mulher, principalmente vivenciado em um momento de parto ou/e pós-parto, considerado psicologicamente, como turbulento e vulnerável para a gestante e o bebê (Mendes, 2018).

Quanto a caracterização da violência obstétrica, cabe enfatizar que esse tipo de violência pode ser avaliado como a apropriação do corpo feminino e seus processos reprodutivos pelos profissionais de saúde no decorrer do ciclo gravídico puerperal. Portanto, é delineada pela clínica desumanizada, pela patologização de processos naturais e o excessivo emprego de intervenções, tendo como decorrência a perda da autonomia, e aptidão para a tomada de decisão sobre o próprio corpo e sexualidade com um impacto negativo na qualidade de vida dessas mulheres (Mendes, 2018).

A gravidez é um período marcante e transformador. É uma fase em que não é só o corpo da mulher muda, mas também o seu psicológico, ocorrendo mudanças significativas. Por isso, é muito importante que a gestante tenha um acompanhamento médico pré-natal, que são orientações psicológicas e de assistência, pois o período da gravidez envolve a iniciativa de novas atitudes e responsabilidades (Maldonado, 2002).

A violência obstétrica acarreta sofrimento físico e psíquico à mulher, além disso, a gestação e o puerpério são períodos que precisam ser vistos com especial atenção, pois envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na sua saúde mental (Aleixo; Gonçalves, 2017).

Todavia, a gestação e puerpério se torna um momento favorável para o surgimento de sintomas psicológicos e o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Os transtornos mais comuns nesse período incluem a depressão e a ansiedade (Aleixo; Gonçalves, 2017).

2.4 Violência Sexual

As violências de caráter sexual se caracterizam por qualquer ato que viole a intimidade, integridade ou pudor da paciente, incluindo a percepção individual da mulher sobre sua integridade sexual e reprodutiva, não sendo necessário o acesso direto pelo médico aos órgãos sexuais e partes íntimas do corpo (Senado Federal, 2012).

É delineada como toda atividade forçada à mulher que viole sua intimidade ou dignidade, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, tendo acesso as partes íntimas do seu corpo. Como exemplo a episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, clister, cesariana sem fundamentação baseadas em evidencias médicas, ruptura ou descolamento de membranas sem o seu consentimento informado, imposição da posição para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento (Apolinário, 2017).

Diante do exposto, observa-se que a prática excessiva de cesarianas no Brasil representa um sério risco à saúde tanto das mulheres quanto dos recém-nascidos. Além disso, existem outras práticas que contribuem para o aumento da

violência obstétrica. A hipermedicalização, caracterizada pelo uso excessivo de medicamentos e procedimentos cirúrgicos desnecessários, como a ocitocina e a episiotomia, está diretamente associada ao aumento da morbidade materna e neonatal (Lansky et al, 2017)

A episiorrafia, também conhecida como “ponto do marido”, é a sutura realizada para reparar o corte produzido pela episiotomia ou por lesões na região da vulva. Frequentemente, essa sutura é feita sem anestesia, causando dor intensa. O objetivo desse ponto é aumentar o prazer masculino, mas ignora a dor que pode ocorrer durante a relação sexual e o risco de infecção para a mulher (Almeida, 2018).

A cesariana é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção do feto através de uma incisão no abdômen e na parede uterina. O processo cirúrgico da cesariana pode ser detalhado em várias etapas: inicia-se com uma incisão na linha média do plano muscular; seguida pela celiotomia, que envolve o pinçamento duplo do peritônio parietal e a abertura transversa do peritônio visceral; uma incisão cuidadosa no miométrio com bisturi; a extração do feto; o clampeamento do cordão umbilical; o fechamento do peritônio visceral; a aproximação das bordas internas do músculo reto abdominal; a sutura da aponeurose; e, finalmente, o fechamento da pele (Mendes, 2018).

A cesárea pode ser considerada uma forma de violência obstétrica sexual quando a gestante não é devidamente informada sobre a realização do procedimento ou não dá seu consentimento para o parto cesariano (Almeida, 2018).

A aceitação ampla e a normalização da cesariana como método de nascimento são tão enraizadas que muitos pacientes do sistema de saúde a chamam simplesmente de "parto". No entanto, de acordo com a classificação utilizada no Brasil, a cesariana é, na verdade, considerada um subtipo de parto (Senado Federal, 2012).

Por conveniência, muitos médicos sugerem a cesariana e a agendam previamente para dias úteis, sem permitir que as mulheres entrem em trabalho de parto. Esta prática pode ser extremamente perigosa, pois há evidências de que o bebê pode não estar suficientemente preparado para viver fora do útero. Essas cesáreas são frequentemente marcadas antes de feriados prolongados e festas de fim de ano, para que os médicos possam se ausentar nessas datas (Senado Federal, 2012).

Diversas mulheres têm a expectativa de um parto normal, entretanto algumas recebem a informação de que o obstetra não realiza esse tipo de parto ou são pressionadas a realizar a cesárea quando já se encontram na sala de parto e têm

medo de que algo ruim possa ocorrer durante o nascimento do seu bebê em virtude da negativa do procedimento (Almeida, 2018).

Os artifícios utilizados para convencer a gestante a realizar a cesárea são os mais diversos, mesmo com todos os exames regulares. Ademais, o uso indiscriminado da ocitocina artificial, que ao ser ministrado provoca fortes contrações e, conseqüentemente, dor antes que a dilatação do canal uterino esteja completa, induz a gestante a optar pela cesárea (Almeida, 2018).

Ocorre que, as mulheres, diante da “banalização da cesariana”, acabam por não estranhar mais suas indicações, mesmo quando, desse o início da gravidez, desejavam e esperavam por um parto natural. Neste sentido, estudo realizado em 2008, sobre como se deu a escolha da via de nascimento de filhos de mulheres em duas zonas do Rio de Janeiro, esclarece que a relação que estas mantêm com seus médicos é uma grande determinante para a realização cesárea (Dias et al., 2008).

No Brasil, a cultura médica influencia na assistência ao parto e ainda há uma subestimação dos riscos da cesárea. A falta de instrução durante a gestação pode levar as mulheres a aceitarem qualquer opinião que lhe possibilite a certeza de que o bebê nascerá bem. A informação é o grande trunfo para melhorar esta situação, considerando que o parto normal traz benefícios tanto para a mãe quanto para o neonato, se faz necessário trabalhar essa escolha no decorrer da gravidez com um pré-natal de qualidade, levando em consideração os fatores que interferem na via de parto escolhida (Dias et al., 2009).

Atualmente o parto tem sido caracterizado como fenômeno que requer inúmeras intervenções médicas que menosprezam o protagonismo da mulher e esta por sua vez, é tendenciada pela cultura medicalicista e se vê tomada pelo medo deste evento desconhecido e mistificado. O que ocasiona muitas vezes que a mulher não escolha como irá ser seu parto deixando essa responsabilidade para a equipe do estabelecimento de saúde (Almeida, 2018).

Ao comparar as macrorregiões do país, Leal (2019) identifica um aumento das cesarianas intraparto, principalmente, na Região Sudeste. Este é um dado relevante para a presente pesquisa, tendo em vista que mais da metade da amostra pertence à região sudeste do país. Ou seja, o perfil regional da amostra pode influenciar diretamente o percentual e as taxas de cesárea e parto normal. Outro dado que pode colaborar para o número aproximado entre taxas de parto normal e cesárea na amostra refere-se ao perfil etário e educacional das participantes, isso porque a

maior idade e escolaridade têm sido associadas a maiores taxas de cesariana no país (Leal, 2019).

Outros estudos realizados no Brasil também verificaram associação positiva entre frequência de cesáreas e nível de escolaridade das mães. Mulheres com maior nível de escolaridade apresentam maior probabilidade de serem submetidas ao parto por cesárea, sugerindo maior acesso aos serviços de saúde para o parto. Em outros países, mulheres mais escolarizadas apresentam de três a quatro vezes mais probabilidade de parto operatório quando comparadas com mulheres analfabetas (Paulo et al., 2021).

Considerando que 14,5% das mulheres tiveram restringidos o seu direito de acompanhante, enfatiza-se que o acompanhante desempenha papel fundamental no suporte no trabalho de parto e para os desfechos perinatais, como menor duração do trabalho de parto, menor proporção de cesarianas e menor uso de analgesia, mulheres com acompanhante referem ter sofrido menos violência no parto e demonstram mais satisfação com a assistência recebida (Leal et al., 2019).

Com base nas evidências apresentadas, é possível concluir que o perfil regional, socioeconômico e educacional das mulheres influencia diretamente as taxas de cesariana e parto normal no Brasil. A concentração de cesarianas intraparto, particularmente na Região Sudeste, onde a maioria da amostra desta pesquisa está inserida, ressalta a necessidade de políticas de saúde que visem reduzir essas taxas e promover práticas baseadas em evidências para o parto.

Além disso, a presença de acompanhantes durante o trabalho de parto e parto se mostra crucial não apenas para o bem-estar físico e emocional da mulher, mas também para melhores desfechos perinatais. Portanto, é fundamental que haja um esforço contínuo para garantir o respeito aos direitos das mulheres durante o processo de parto e para promover uma assistência humanizada e baseada em evidências.

CAPÍTULO III – ANÁLISE DA RESPONSABILIDADE CIVIL DECORRENTE DA VIOLENCIA OBSTETRICA

O propósito fundamental deste capítulo é realizar uma análise detalhada da responsabilidade civil, com uma abordagem específica voltada para os profissionais médicos e as instituições hospitalares. Para fortalecer essa análise, serão cuidadosamente examinados casos práticos jurisprudenciais, cujo objetivo é evidenciar de forma incisiva a presença e os impactos da violência obstétrica.

3.1 Conceito da responsabilidade Civil

Nessa perspectiva, pode-se dizer que a responsabilidade civil é o atributo de ressarcir alguém advém de algum ato ilícito que alguém cometeu. O ato ilícito tem seu fundamento descrito no art. 186 do CC que diz: “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” (Brasil, CC, 2019).

“A noção de responsabilidade civil está ligada ao surgimento de uma obrigação derivada, ou seja, um dever jurídico sucessivo. O respaldo de tal obrigação está na ideia de que a ninguém se deve lesar”. (Gagliano, 2011, p. 44).

Diniz conceitua a responsabilidade civil como:

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

O artigo 186 do Código Civil incorporou o conceito amplo de culpa, conhecido como dolo, que se refere à conduta intencional de infringir o direito de outra

pessoa. Além disso, abrange a culpa em sentido estrito, também chamada de culpa aquiliana, onde não há a intenção deliberada de violar o direito alheio. Esta última corresponde à infração de um dever que o agente poderia conhecer e cumprir, conforme os padrões de comportamento médio (Gonçalves, 2015).

A conduta do agente é elemento primário de todo ato ilícito, este ilícito por sua vez, interessa ao Direito justamente por ofender a ordem jurídica. A lesão a bem jurídico cuja existência se verificará no plano normativo da culpa está condicionada à existência, no plano naturalístico da conduta de uma ação ou omissão que constitui a base de resultado lesivo. Não há responsabilidade civil sem determinado comportamento humano contrário à ordem jurídica. Ação ou omissão constituem, por isso mesmo, tal como no crime, o primeiro momento da responsabilidade civil (Stoco, 2015).

Nos contratos de planos de saúde, a própria entidade privada assumirá a obrigação de prestar os serviços, por meio de rede de atendimento própria ou credenciada (Scaff, 2010). Na prática, ambos os tipos de contratação são muito aproximados, já que os seguros passaram a adotar uma rede credenciada de hospitais, clínicas e profissionais, que reduz os custos da operação.

Dessa forma, como explica Scaff (2010, p. 16) tal proximidade “foi, de certa forma, reconhecida nos próprios termos da atual lei brasileira, em que ambos os tipos de empresas – seguradoras e de planos de saúde – foram tidas como operadoras”.

Revela o que a doutrina classifica como contrato personalíssimo, que é celebrado em razão de atributos pessoais e características técnicas de determinado profissional, como um médico renomado de determinada especialidade (Venosa, 2022).

É possível definir a responsabilidade civil como uma obrigação que determinada pessoa, física ou jurídica, possui diante outra pessoa, também física ou jurídica, de reparar um prejuízo que lhe tenha causado, com a criação de danos materiais, morais, afetivos, pessoais e entre outros, com o objetivo de repor a situação em que as partes se encontravam anteriormente ou fazê-las chegar o mais próximo possível disso. Assim, é importante destacar que a responsabilidade possui conotação subjetiva, enquanto a reparação é objetiva, com base na atitude espontânea ou forçada judicialmente do causador do dano (Nery; Donnini, 2009, p. 236).

A antiga distinção na responsabilidade civil dividia-a em contratual e extracontratual. Em ambas, há a quebra de um dever jurídico preexistente. A diferença

está no fato de que, na responsabilidade extracontratual, o dever é imposto por lei, enquanto na contratual, ele é estabelecido pelas partes através de um contrato (Cavaliere Filho, 2014).

O conceito de Stoco, afirma: “A expressão “responsabilidade” tem sentido polissêmico e leva mais de um significado. Tanto pode ser sinônimo de diligência e cuidado, no plano vulgar, como pode revelar a obrigação de todos pelos atos que praticam no plano jurídico” (2014, p. 178).

Quando a responsabilidade não se origina de um contrato, ela é considerada extracontratual, ou aquiliana. Nessa situação, não existe um vínculo jurídico prévio entre a vítima e o autor do dano; o que ocorre é a violação de um dever imposto pela lei. O Código Civil aborda de forma abrangente a responsabilidade extracontratual nos artigos 186 a 188 e 927 a 954, estipulando as condições e consequências dessa forma de responsabilidade (Gonçalves, 2013).

Pode-se afirmar que existe uma relação de consumo quando o fornecedor e o prestador de serviços atuam de maneira contínua e habitual. Essa relação configura uma das situações em que se aplica a responsabilidade objetiva, na qual a simples ocorrência do fato prejudicial impõe o dever de indenizar, independentemente da comprovação de culpa (Rizzardo, 2013).

3.2 Responsabilidade do hospital e do médico

Se faz necessário também o questionamento quanto à responsabilidade da rede pública de saúde, pois apesar de a violência obstétrica não ser privativa dos sistemas públicos de saúde, esses deveriam servir de exemplo ao sistema privado, já que se encontram regidos pela Administração Pública, que possui como papel principal oferecer proteção à maternidade conforme o artigo 6º da Constituição Federal (Brasil, 1988) através da adoção de políticas públicas que assegurem um parto humanizado às mulheres. Assim aduz o artigo 6º da Carta Magna:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Brasil, 1988).

A responsabilidade civil está fundamentada nos artigos 186 e 187 do Código Civil. Juntos, esses artigos fornecem a base legal para a reparação de danos,

refletindo a preocupação do legislador em equilibrar os interesses das partes e assegurar que aqueles que sofrem prejuízos sejam adequadamente indenizados.

Conforme o artigo 186 do Código Civil vigente, um ato ilícito pode ser doloso ou culposo, ambos sendo pressupostos fundamentais da responsabilidade civil. O dolo, definido como uma ação ou omissão voluntária, implica na intenção consciente do agente em violar um direito. Por outro lado, a culpa é marcada pela negligência ou imprudência, evidenciando uma falta de cuidado que resulta em dano. Essas distinções são cruciais para a compreensão e aplicação da responsabilidade civil (Gonçalves, 2014).

Conforme se depreende da análise do artigo mencionado, os atos ilícitos são a base da responsabilidade civil. Um ato ilícito é caracterizado pela ação ou omissão de um agente que, agindo com culpa ou abuso de direito, provoca danos a terceiros. Esses atos, que violam normas jurídicas, estão claramente delineados no Código Civil, estabelecendo os fundamentos legais para a reparação dos prejuízos causados (Santos, 2008).

Origem histórica, Kfourri (2011, p. 78) afirma ser possível observar que há mais de mil e quinhentos anos, já se cogitava da imperícia do médico, sendo o responsável caso viesse a causar danos ao paciente por falta de habilidade ou conhecimentos. E não era obstáculo à admissão da responsabilidade a grande admiração que se tinha pelo ofício do médico, a ponto de que seus serviços não eram estimados em dinheiro, considerando que somente eram dignos de honra.

A responsabilidade civil do médico surge, historicamente, com as mais primitivas legislações. O Código de Hamurabi (2.394 a.C.) já se referia a questões ligadas ao comportamento médico, nos arts. 218, 219 e 226, cominando pena aos médicos ou cirurgiões que cometessem lesões corporais e matassem um homem livre ou escravo. A pena prevista no art. 218 era a de Talião. A mão do médico era o órgão considerado culpado pelo insucesso. (Kfourri, 2011, p.7)

Teve seu marco no início da civilização humana, quando as sociedades primitivas reagiram prontamente às ofensas e lesões sofridas de forma imediata, direta e com violência, que se caracterizavam pela reação conjunta do grupo contra o agressor pela ofensa a um de seus componentes (Diniz, 2014).

No Egito, os médicos ostentavam elevada posição social e se confundiam, muitas vezes, com sacerdotes. Desde que respeitassem as regras, mesmo que o paciente viesse a morrer, não eram punidos. Os egípcios possuíam um livro contendo

todas as regras de obediência obrigatória pelos médicos. Seguindo-as à risca, livravam-se eles de toda e qualquer interpelação judicial. Caso contrário, eram punidos com a morte, qualquer que fosse o desfecho da doença. (Kfourri, 2011, p. 7).

Segundo Nogueira e Lessa (2003, p. 21), como resultado desse processo de medicalização e inclusão do parto na área médica, este deixou paulatinamente de ser uma experiência do universo feminino e se transformou em mais um evento médico, no qual “a parturiente foi relegada a um papel secundário no nascimento de seu filho”, e nesse sentido as mulheres não mais “fazem” o parto, entretanto sofrem o parto, pois elas acabam por delegar todas as decisões ao controle médico. É uma clara situação de subordinação.

Diniz, a respeito da responsabilidade dos enfermeiros e parteira, ensina:

Aplicam-se quanto à atividade profissional dos enfermeiros (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406 /97, e CDC, art. 14, § 4º) e parteiras os princípios alusivos à responsabilidade dos médicos no que diz respeito ao erro profissional, desde que oriundo de culpa, isto é, de imprudência, negligência e imperícia. (2009, p. 325).

E afirma que a responsabilidade dos “enfermeiros e parteiras se rege pelos mesmos princípios da responsabilidade médica no que diz respeito ao erro profissional, desde que resultante de ato culposo. Acarreta também a responsabilidade de seu empregador”. (2009, p. 326)

As atividades hospitalares englobam tanto a assistência médica quanto os serviços de hospedagem. A responsabilidade civil do hospital por danos causados aos pacientes é determinada conforme a atuação de seus agentes, dependendo da extensão e das circunstâncias de cada caso (Dias, 2006).

As diferentes abordagens para apuração da responsabilidade, seja baseada na culpa ou na teoria do risco, no contexto do direito brasileiro, têm gerado questões complexas quanto à identificação do responsável pelo ressarcimento do dano e à forma como deve ser realizada a reparação do indivíduo afetado, além da sua compensação (Diniz, 2014).

O Erro Profissional, é aquele resultante da característica inerente a todos os seres humanos: a falibilidade. Nas palavras do professor Rui Stoco (2015), “[...] é, o que resulte da incerteza ou da imperfeição da arte, e não da negligência ou incapacidade de quem exercita, salvo se tratar de erro grosseiro.”.

No entanto, tanto a doutrina quanto o Código de Defesa do Consumidor (CDC) reconhecem uma exceção para os profissionais liberais. Especificamente, o artigo 14, parágrafo 4º, do CDC estabelece que esses profissionais, como os médicos, são responsabilizados apenas em caso de culpa. Isso significa que, diferentemente de outras situações de responsabilidade objetiva, onde a mera ocorrência do dano gera o dever de indenizar, no caso dos médicos, é necessário provar a culpa para que haja responsabilização. Essa distinção visa equilibrar a proteção ao consumidor com as peculiaridades da atuação profissional liberal, que envolve muitas vezes julgamentos técnicos complexos e variáveis inerentes à prática médica (Melo, 2017).

A doutrinadora Maria Helena Diniz (2009, p. 271), define:

A responsabilidade do médico é contratual, por haver entre o médico e seu cliente um contrato, que se apresenta como uma obrigação de meio, por não comportar o dever de curar o paciente, mas de prestar-lhe cuidados conscienciosos e atentos conforme os progressos da medicina. Todavia, há casos em que se supõe a obrigação de resultado, com sentido de cláusula de incolumidade, nas cirurgias estéticas e nos contratos de acidentes.

Tanto na obrigação de meio quanto na de resultado, é essencial considerar a culpa (*lato sensu*). No caso da obrigação de meio, o paciente deve demonstrar que o médico não desempenhou suas funções de maneira adequada conforme o contrato. Já na obrigação de resultado, presume-se que o resultado negativo se deve à atuação inadequada ou culposa do profissional contratado (Stoco, 2004).

A relação entre paciente e hospital é de natureza contratual, independentemente de sua forma, podendo ser formalizada por escrito ou verbalmente, de maneira explícita ou implícita, e pode ser onerosa ou gratuita. As atividades hospitalares incluem serviços complementares como descanso, alimentação, administração de medicamentos, monitoramento, higienização, entre outros, além da terapia necessária ao paciente (Sebastião, 2003).

A legislação Civil em seu art. 951 dispõe sobre a modalidade da responsabilidade 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, CC, 200).

O médico imprudente é aquele que age sem as devidas precauções, tomando decisões precipitadas que podem resultar em sérios danos ou até mesmo na morte do paciente. A negligência médica se caracteriza pela falta de observância

dos cuidados e normas técnicas necessárias, refletindo uma espécie de desleixo ou descuido (Melo, 2017).

Por fim, a imperícia ocorre quando o profissional, devido à sua incompetência ou ignorância, falha em exercer a profissão de maneira adequada, causando prejuízos ao paciente. Cada uma dessas formas de conduta inadequada ilustra diferentes modos pelos quais um profissional de saúde pode comprometer a segurança e o bem-estar de seus pacientes, enfatizando a importância da competência, cuidado e diligência na prática médica (Melo, 2017).

Em relação a responsabilidade objetiva do hospital, os autores Stolze e Pamplona Filho (2020, p. 289) discorre:

Como deve ter sido inferido, embora a responsabilidade civil do profissional médico permaneça subjetiva, o mesmo não pode ser dito do hospital ou clínica médica em que presta serviços. Com efeito, por força da nova regra de responsabilização objetiva por ato de terceiro, contida no art. 932, III, do CC/2002, não há como deixar de aplicar o dispositivo para tais entidades. Registre-se, inclusive, que essa regra se aplica também a hospitais filantrópicos, pois a atividade com intuito assistencial não afasta a responsabilidade pelo dever geral de vigilância e eleição que deve manter com seus profissionais (Gagliano; Pamplona Filho, 2020, p. 289).

Compreende-se, portanto, que a responsabilidade subjetiva se fundamenta na culpa, manifestada através de um comportamento negligente, imprudente ou imperito. O dano não teria ocorrido se o autor tivesse agido com o mínimo de cautela e cuidado necessários para realizar a ação, ou se não tivesse se omitido diante de uma situação que exigia uma ação positiva.

Tanto o Código Civil quanto o Código de Defesa do Consumidor aplicam a teoria da responsabilidade subjetiva, vinculando a responsabilidade civil à presença de culpa, seja ela grave ou leve. A partir do momento em que se verifica a ocorrência de um dano, surge o dever de reparação, independentemente do grau de culpa envolvido (Gonçalves, 2014).

A responsabilidade civil do médico, apesar de sua natureza jurídica contratual, é de caráter subjetivo, o que significa que a culpa do profissional deve ser demonstrada. Essa responsabilidade não se baseia no simples insucesso do diagnóstico ou do tratamento administrado ao paciente. Cabe ao paciente ou aos seus familiares comprovar que o médico agiu com imprudência, imperícia ou negligência para que se configure a responsabilidade civil (Cavaliere Filho, 2007).

Na responsabilidade objetiva, a presença de culpa ou dolo por parte do agente é irrelevante. O que importa é o nexo de causalidade entre a ação do causador e o prejuízo sofrido pela vítima. Basta que haja uma ligação direta entre o ato e o dano para que o dever de indenizar seja configurado. (Diniz, 2014)

A culpa presumida foi um dos estágios na longa evolução do sistema da responsabilidade subjetiva ao da responsabilidade objetiva. Em face da dificuldade de se provar a culpa em determinadas situações e da resistência dos autores subjetivistas em aceitar a responsabilidade objetiva, a culpa presumida foi o mecanismo encontrado para favorecer a posição da vítima. O fundamento da responsabilidade, entretanto, continuou o mesmo - a culpa; a diferença reside num aspecto meramente processual de distribuição do ônus da prova. Enquanto no sistema clássico (da culpa provada) cabe à vítima provar a culpa do causador do dano, no de inversão do ônus probatório atribui-se ao demandado o ônus de provar que não agiu com culpa (Cavaliheri Filho, 2012, p. 42).

O erro médico é caracterizado na maioria das vezes por culpa, onde a forma de conduta irregular do profissional supõe uma falha técnica previsível, sendo capaz de gerar um dano ao paciente. Esse dano sofrido pode ser por imperícia, imprudência ou negligência médica (França, 2013).

O erro médico no âmbito da responsabilidade civil caracteriza-se por ser pessoal ou estrutural, ou seja, é pessoal quando o ato lesivo está intrinsecamente ligado ao fato da ação ou omissão, falta de capacidade técnica ou psíquica, erros relacionados a motivos ocasionais as condições de caráter emocional do profissional. Ainda nesse sentido, o erro médico de caráter estrutural está relacionado às falhas estruturais nas quais o ambiente de trabalho não proporciona um local adequado para um procedimento cirúrgico seguro, por exemplo. (França, 2013).

Sendo assim o Código de Ética Médico (2009), prevê:

É vedado ao médico:

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

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

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

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

O médico tem a obrigação de fornecer esclarecimentos, informações e conselhos aos seus pacientes, orientando-os sobre o diagnóstico, prognóstico, riscos, tratamento, pesquisas e precauções necessárias conforme a condição de saúde apresentada. Caso o profissional não cumpra esse dever, ele pode ser responsabilizado por violação de suas obrigações, conforme estipulado pelo Código de Ética Médica (Diniz, 2014).

A Lei nº 11.634, de 2007, desempenha um papel crucial na proteção dos direitos das gestantes, assegurando-lhes o direito fundamental de conhecer a maternidade à qual serão vinculadas para receber assistência durante a gravidez, parto e pós-parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa legislação é vital para garantir que as gestantes tenham acesso a um atendimento contínuo e de qualidade, promovendo um cuidado integral e humanizado. Ao estabelecer essa vinculação, a lei busca reduzir a mortalidade materna e infantil, assegurando que as gestantes recebam acompanhamento médico adequado desde o início da gestação até o período pós-parto, contribuindo significativamente para a saúde pública e o bem-estar das mães e dos recém-nascidos. Todos os direitos mencionados na lei, quando não cumpridos, constituem violência institucional e, conseqüentemente, violência obstétrica.

Compreende-se que a imperícia médica seria a falta de conhecimento técnico adequado ao exercício da profissão. Seja ela prática ou teórica para a realização de um ato, por exemplo, um obstetra que se diz capacitado para desenvolver o procedimento cirúrgico e acaba não executando da forma correta a cirurgia cesárea e a paciente vêm a óbito junto o bebê, dessa forma, o profissional age com imperícia, ou seja, com inabilitação para exercer sua profissão naquele procedimento específico. (França, 2013).

3.3 Análise da jurisprudência dos Tribunais de Justiça

Diante de todo o exposto até aqui, tem-se que a violência obstétrica é uma forma de violência de gênero, ou seja, “qualquer agrupamento de indivíduos, objetos, ideias, que tenham caracteres comuns”. – Dicionário Aurélio, 1986.

Neste sentido, segue abaixo o entendimento jurisprudencial do Tribunal de Justiça de Goiás:

Acerca do tema no julgamento da Apelação Civil nº

04088372520108090091, de relatoria do Desembargador José Carlos, entendeu que este caso trata de uma ação de indenização por danos morais devido a um erro médico ocorrido durante um parto, resultando em natimorto.

O apelante, litis denunciado, não interpôs o recurso adequado (agravo de instrumento) após sua citação e não ventilou a tese de descabimento da denunciação à lide na contestação, levando à preclusão dessa alegação. O recorrente teve a oportunidade de se manifestar sobre a prova pericial produzida, mas permaneceu inerte.

Não houve cerceamento de defesa, pois foram garantidos os princípios do contraditório e da ampla defesa. O laudo pericial concluiu que não havia registros de sofrimento fetal agudo. Foi mantida a condenação solidária das partes requeridas no valor de R\$ 100.000,00 por danos morais. Esse valor foi considerado razoável e proporcional, levando em conta a conduta do profissional, a capacidade financeira das partes e o bem jurídico afetado (vida do nascituro), sem representar enriquecimento ilícito da parte autora.

Nota-se neste julgamento do Tribunal de Justiça do Estado de Goiás que a interpretação do magistrado está constantemente fundamentada no conceito de falha médica, o que resulta em responsabilidade civil subjetiva para os profissionais e responsabilidade civil objetiva para o Estado.

O laudo pericial evidenciou a falta de cuidado essencial exigido pela situação e revelou indícios de que o procedimento foi conduzido de forma negligente pelo médico, culminando no falecimento do recém-nascido devido ao sofrimento fetal, agravado pela demora no atendimento.

Nesse contexto, os profissionais da medicina têm o dever de tratar seus pacientes com diligência e utilizando os métodos apropriados, sem estarem obrigados a garantir a cura. A responsabilidade civil desses profissionais é configurada quando se evidencia qualquer modalidade de culpa, seja imperícia, negligência ou imprudência (Gonçalves, 2014).

Segue abaixo, a decisão do Tribunal de Justiça do Estado do Mato Grosso do Sul:

Este caso se trata de uma Apelação Cível nº 08015326920168120045, de relatoria do Desembargadora Jaceguara Dantas da Silva, compreendeu que envolve uma ação indenizatória por erro médico durante um parto que resultou em danos físicos e estéticos ao recém-nascido, incluindo paralisia cerebral quadriplégica

espástica. Os requerentes apelaram contra a sentença de primeiro grau que afastou a condenação dos réus ao pagamento de indenização por danos materiais, morais e estéticos.

A jurisprudência do STJ afirma que, havendo vínculo do médico com o hospital, este responde solidariamente com aquele, conforme o art. 14 do CDC. Ele se aplica às operadoras de planos de saúde em relação aos danos decorrentes de falha ou erro na prestação de serviços.

A perícia médica não demonstrou nexo de causalidade entre as ações dos médicos e as lesões incapacitantes do recém-nascido. Não houve evidências de erros médicos que causassem os danos físicos à criança. As doenças preexistentes da mãe poderiam ter contribuído para a deficiência da criança.

Foi realizada uma episiotomia e, no momento do nascimento, a criança apresentou parada cardiorrespiratória, necessitando de procedimentos de reanimação. A criança permaneceu internada na UTI Neonatal por 33 (trinta e três) dias, sendo posteriormente diagnosticada com paralisia cerebral devido às complicações ocorridas durante o parto.

O tribunal reconheceu a ocorrência de violência obstétrica, caracterizada por procedimentos e condutas que violaram a integridade física e psicológica da mãe, como a realização da manobra de Kristeller e a episiotomia sem justificativa, além do desrespeito ao direito de acompanhante.

Reconheceu-se o direito da requerente à indenização por danos morais devido à violência obstétrica sofrida. A culpa de alguns profissionais (pediatra, médica residente e médica que admitiu a paciente) não foi demonstrada, afastando-se a imputação contra eles.

Recurso conhecido e parcialmente provido, concedendo indenização por danos morais à requerente, contra o parecer.

Assim, a ação de conhecimento constatou que houve violência obstétrica, uma vez que foi forçado o parto normal em vez da cesariana, com a ocorrência de vários toques durante o trabalho de parto, violação da lei do acompanhante, uso da manobra de Kristeller e episiotomia, além da utilização de extrator e fórceps.

O princípio da legalidade que vem sendo instituído no inciso II do Artigo 5º, onde aduz que ninguém será obrigado a fazer algo, a não ser que esse algo vem sendo estipulado em lei. Esse princípio anda lado a lado com o direito de autonomia da mulher. Enquanto esse princípio dar o direito de só se fazer algo em virtude de lei,

o direito de autonomia dará mulher oportunidade de fazer aquilo que acha melhor, que seria o direito de escolher a forma do parto bem como as diretrizes em que serão aplicadas durante o parto. (Almeida, 2018).

São corriqueiros os relatos de mulheres que foram atingidas em sua integridade física, mesmo após terem implorado para não sofrerem qualquer tipo de intervenção, algumas ainda chegam a reclamar de dor durante e após os procedimentos realizados em seus corpos, sem em nenhum momento foram escutadas. Além disso, o que se percebe é que o sofrimento relatado pelas parturientes, muitas vezes, não é levado em consideração, vez que o parto é tratado como procedimento doloroso e sofrível e, portanto, qualquer intervenção que venha a acelerar esse sofrimento é considerado um favor. (Aguiar, 2010).

Fica evidente a presença da violência obstétrica diante da perda de autonomia da parturiente em ser protagonista do seu parto, através de uma intervenção danosa que poderá afetar consideravelmente a sua qualidade de vida, comprometendo a integridade física, psíquica e sexual (Mendes, 2018).

Assim como um erro de diagnóstico pode implicar a responsabilidade do hospital, os danos resultantes da atuação dos obstetras que fazem parte de seu corpo clínico também podem levar a demandas indenizatórias. Nesses casos, o hospital pode ser responsabilizado, figurando como polo passivo nas ações movidas pelos pacientes prejudicados (Kfrouri Neto, 2010).

Portanto o dever de indenizar o paciente por parte do poder público não vai depender de culpa ou dolo de seus agentes de saúde, assim como as clínicas particulares, mantendo ainda o Estado o dever de indenizar às vítimas atendidas pelo SUS em hospitais ou clínicas particulares. Do mesmo modo ao Estado também assegurado o direito de regresso contra o agente que praticou a violência obstétrica desde que se comprove a culpa deste (Oliveira, 2016).

CONCLUSÃO

A monografia em questão serve como catalisador para um debate fundamental sobre a Responsabilidade Civil do Médico em casos de violência obstétrica, um fenômeno que transcende o momento do parto, permeando várias fases da gestação, desde o pré-natal até o pós-parto.

Esta é uma problemática complexa que afeta não apenas a integridade física, psicológica e sexual das mulheres, mas também sua autonomia e dignidade. A violação dos direitos fundamentais das gestantes, como a falta de consentimento informado e a imposição de procedimentos desnecessários, constitui uma violação direta de sua dignidade e autonomia.

Para entender plenamente esse fenômeno, é necessária uma análise histórica das práticas obstétricas, que evoluíram ao longo dos séculos, refletindo mudanças culturais, sociais e científicas. A crescente ênfase na autonomia da gestante e no respeito às suas escolhas individuais representa uma mudança paradigmática na assistência ao parto, enfatizando a importância da ética médica e dos direitos humanos.

Do ponto de vista jurídico, a responsabilidade civil do médico em casos de violência obstétrica é delineada por normativas como o Código Civil e o Código de Defesa do Consumidor, juntamente com jurisprudências que estabelecem parâmetros legais para a conduta médica durante o parto.

A legislação brasileira, aliada aos princípios éticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, exige dos profissionais de saúde um comprometimento inabalável com o bem-estar físico e emocional das gestantes.

A jurisprudência dos tribunais de justiça tem sido crucial na defesa desses direitos. Nos casos citados, a responsabilidade civil foi avaliada com base nos princípios da legislação civil, especialmente no que se refere à prestação de serviços

médicos. O entendimento de que tanto os profissionais de saúde quanto as instituições hospitalares são responsáveis pelos danos causados aos pacientes reflete a necessidade de garantir um cuidado diligente e adequado durante o atendimento médico.

Em suma, a jurisprudência dos tribunais de justiça desempenha um papel fundamental na proteção dos direitos dos pacientes, garantindo que a responsabilidade civil seja atribuída de forma justa e equitativa, levando em consideração os princípios éticos e legais que regem a prática médica e a relação entre profissionais de saúde e pacientes.

A conscientização sobre a violência obstétrica e a promoção de uma assistência ao parto humanizada e respeitosa são fundamentais para garantir os direitos e a dignidade das mulheres.

Uma abordagem integrada, que abrange não apenas os aspectos históricos e culturais, mas também os jurídicos e éticos, emerge como um pilar fundamental na concepção de estratégias eficazes de prevenção e intervenção diante desse fenômeno complexo e multifacetado. Essa abordagem holística reconhece a interconexão entre os diversos elementos que moldam a violência obstétrica, permitindo uma análise mais abrangente e a formulação de soluções que abordem suas raízes profundas.

REFERÊNCIAS

AGENDE. **Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento. 10 anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher.** Convenção de Belém do Pará. Brasília: AGENDE, 2004. Disponível em: <https://goo.gl/ZybHsj>. Acesso em: 22 nov. 2023.

AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de saúde pública.** 2010. 215 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde21062010175305/publico/JanaínaMAguiar.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2024.

ALEIXO, Bruna Andrade; GONÇALVES, Marcia. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério. **Revista Psiquiatry online Brasil**, vol.22, n.5, p.5, Mai. 2017. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano17/prat0517.php>. Acesso em: 24 de fev. 2024.

ALMEIDA, Marcélia Ferreira de. **A violência obstétrica como afronta aos princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia.** Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2018.

ANDRADE, Briena Padilha; Aggio, Cristiane de Melo. **Violência Obstétrica: a dor que cala.** Universidade Estadual de Londrina, 2014.

APOLINÁRIO, Vieira. **A violência obstétrica na compreensão de mulheres usuárias da rede pública de saúde do município de lins (2017).** Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/61050.pdf>. Acesso em: 24 de fev. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002.** Código Civil. Brasília, DF: Vade Mecum Saraiva Compacto, 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 01 de maio de 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990.** Código de Defesa do Consumidor. Brasília, DF: Vade Mecum Saraiva Compacto, 2019.

BRITO, Cecília Maria Costa de; OLIVEIRA, Ana Carolina Godim de Albuquerque; COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. Brasília: **Cadernos IberoAmericanos de Direito Sanitário**, 2020.

CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros de; Souza, Alex Sandro Rolland; Moraes Filho, Olímpio Barbosa. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Associação Médica Brasileira**, vol.56, n.3, pp. 333-339, 2010.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de Responsabilidade Civil**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

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

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2020.

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica** - Resolução CFM nº de 2009. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso: 05 de Jun. de 2024.

COSTA, Nilma Maia da et al. **Episiotomia nos Partos Normais: Uma Revisão de Literatura**. João Pessoa, p. 45-50, 2011. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wpcontent/...2011-2- pag-45-50-Episiotomia.pdf>. Acesso em: 29 fev. 2024.

DIAS, B. A.S. et al. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. e00073621, 2022.

DIAS, G.; Carvalho, J. K. C.; SILVA, S. K.; MENDES, T. T. **Atuação do profissional enfermeiro: recuperando o parto normal**. Biblioteca Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, 2009. Disponível em: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Atuacaodoprofissionalenfermeirorecuperandoopartonormal.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2024.

DIAS, M. A. B. et al. **Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do Rio de Janeiro**. [S.l.]. 2008.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública** 1–283 f. Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, 2006.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**. Responsabilidade Civil. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

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

DINIZ, Simone Grilo; et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. In: **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.

DINIZ, Simone; Chacham, Alessandra. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”**: o abuso de cesárea e episiotomias em São Paulo. São Paulo: Questões de Saúde Reprodutiva, 2006.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO - FPA. **Pesquisa de opinião Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados 2010**. São Paulo: FPA/SESC, 2010. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-gen-ero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>>. Acesso em: 28 fev. 2024.

FRANÇA., R., D. **A teoria do risco aplicada à responsabilidade objetiva**. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-11112011-104017/publico/DISSERTACAO_COMPLETA.pdf > Acessado em 01 de maio de 2024.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo Curso de Direito Civil: Responsabilidade Civil**. v. 3. 13 ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo curso de direito civil**, v 1: parte geral. Saraiva Educação SA, 2020.

GODINHO, Adriano Marteleto. **Responsabilidade civil, novas tendências: A responsabilidade civil dos profissionais da saúde pela violação da autonomia dos pacientes**. Indaiatuba: Editora Foco, 2017.

GONÇALVES, Carlos R. **Direito Civil Brasileiro: responsabilidade civil**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**, volume 4: responsabilidade civil. 14. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

MELO, Rayanny Campos. **Violência obstétrica: violação à dignidade humana e à saúde**. 2017.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro: Responsabilidade Civil**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: responsabilidade civil**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade civil dos hospitais: Código Civil e Código de Defesa do Consumidor.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

KONDO, Cristiane Yukiko et al. **Episiotomia “é só um cortezinho”:** violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da episiotomia de rotina. *Parto do Princípio*, n. 1, p. 1–12, 2014. Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wpcontent/themes/sentidosdonascer/assets/pdf/controversias/Episiotomia.pdf>.

LANSKLY., S., Souza., K., PEIXOTO., E., Oliveira., B., DINIZ., C., VIEIRA., N. **Violência obstétrica:** influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. 2017. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2019.v24n8/2811-2824/>. Acessado em 24 de fev. 2024.

LEAL, M. C. et al. **Avanços na assistência ao parto no Brasil:** resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cadernos de Saúde Pública* [online], [s.1.], v. 35, n. 7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>. Acesso em: 28 fev. 2024.

LEAL, M. C. et al. **Nascer no Brasil:** inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 30, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S17-S32/pt/>. Acesso em: 22 nov. 2023.

LIMA, Andreia Maura Bortoline Rezende de. **A atuação médica humanizada na promoção da saúde do paciente como fator contributivo para a racionalização da judicialização da saúde.** 2016. 146 f. Tese (Doutorado) E Curso de Direito, Programa de Estudos Pós- graduados em Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo E PUCESP, São Paulo, 2016.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez:** parto e puerpério. 16 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MANFRINI, Daniele Beatriz. **Somos todas Adelir:** partir de si e ação política frente à violência obstétrica em Florianópolis. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Florianópolis, 2017.

MARTINS, F. L. et. al. **Violência obstétrica:** Uma expressão nova para um problema histórico. *Revista Saúde em Foco*, [s.l.], n. 11, p. 413-423, 2019.

MENDES, K. A. **A caracterização da violência obstétrica na assistência prestada à parturientes em um hospital de ensino em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.**

NERY, Rosa Maria de Andrade; Donnini, Rogério (Org.). **Responsabilidade Civil:** estudos em homenagem ao Professor Rui Geraldo Camargo Viana. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

NERY, V., Lucena., G. **Principais Tipos de Violências Obstétricas Sofridas pelas Parturientes.** Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/92/1/Vanilde%20Nery_0006985.pdf. Acessado em 24 de fev. de 2024.

NOGUEIRA, A. T.; Lessa, C. **Mulheres contam o parto.** 1. ed. São Paulo: Itália Nova Editora, 2003.

OLIVEIRA, Isabela Risso. **Violência obstétrica: Violação ao protagonismo e aos direitos da mulher na experiência de parir.** 2018, 115p. Monografia de Conclusão de Curso. Área de concentração: Direito. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Franca, 2018.

OLIVEIRA, Regina Celi Ferreira. O fenômeno da violência obstétrica no sistema de saúde brasileiro. **Revista Pensar Direito**, Vol. 7, No.2, JUL/2016.

OMS, **1996 apud DAHLBERG**; KRUG, (2007).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.** 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: Maternidade Segura, 1996.

SENADO FEDERAL. **Dossiê da violência obstétrica: parirás com dor.** 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 24 de fev. 2024.

PAULO, M. C. et al. Aplicabilidade da classificação de Robson na avaliação das cesarianas na Maternidade Escola de Valença - RJ. **Revista Saber Digital**, v. 14, n. 2, p. 56-68, 2021.

RIZZARDO, Arnaldo. **Responsabilidade Civil.** 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013.
SANTOS, Andressa Heringer Lohan dos et al. **Práticas de assistência ao parto normal: formação na modalidade de residência.** Revista Enfermagem UFPE on line, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistasenfermagem/article/view/11871>. Acesso em: 24 fev. 2024.

SANTOS, Mariana Beatriz B. dos. Violência Obstétrica: A Violação Aos Direitos Da Parturiente E A Desumanização Do Parto. **Revista do Direito.** V.7 n.1, 2018.

SANTOS, Romualdo Baptista dos. **Teoria geral da responsabilidade civil.** In: Araújo, Vaneska Donato de. (coord.). Responsabilidade civil. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

SCAFF, Fernando Campos. **Direito à saúde no âmbito privado: contratos adesão, planos de saúde e seguro-saúde.** São Paulo: Saraiva, 2010.

SEGATO, Rita Laura. **La guerra contra las mujeres.** Madrid: Traficantes de Sueños, 2016. Disponível em:

https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map45_segato_web.pdf. Acesso em: 22 nov. 2023.

SENA, Ligia Moreiras. **Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica** 2016, 277p. Tese de Doutorado. Área de concentração: Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://tede.ufsc.br/teses/PGSC0156-T.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2023.

STOCO, Rui. **Tratado de Responsabilidade Civil**. 10ª Edição. Editora Thomson Reuters. Revista dos Tribunais apud Caio Mário. Responsabilidade Civil. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

STOCO, Rui. **Tratado de responsabilidade civil**. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.

STOCO, Rui. **Tratado de responsabilidade civil: doutrina e jurisprudência**. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

TESSER, C. D.; Knobel, R.; Andrezzo, H. F. de A.; Diniz, S. G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade**, v. 10, n. 35, p.1-12, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>. Acesso em: 22 nov. 2023. doi: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)>.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE GOIÁS - TJGO. **APL: 04088372520108090091**, Relator: José Carlos de Oliveira, Data de Julgamento: 04/05/2020, 2ª Câmara Cível, Data de Publicação: 04/05/2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br> Acesso em: 25/05/2024.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL – TJMT. **AC: 08015326920168120045** Sidrolândia, Relator: Desa Jaceguara Dantas da Silva, Data de Julgamento: 15/02/2023, 5ª Câmara Cível, Data de Publicação: 16/02/2023. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br> Acesso em: 25/05/2024.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil: Contratos**. 22. ed. Barueri: Atlas, 2022.
ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência Obstétrica No Brasil: Uma Revisão Narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, 2017. Disponível em: <http://bit.ly/2KU9KvM>. Acesso em: 28 fev. 2024.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib obstetrícia**. Barueri: Manole, 2012.