

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**LARISSA PALMEIRA DO NASCIMENTO FERNANDES**

**ALÉM DO ERRO MÉDICO: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO  
VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES**

VOLTA REDONDA  
2018

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**ALÉM DO ERRO MÉDICO: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO  
VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES**

Monografia apresentada ao Curso de  
Direito do UniFOA como requisito à  
obtenção do título de bacharel em Direito.

Aluna:

Larissa Palmeira do Nascimento  
Fernandes

Professora Orientadora:

Marise Baptista Fiorenzano Henrichs

VOLTA REDONDA

2018



Fundação Oswaldo Aranha



FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:

*Além do uso médico: vivência obstétrica como  
relação de direitos humanos das mulheres*

Elaborado por *Luís Palmira do Nascimento* apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Direito.

Aprovada em *19* de *junho* de *2018*

Banca Avaliadora:

*Laise Baptista Saenzano Jenevaldi*

Professor Orientador - Unifoa

*Abáudio Régio Bobb de Jesus Chaves*

Professor Avaliador - Unifoa

*[Signature]*

Professor Avaliador - Unifoa

À minha filha, que me mostrou a força que é ser mulher, e à minha mãe, por toda ajuda de coração.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, de forma grandiosa, primeiramente a Deus, por toda proteção em minha jornada. Ao meu pai Paulo Henrique por todo apoio. À minha mãe Márcia, que tanto admiro, pelo total empenho em todos os aspectos da minha vida. À minha orientadora, Marise Baptista, pelo auxílio na construção da presente monografia. Agradeço também, em memória de minha avó Luzia, por cada ensinamento, e à minha tia Ivone, por toda ajuda em minha criação.

## RESUMO

A monografia busca demonstrar que a violência obstétrica é tida nas jurisprudências como erro médico, à luz da responsabilidade civil. O presente trabalho tem por escopo mostrar que tratar de violência obstétrica somente como erro médico é deixar de garantir que se busque uma forma efetiva de cessar com as violações sofridas pelas mulheres na gestação, no parto, no pós-parto e no puerpério. O fato de não existir legislação específica contribui para que a violência obstétrica seja tratada apenas como erro médico. O trabalho busca, desse modo, expor que é necessário que se encare tal violência com a devida complexidade, devendo haver uma legislação específica acerca do tema, e que tais violências sejam vistas pelo poder Judiciário como uma violação aos Direitos Humanos, tendo em vista que o Brasil ratificou acordos internacionais, integrando assim em nosso ordenamento, com efeito de norma constitucional.

**Palavras-chave:** parto; violência obstétrica; erro médico; violação de direitos humanos.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 ASPECTOS SOCIAIS DO PARTO E CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....</b>	<b>10</b>
2.1 O parto como uma prática social .....	10
2.2 Da institucionalização do parto como elemento gerador da violência obstétrica.....	12
2.3 Da caracterização da violência obstétrica.....	13
2.4 Do movimento de humanização do parto.....	18
<b>3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES E ASPECTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....</b>	<b>21</b>
3.1 Evolução dos Direitos Humanos das Mulheres .....	21
3.1.1 Dos direitos reprodutivos e sexuais.....	23
3.2 Do ordenamento jurídico brasileiro e projeto de lei acerca do tema .....	25
<b>4 VIOLÊNCIA OBSTETRICA E A RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA.....</b>	<b>30</b>
4.1 Concepção Geral acerca da Responsabilidade Civil.....	30
4.2 Da Responsabilidade Civil Médica.....	38
4.2.1 Do erro médico .....	41
4.3 Análise acerca da violência obstétrica como erro médico .....	43
<b>5 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....</b>	<b>47</b>
5.1 Violência obstétrica tida como violação de direitos humanos em decorrência dos acordos Internacionais ratificados pelo Brasil.....	47
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>52</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho vem tratar da violência obstétrica apontando inicialmente, no segundo capítulo, o contexto social do parto. O parto já foi considerado um momento de autonomia plena das mulheres, onde era realizado em sua grande maioria por parteiras, além de ser tido como um momento complexo dado por relações entre pessoas, sendo assim relações sociais, por ser entendido como um evento social, sexual e biológico.

Ocorre que, com o processo de institucionalização do parto, o nascimento se tornou um ato de intervenção médica, fazendo o uso de instrumentalização e práticas intervencionistas, chamado assim de modelo tecnocrático. Em tal modelo, a autonomia da mulher e de toda a comunidade de mulheres que o nascimento envolvia foram colocadas em segundo plano.

Ocorrendo essa transição, demonstra-se como a violência no parto começa a se fazer presente. O uso de práticas desnecessárias, a habilidade técnica médica posta em evidência, a supervalorização da tecnologia e a busca pelo lucro da comunidade médica deixaram de lado todo e qualquer aspecto social que o parto compreendia.

Foi na segunda metade do século XXI que a violência no parto é visivelmente reconhecida no mundo como violência obstétrica. Tal violência tratada no presente trabalho pode ser compreendida como a violência no momento do pré-natal, parto, pós-parto, cesárea ou abortamento, cometida contra a mulher e sua família, podendo se dar de maneira verbal, física, psicológica e sexual.

As violências praticadas no parto são extensamente repudiadas pela Organização Mundial da Saúde, através de diversas declarações acerca do tema. Mesmo assim, uma pesquisa constatou que 25% das mulheres entrevistadas já sofreram algum tipo de violação durante o parto ou na gestação. Com reivindicações de movimentos sociais de mulheres, em sua maioria mães, surgiu o movimento de humanização do parto como tentativa de luta por um tratamento digno no atendimento hospitalar.

No terceiro capítulo, expõe-se acerca dos direitos humanos das mulheres de uma maneira geral, demonstrando sua evolução, além de adentrar em direitos reprodutivos e sexuais. Demonstra ainda, de que maneira os assuntos que abrangem o tema estão inseridos em nosso ordenamento jurídico, apresentando a ausência de legislação específica que trate acerca da violência obstétrica.

No quarto capítulo, é apresentada uma perspectiva da responsabilidade civil como um todo, adentrando em responsabilidade civil médica e erro médico, para que assim se demonstre como o Judiciário lida com a violência obstétrica à luz da responsabilidade civil.

Visando demonstrar que não se trata apenas e somente de erro médico, o quinto capítulo apresenta a violência obstétrica como violação de direitos humanos das mulheres, apontando documentos internacionais dos quais o Brasil é signatário, e expondo que se trata de uma questão de saúde pública.

Ainda no quinto capítulo, é demonstrado um incipiente avanço referente ao tema, apontando uma jurisprudência recente que faz menção à proteção do parto como um direito fundamental, reforçando que as mulheres não devem ser vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação. São expostas também novas Diretrizes da Organização Mundial da Saúde, que apontam que o atendimento desrespeitoso e não digno é violação de direitos humanos.

## **2 ASPECTOS SOCIAIS DO PARTO E CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

### **2.1 O parto como uma prática social**

Toda a fase de gestação, parto e pós-parto são eventos complexos para a mulher. Mudanças decorrentes destes processos são, muitas vezes, transformadoras. Tais mudanças vão desde aspectos biológicos até um processo social que envolve o coletivo, abrangendo a família e todo meio em que a mulher está inserida (SANTOS, 2012).

As alterações fisiológicas que ocorrem no corpo da mulher durante a gravidez estão entre as mais complexas mudanças que ocorrem no corpo humano, podendo gerar uma série de sentimentos, dentre eles o medo, a insegurança, a angústia e a dúvida.

Segundo Santos (2012), a maneira que a mulher grávida lida com essas alterações, bem como o tempo de duração delas, vai depender de fatores como: planejamento da gravidez, relação familiar, cultura, meio socioeconômico, número de filhos, religião, entre outros.

As experiências vividas pelas mulheres, no momento do parto, podem ser positivas e inspiradoras, ou negativas com consequências para a vida toda. Tais experiências dependem, em grande parte, da assistência prestada. A assistência vai além do tratamento hospitalar, ela é dada por relações entre pessoas, sendo assim, relações sociais (WOLFF, 2008).

Nas palavras de Amorim (2015), o momento de parto pode ser entendido, como evento sexual, biológico e social, como se verifica a seguir:

O momento do parto pode ser entendido de diferentes maneiras, de acordo com várias culturas, entretanto, pode ser compreendido, também amplamente, como um evento sexual, biológico e social, que tem sido, em muitos casos, instrumento de poder e dominação (AMORIM, 2015, p.23).

Devido à complexidade que é gerar e dar a luz, é mais que essencial que profissionais da saúde mantenham como base o respeito, levando em consideração os valores culturais de cada mulher e seus limites, assistindo-as integralmente.

A assistência deve se dar início no pré-natal. A educação e informação prestada à gestante são de suma importância para que se desenvolva sua autonomia e obtenha informações sobre as transformações ocorridas em seu corpo, bem como as que irão ocorrer no momento do parto.

É preciso destacar que, conforme expõe o Ministério da Saúde (2001, p. 12), “a assistência pré-natal surgiu como um processo de “puericultura intra-uterina”, como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, e não como proteção a mulher.” Isso demonstra que a assistência era especialmente voltada para os bebês, colocando a mulher em segundo plano.

De acordo com Bezerra (2006), o modo como a parturiente conduz o seu corpo e se comporta durante o trabalho de parto estão diretamente ligadas às informações que recebeu no pré-natal, do contexto socioeconômico que está inserida e de seu próprio modo de agir.

Observa-se assim, que uma mulher sem informações é uma mulher sem autonomia. Se não lhe forem dadas as informações dos processos que ocorrerão em seu corpo, simplesmente permanecerá em conhecimentos de senso comum.

Dentre as imposições do senso comum direcionadas à mulher e construídas socialmente, está o medo. Nas palavras de Bezerra (2006, p. 418):

As conversas sobre o parto, contudo, como momento de dor, que são transmitidas de geração a geração, possivelmente desencadeiam um sentimento de medo nas gestantes, dificultando o parto. A dor é vista pela mulher como essencial no processo parturitivo e, ao descrever sua evolução e o comportamento assumido, mostra sentir-se em perigo, ameaçada, porque revela medo diante do desconforto provocado pela dor. Acredita que essa possa superar sua própria resistência física, possa levá-la à morte e roga pelo parto como um evento que possibilitará o término de seu sofrimento.

Sendo um evento social, o parto já foi consagrado como um evento de autonomia, ligado à força feminina de parir. Com as mudanças decorrentes das transformações sociais, e de práticas abusivas pela comunidade médica, ele foi perdendo sua essência e tornou-se, para muitos, um momento de dor, medo e insegurança.

## **2.2 Da institucionalização do parto como elemento gerador da violência obstétrica**

De acordo com Progianti (2001) em sua concepção sobre o parto, argumenta que a arte de parir fora por milênios constituída como “saber-poder-feminino”, rico em muitos saberes populares, guiado pela intuição e pelas experiências de vida do cotidiano. De tal modo, no processo de medicalização da sociedade, tal prática foi transformada em saber “poder-fazer-masculino”.

Segundo Wolff (2008), dar à luz era tido exclusivamente como um evento fisiológico, e isso contribuía para que os médicos se mantivessem longe do cenário da parturição. Aqueles que eram convocados no parto eram convocados em situações especialíssimas, que eram vividas com inquietude pelos presentes, pois significava que algo estava errado.

O parto era realizado em casa, onde a mulher era a protagonista, e contava apenas com a ajuda de parteiras ou mulheres de sua confiança (WOLFF, 2008).

Conforme Wolff (2004), todo o processo de incorporação da prática obstétrica pelos médicos iniciou-se na Europa, nos séculos XVII e XVIII, se estendendo ao Brasil com a criação de Escolas de Medicina e Cirurgia nos Estados da Bahia e do Rio de Janeiro, em 1808.

De acordo com Maia (2008), o nascimento se transformou em um ato de intervenção médica, instaurando-se o modelo tecnocrático de assistência ao parto:

De evento fisiológico, familiar e social, o parto e nascimento transformam-se em ato médico, no qual o risco de patologias e complicações se torna a regra, e não a exceção. Inaugura-se o modelo tecnocrático de assistência ao parto (MAIA, 2008, p.39).

A efetiva participação do médico no parto esteve ligada a sua própria instrumentalização (fórcepes, agulhas, tesouras, ganchos, entre outros) e práticas cada vez mais abusivas e intervencionistas, que ao decorrer dos anos se utilizou a técnica para criar uma imagem de conhecimento superior e competente, em relação às parteiras, que utilizavam apenas as mãos como instrumento (MARTIN, 2006).

O ingresso dos médicos e seus instrumentos levaram as parteiras para segundo plano e distanciou a comunidade de mulheres das ocorrências que marcavam o nascimento (WOLFF, 2004).

No Brasil, todo o processo de institucionalização do parto foi bem-sucedido, e praticamente todos os atendimentos à parturiente e ao bebê são feitos em ambiente hospitalar, mas isso não significa que a qualidade do atendimento pode ser considerada digna.

Esse modelo instaurado na grande maioria das instituições brasileiras de saúde é chamado de modelo tecnocrático do parto, e tem as seguintes características:

a) elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a autoridade, responsabilidade e a condução ativa do processo; b) não reconhece como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto; c) determina e facilita a atuação intervencionista do médico quando o mesmo achar apropriado; d) supervaloriza a utilização de tecnologia; e) aliena a parturiente em relação ao profissional e f) direciona o sistema para o lucro (SANFELICE, 2014, p.363).

Deste modo, a figura da mulher como protagonista do parto se perde, dando lugar ao médico e suas habilidades técnicas, muitas vezes não comprovadas cientificamente, mas mesmo assim, sendo utilizadas em grande escala.

### **2.3 Da caracterização da violência obstétrica**

Na segunda década do século XXI, a violência obstétrica teve sua visibilidade reconhecida no mundo, sendo tema de várias notícias, estudos, ações no Judiciário, bem como um novo conjunto de intervenções de saúde pública (DINIZ, 2005).

Pode ser conceituada como a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em estabelecimentos de saúde, que pode se dar no momento do pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Ela pode ser verbal, física, psicológica e até sexual, e pode ser expressa de forma explícita ou velada (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Conforme o Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, os atos caracterizadores da violência obstétrica podem ser de caráter físico, psicológico, sexual, institucional ou midiático:

Caráter físico: ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.  
 Caráter psicológico: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.  
 Caráter sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.  
 Caráter institucional: ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estes ações ou serviços, de natureza pública ou privada, por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica.  
 Caráter midiático: são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contra-indicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.60).

Em 2010, foi realizada uma pesquisa sobre mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, em parceria com a Fundação Perseu Abramo e o SESC. Tal pesquisa revelou que 25% das mulheres que foram entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante a gestação ou no parto.

Tais agressões vão de humilhações e gritos à recusa de alívio da dor, realização de exames dolorosos e contra-indicados, passando por xingamentos grosseiros de natureza discriminatória quanto à classe social ou cor da pele (VENTURI, 2010).

É importante destacar que esses fatores de classe social e de raça também são indicadores de maiores índices de violência obstétrica.

A “raça”/etnia a qual as mulheres pertencem influenciam na violência obstétrica em atitudes e formas de pensar. O racismo institucional é uma das principais manifestações da desigualdade racial, manifestada por meio de atitudes preconceituosas e de discriminação (SANTOS, 2016, p. 127).

São consideradas como intervenções médicas desnecessárias, de acordo com Pulhez (2013, p 05):

[...] a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), o enema (lavagem intestinal), o uso de ocitocina sintética (hormônio acelerador das contrações), anestesia, fórceps, o jejum de comida e água, exames de toques freqüentes (usados para conferir a dilatação e a descida do bebê), o rompimento artificial da bolsa e a posição horizontal da mulher.

Além dessas intervenções, algumas outras violações se destacam. A começar pela episiotomia, que pode ser conceituada:

[...] é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris. No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco se informa à mulher sobre as possibilidades alternativas de tratamento. Desse modo, a prática de episiotomia no país contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.80).

De acordo com Müller (2015), tal procedimento é mal visto por estudos bem orientados, desde a década de 1970, e pelos manuais de atenção aos partos feitos pelo Ministério da Saúde. Não existe nenhuma comprovação de sua eficácia, além de que há evidências de que a realização rotineira de episiotomia está ligada a maiores riscos à saúde da mulher.

Estudos relatam que mulheres que não sofreram episiotomia tiveram menos danos no períneo, com menos pontos, e uma melhora muito mais rápida no tecido (MATTAR, 2007).

Mesmo tal prática contrariando os preceitos da Medicina Baseada em Evidências, estima-se que ela é realizada em mais de 90% dos partos vaginais no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Desse modo, a episiotomia é tida como invisível aos sistemas de informação sobre saúde, como se ela já fizesse parte do “pacote do parto normal”:

Se for considerado que, de acordo com evidências científicas, a episiotomia tem indicação de ser usada em cerca de 10% a 15% dos casos e ela é praticada em mais de 90% dos partos hospitalares na América Latina, pode-se entender que anualmente milhões de mulheres têm sua vulva e vagina cortadas e costuradas sem qualquer indicação médica (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.89).

Outra violação é a Manobra de Kristeller, que consiste em uma manobra executada durante o parto, onde se aplica uma pressão na parte superior do útero, no momento expulsivo do parto, com a finalidade de facilitar a expulsão do bebê (BARROS, 2018).

Para tal manobra, estudos científicos não conseguiram demonstrar sua eficiência, tendo sido fortemente recomendada que não se utilize, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (BARROS, 2018). Mesmo assim, ela ainda é praticada por muitos profissionais.

A indicação de cesárea sem uma real necessidade pode também ser configurada como violência obstétrica. O Brasil é nada mais, nada menos, que o campeão de cesáreas do mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a taxa ideal para a realização desse procedimento cirúrgico é de 10% a 15%. Há comprovações de que taxas acima do aconselhado não estão associadas com a diminuição de mortalidade materna e neonatal (MANDARINO, 2009)

É necessário ressaltar que quando realizada por motivos médicos, a cesárea pode reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém, ela vem sendo feita deliberadamente, sem reais indicações, diversas vezes por conveniência médica.

No Brasil, mais de 50% dos partos são realizados por cesárea. Conforme Faundes (2004), é motivo para se assustar esse tão alto índice, tendo em vista que a um grande número de mulheres expressa o desejo de dar a luz de forma natural, no início da gravidez.

Existe uma enorme preocupação das mulheres com relação à dor do parto. A tal “escolha” feita pelas mulheres é fruto da desinformação e do medo imposto e criado pelas instituições médicas.

Considera que, no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (DINIZ, 2005, p.761).

Também conforme Diniz (2005), a cesárea é como se fosse um modo de prevenir a dor, pois é posta como um parto indolor, moderno e convencional:

A obstetrícia parece ter apelo inegável em defesa das mulheres, que seriam aqui mais beneficiadas, barganhando mais alívio da dor e mais preservação genital, desde que paguem por isso: eis o padrão ouro da assistência na prática. Nossos obstetras seriam mais humanos que os obstetras das outras: se o parto é um evento medonho, um agravo à saúde, por que não simplesmente preveni-lo, através da cesárea de rotina? Um parto moderno, indolor, conveniente em horários e datas, racional, sem gemidos, genitais expostos ou destroçados. Nesta via de parto, há também uma certa decência, um apagamento da dimensão sexual do parir (DINIZ, 2005, p.655).

Salgado (2012) relata que o medo e o sofrimento são consequências do modelo de assistência falho às evidências e pela permanência de uma cultura discriminatória e punitiva dirigida às parturientes.

Além do medo, é necessário que se destaque que tal procedimento cirúrgico previamente agendado coloca em evidência a conveniência que é para um médico, o interesse que ele tem em indicar, já que assim se permite ao obstetra que organize sua agenda e que se atenda um número muito maior de pacientes (CAETANO, 2008).

Um estudo canadense demonstrou que cesáreas agendadas estão ligadas a riscos significativos de complicações pós-parto graves, tais como parada cardíaca, hemorragia, tromboembolismo venoso e infecção grave (SALGADO, 2012).

Também pode se caracterizar a violência obstétrica por tratamento degradante e desumano, através de xingamentos, ameaças, separação do neném da mãe após o nascimento, falta de respeito aos valores culturais e religiosos da parturiente (NOGUEIRA, 2015). De acordo com Dias (2002), essa violência é chamada de violência simbólica, onde não se utiliza a força física, mas sim a coação e o medo, através de torturas psicológicas e chantagens.

Além disso, essas intervenções muitas vezes ocorrem com a mulher imobilizada no momento expulsivo, em posições sem conforto nenhum, sem privacidade, muitas vezes lhe sendo negado o direito a um acompanhante e sendo posta a instruções potencialmente danosas com ameaças de resultados adversos, caso ela não obedeça (SALGADO, 2012).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica uma declaração com o título “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” reconhecendo que tais violações merecem a devida atenção e incentivando que se tenha uma digna assistência ao parto.

Os dados referentes à violência obstétrica são alarmantes. No Brasil, segundo pesquisa realizada em 2010, pela Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro mulheres sofre esse tipo de violência. Os fatos envolvem atos de desrespeito, assédio moral e físico, abuso e negligência.

De acordo com Souza (2015), trezentas mil mulheres perdem suas vidas no mundo todo, por causas referentes à gestação, parto e puerpério. Estima-se que, anualmente, mais de dois milhões de mulheres passem por complicações nestes momentos.

Salgado (2012) reflete que há uma cultura médica de que não importa como aconteceram os procedimentos do nascimento, mas sim se o bebê e a mãe estão vivos e saudáveis depois do parto.

#### **2.4 Do movimento de humanização do parto**

O termo humanizar é utilizado há vários anos, com vários sentidos acerca do tema. A humanização da assistência, segundo Diniz (2005, p. 628), “expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano”.

Desde os anos de 1980 e 1990 profissionais do âmbito da saúde, grupos feministas e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres buscam formas de combater à violência do parto. No Brasil, o movimento contra a violência obstétrica se pauta no reconhecimento do protagonismo da mulher no parto (SENA, 2017).

Sena (2017) destaca que no Brasil, o movimento pela humanização do parto teve início de maneira descentralizada, contando com várias iniciativas de diversos Estados. Pode-se usar como destaque a fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), que promoveu um intenso debate nos anos 1990.

A Rehuna apresentou um documento intitulado como “carta de Campinas”, que representou uma maneira de denuncia baseada nas circunstâncias violentas de assistência ao parto, sendo denominadas como:

[...] pouco humanas, constrangedoras e marcadas pela ocorrência de intervenções desnecessárias e violentas, que transformava a experiência de parir e nascer em uma vivência aterrorizante, onde as mulheres se sentiam alienadas e impotentes (SENA, 2017, p.210).

Os integrantes de tal movimento eram, em sua maioria, profissionais da saúde, que atuavam na pesquisa acadêmica ou em implementação de serviços, em especial médicos e enfermeiras. Desse modo, o debate ficou restrito a esse grupo de profissionais, fazendo com que apenas uma pequena parcela de informações chegasse de fato às mulheres (SENA, 2017)

Simultânea à Rehuna, ocorreu a chegada da rede mundial de computadores, o que fortaleceu as ferramentas virtuais, facilitando a comunicação e a troca de informações entre as pessoas. Com isso, vários grupos ativistas traziam as discussões também para as plataformas digitais, especialmente as mães, que podiam agora, mesmo que de modo indireto, debater entre elas questões de iniciativas de combate à violência institucional de assistência ao parto, tendo assim o fortalecimento de lutas por meio do ativismo das redes (SENA, 2017).

No ano 2000, o Ministério da Saúde traz por meio de uma Portaria, um Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento (PHPN), com o intuito específico de atenção à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido, tendo como objetivo abaixar as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal do país (BARROS, 2018).

O Programa de Humanização traz dois aspectos da humanização fundamentais. Sendo o primeiro o respeito à convicção de que é dever dos hospitais receber com dignidade a mulher, o recém-nascido e seus familiares, de modo a criar um ambiente acolhedor, e o segundo traz medidas e procedimentos que devem ser usados pelos profissionais, evitando práticas desnecessárias (BARROS, 2018).

Barros (2018, p.555) define a humanização do parto como “uma condição de respeito à mulher como pessoa única, em questão de cidadania”, devendo o

profissional de saúde respeitar a fisiologia do parto, de modo a identificar os aspectos sociais e culturais do parto, auxiliando quando necessário e buscando dar apoio físico e emocional (BARROS, 2018).

Com discussões em alta pelo movimento de mulheres e profissionais em prol da humanização do parto e várias pesquisas acadêmicas apontando o tema, foi entre 2007 e 2010 que a assistência no Brasil passou a ser melhor investigada. Foi a partir das reivindicações de movimentos sociais de mulheres, em especial de mães, que se passou a utilizar o termo “violência obstétrica” definitivamente, que antes era tida apenas como “violência institucional em maternidades” ou por “violência no parto” (SENA, 2017).

O que se destaca para os envolvidos na luta pela humanização, é que o parto seja um evento onde as mulheres possuam autonomia, que sejam elas que conduzam seus partos, já que são elas que detêm o controle de seus corpos e conhecem a melhor maneira de dar a luz.

Desse modo, não só existe a luta pelo direito de não fazer uma cesárea, mas poder parir como e onde quiserem, seja em casa, no hospital ou em casas de parto, fazendo jus ao direito de serem acompanhadas, sendo tratadas com dignidade e respeito que merecem, livres de intervenções médicas desnecessárias (PULHEZ, 2013).

O movimento pela humanização do parto busca mudar a visão de mundo do que se denomina ser um parto, um parto não necessita ter dor, ele pode ser prazeroso e trazer boas recordações.

### **3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES E ASPECTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

#### **3.1 Evolução dos Direitos Humanos das Mulheres**

Segundo Borsato (2015), os direitos humanos devem ser compreendidos como uma reunião de princípios éticos, que surgem a partir da necessidade de cada um, e que possuem dimensão jurídica, além de englobar as condições essenciais para uma vida digna.

São direitos construídos historicamente, a partir de várias dimensões sociais, fatos históricos, culturas e relações entre as pessoas, de forma que atenda às reivindicações da sociedade.

De acordo com Ventura (2009, p.35), “os direitos humanos correspondem àqueles direitos que devem ser garantidos a todos os seres humanos, independentemente de sexo, raça, origem ou qualquer outra condição.”

Com o findar das atrocidades cometidas durante a Segunda Guerra Mundial, o Direito Internacional dos Direitos Humanos se consolidou (SOUZA, 2008). Tendo em vistas as barbaridades cometidas, houve a necessidade urgente de se buscar garantir e positivizar os direitos humanos. Três anos após o findar da Guerra, a Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no dia 10 de dezembro de 1948.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos traz, em seu primeiro artigo, o princípio da igualdade, quando diz que: “todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade.”

E em seu artigo 2º a seguinte redação:

Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação. Além disso, não será feita nenhuma distinção fundada no estatuto político, jurídico ou internacional do país ou do território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autônomo ou sujeito a alguma limitação de soberania.

Desse modo, foi posta de forma genérica o direito das mulheres, mas de um modo que não cumpria com o que realmente se precisava, tendo em vista que se necessitava por fim às discriminações sofridas, havendo a necessidade de garantias mais específicas (SANTANA, 2013).

Segundo Piovesan (2010), a concepção dos direitos humanos é uma concepção contemporânea, que é marcada pela indivisibilidade e universalidade.

Universalidade porque clama pela extensão universal dos direitos humanos, sob a crença de que a condição de pessoa é o requisito único para a titularidade de direitos, considerando o ser humano como um ser essencialmente moral, dotado de unicidade existencial e dignidade, esta como valor intrínseco à condição humana. Indivisibilidade porque a garantia dos direitos civis e políticos é condição para a observância dos direitos sociais, econômicos e culturais e vice-versa. Quando um deles é violado, os demais também o são. Os direitos humanos compõem, assim, uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada, capaz de conjugar o catálogo de direitos civis e políticos com o catálogo de direitos sociais, econômicos e culturais (PIOVESAN, 2010, p.72).

Piovesan (2010) destaca que o movimento internacional de proteção dos direitos humanos das mulheres centralizou seu foco em três situações: a violência contra a mulher, os direitos sexuais e reprodutivos, e a discriminação contra a mulher.

Foi com muita luta que, em 1979, a ONU apresentou uma Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contras as Mulheres, que é denominada pela sigla CEDAW.

Há de se reconhecer, com muito prestígio, os movimentos feministas em busca dos direitos humanos das mulheres, foram eles que pressionaram durante décadas para que a Organização das Nações Unidas assumisse uma real atenção aos direitos das mulheres.

A ONU declarou o período 1976-1985 como a Década da ONU para a Mulher. Foi nessa época que muitas militantes feministas se reuniram em vários espaços e formularam propostas referente aos Direitos Humanos, buscando incluir questões específicas para as mulheres. Foi nessa época que a ONU realizou muitas conferências, entre elas a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, em Viena (1993) e a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo (1994). As mulheres organizadas participaram desses debates, o que resultou em alguns avanços, como a redação que consta no artigo 18 da Conferência de Viena, que diz “os direitos humanos das mulheres e das meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais”. É importante lembrar que na Conferência referida foi enfatizada a igualdade

de gênero e a proteção aos direitos humanos das mulheres e meninas (SOUZA, 2008, p.04).

A Declaração Universal de 1948 foi reiterada pela Declaração de Direitos Humanos de Viena de 1993, que trouxe os direitos humanos das mulheres de forma explícita como “parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais” (PIOVESAN, 2010, p.75).

Nas palavras da autora:

O legado de Viena é duplo: não apenas endossa a universalidade e a indivisibilidade dos direitos humanos invocada pela Declaração Universal de 1948, mas também confere visibilidade aos direitos humanos das mulheres e das meninas, em expressa alusão ao processo de especificação do sujeito de direito e à justiça enquanto reconhecimento de identidades. Neste cenário as mulheres devem ser vistas nas especificidades e peculiaridades de sua condição social. O direito à diferença implica o direito ao reconhecimento de identidades próprias, o que propicia a incorporação da perspectiva de gênero, isto é, repensar, revisar e reconceptualizar os direitos humanos a partir da relação entre os gêneros, como um tema transversal (PIOVESAN, 2010, p.75).

### **3.1.1 Dos direitos reprodutivos e sexuais**

O reconhecimento dos direitos reprodutivos foi feito ao longo de um processo que encarou muita resistência, e sua atuação está longe de ser efetiva, mesmo nos países bem desenvolvidos (MATTAR, 2012).

De acordo com Leão (2013), a constituição dos direitos humanos é por meio de princípios e normas, que trazem garantias referentes ao exercício da sexualidade e reprodução humana:

Os Direitos Reprodutivos são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. É, portanto, o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza (LEÃO, 2013, p.19).

A asseguaração dos Direitos Reprodutivos envolve garantir direitos relacionados à autonomia e autodeterminação das funções reprodutivas, reconhecidas pelos Pactos e Convenções de Direitos Humanos e na Constituição Federal Brasileira (VENTURA, 2009).

Conforme Ventura (2009), não se pode limitar o sentido dos Direitos Reprodutivos à simples proteção da reprodução humana, mas deve-se englobar as relações dos direitos sociais e individuais, através de políticas públicas e leis que se encarregam de constituir equidade nessas relações.

Conjuntamente, há de se fazer menção à caracterização atual dos direitos sexuais, que se manifestaram a partir de várias reivindicações no início dos anos 1980, pelo movimento LGBT, quando houve a explosão da epidemia da AIDS, e também com esforços do movimento feminista (MATTAR, 2012).

Os direitos sexuais não estão legitimamente assegurados. São, no geral, reconhecidos nas políticas públicas e nas leis ligadas aos Direitos Reprodutivos, sendo reconhecido pelo termo “Direitos Sexuais e Reprodutivos”.

Há uma forte crítica em relação a isso, que é a dificuldade de se caracterizar os direitos sexuais no setor das ações de saúde de prevenção, de forma independente, e entraves para delimitar os temas pertinentes a sexualidade (VENTURA, 2009).

Diante disso, Luz (2009, p.232) detalha:

direitos sexuais e reprodutivos incluem: a) o direito de adotar decisões relativas à reprodução sem sofrer discriminação, coerção ou violência; b) o direito de decidir livre e responsabilmente o número de filhos e o intervalo entre seus nascimentos; c) o direito de ter acesso a informações de métodos anticoncepcionais, meios seguros (serviços) disponíveis, acessíveis e à toda a tecnologia disponível para ter ou não ter filhos; d) o direito de acesso ao mais elevado padrão de saúde reprodutiva; e) a reprodução como direito de personalidade. Por sua vez, os direitos sexuais compreendem: a) o direito a decidir livre e responsabilmente sobre sua sexualidade; b) o direito a ter controle sobre seu próprio corpo; c) o direito a viver livremente sua orientação sexual, sem sofrer discriminação, coação ou violência; d) o direito a receber educação sexual; e) o direito à privacidade; f) o direito a fruir do progresso científico e a consentir livremente com a experimentação, com os devidos cuidados éticos recomendados pelos instrumentos internacionais; g) o direito de ter a prática sexual desvinculada da gerência do Estado e da reprodução; h) a sexualidade como direito de personalidade.

O documento oriundo da Conferência do Cairo observa como direitos humanos básicos o direito de decidir responsabilmente sobre o espaçamento, o número e a oportunidade de ter filhos. Observa também que é necessário a livre

informação e meios para usufruir do alto padrão de saúde sexual e reprodutiva, ficando livre de violências, discriminações e coerções (VENTURA, 2009).

Segundo Ventura (2009), a Conferência de Pequim também integra como documento para a atuação dos direitos humanos, pois reconhecem a reprodução e a sexualidade como bens jurídicos merecedores de proteção e promoção peculiares, em proveito da dignidade e do livre desenvolvimento do ser humano.

No que diz respeito à assistência ao parto, esses direitos foram impulsionados por movimentos feministas ao decorrer dos anos, que reivindicaram que a reforma do parto fosse vista pela concepção de violação aos direitos reprodutivos sexuais, e, conseqüentemente, violação aos direitos humanos.

Luz (2009) indica como lesões diretas aos direitos reprodutivos e sexuais o uso indiscriminado do corpo feminino, a excessiva medicalização do corpo da mulher, o desrespeito à autonomia de suas decisões, fazendo menção às práticas ligadas à reprodução no campo da tecnologia médica, tais como:

as esterilizações sem consentimento, as cesáreas desnecessárias, os métodos concepçionais de longa duração, o tratamento dado às mulheres nas salas de parto, os procedimentos médicos invasivos, ou as tecnologias conceptivas da reprodução humana, com suas várias implicações (LUZ, 2009, p.227).

### **3.2 Do ordenamento jurídico brasileiro e projeto de lei acerca do tema**

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 trouxe uma importante transformação no que diz respeito à igualdade de gênero, trazendo em seu artigo 5º, inciso I, a igualdade entre homens e mulheres como um direito fundamental:

Pela primeira vez na história constitucional brasileira, consagra-se a igualdade entre homens e mulheres, como um direito fundamental, nos termos do artigo 5º, inciso I do texto. O princípio da igualdade entre os gêneros é endossado no âmbito da família, quando o texto vem a estabelecer que os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelos homens e pelas mulheres, em conformidade com o artigo 226, parágrafo 5º. Daí a edição do novo Código Civil brasileiro e a necessidade de reforma da legislação penal da década de 1940 (PITANGUY, 2015, p.02).

Em relação à gestação e ao parto, a Constituição Federal, em seu artigo 6º, caput, determina a proteção à maternidade no rol dos direitos sociais:

Art. 6º: 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).

O artigo 226, parágrafo 7º, vem considerar os direitos reprodutivos:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

A Lei 9263 de 1996, chamada de Lei do Planejamento Familiar, vem regulamentar tal parágrafo, definindo planejamento familiar como: “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”.

O Brasil não possui uma legislação específica que verse sobre a violência obstétrica. Entretanto, há instrumentos normativos que dizem respeito ao parto de uma maneira geral.

A Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, conhecida como Lei do Acompanhante, garante às mulheres o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.  
§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.  
§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Tal lei foi regulamentada pela portaria nº 2418 do Ministério da Saúde, para atender o § 2º e estabelecer o prazo para adequação da norma.

Argumentou-se que a responsabilidade de assegurar o direito ao acompanhante seria apenas dos hospitais públicos, já que o artigo 19-J diz respeito

apenas ao Sistema Único de Saúde. Porém, a Constituição Federal reconhece que os serviços de saúde são de mérito público, e que os serviços privados devem agir de forma suplementar ao público, vinculando-se a fiscalização, regulamentação e controle do Poder Público (VENTURA, 2009).

Há um problema em relação a essa lei. Ela institui o direito à parturiente de um acompanhante de sua escolha, mas não possui meios de estabelecer punições a quem impedir que se cumpra a norma, pois faltam fundamentos no corpo do Código Penal.

Esta configuração, de certa maneira, esvazia parcialmente a eficácia do instrumento legal pois, tendo o gestor da instituição de saúde conhecimento jurídico do fato, e na negativa em cumprir o dispositivo, sabe que após a denúncia não há maiores consequências no sentido de reparar o dano cometido (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.21).

Também há de se mencionar a Portaria do Ministério da Saúde numero 569, de 01 junho de 2000, que trouxe a Política de Humanização do Parto e do Nascimento, que instituiu os seguintes princípios e diretrizes:

a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;  
b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;  
c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;  
d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;  
e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;  
f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Foi aprovado no estado de Santa Catarina, o projeto de lei 0482.9/2013, no dia 07 de dezembro de 2016, em sessão na Assembléia Legislativa e sancionada pelo governador no dia 19 de janeiro de 2017, dispondo sobre a proteção à gestante e parturiente. Agora, no estado, os atos cometidos por médicos e outros profissionais da saúde que gerem ofensa, física ou verbal, às gestantes, parturientes ou no pós-parto são considerados violência obstétrica.

Existem também projetos de lei acerca dos serviços de atenção obstétrica tramitando tanto em âmbito estadual como em âmbito federal.

Um deles é o Projeto de Lei Federal número 7633 de 2014 do deputado Jean Wyllys, que tem sua estrutura baseada na humanização e na assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo puerperal. Define-se nesse projeto de lei o alcance do tratamento humanizado, os direitos da mulher em relação a todas as fases da gravidez, parto, abortamento e puerpério, dentre os diversos procedimentos realizados de forma abusiva.

Em seu artigo 13, empenhou-se em demonstrar de forma clara a definição e caracterização da violência obstétrica:

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

Ao longo dos seus artigos, exemplifica os procedimentos e condutas que se caracterizam como violência obstétrica, e prevê penalidades ao estabelecimento de saúde e também consequências ao profissional de saúde de forma direta, além de estabelecer que ele responda por processo administrativo:

Art. 17, § 1º - Os profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas condutas.

§ 2º - Os casos de violência obstétrica serão também notificados aos Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem, para os devidos encaminhamentos e aplicações de penalidades administrativas aos profissionais envolvidos.

Em seu artigo 25, discorreu acerca do controle dos índices de cesarianas:

Os índices de cesarianas nas instituições ou estabelecimentos obstétricos públicos ou privados de saúde suplementar não deve ultrapassar a média preconizada pela Organização Mundial da Saúde, pactuada com o Poder Executivo Federal em valores e períodos definidos pelo Ministério da Saúde, exceto em hospitais-maternidades de renomada referência setorial

que possuam maior demanda de atendimentos de alto risco, que deverão pactuar oficialmente seus próprios índices.

Observa-se, deste modo, que o Brasil possui instrumentos normativos e também projeto de lei acerca do tema. Porém, isso não faz com que a prática seja menos recorrente no país.

Não faltam, portanto, referências técnicas sobre os procedimentos necessários à humanização do atendimento à saúde, sendo o Ministério da Saúde, em suas atribuições, bastante competente segundo os aspectos teórico e abstrato. Contudo, é interessante observar, sob ótica sociológica, o peso, no aspecto semântico, da palavra lei, ainda que, do ponto de vista executivo, lei e portaria tenham o mesmo peso (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.24).

Usar indicadores mais abrangentes na área da saúde pública permite reerguer as práticas da saúde e também do sistema jurídico, de tal modo que as leis reguladoras devem adequar-se aos princípios dos direitos humanos (VENTURA, 2009).

Para Ventura (2009), os direitos reprodutivos são pouco reivindicados juridicamente, uma vez que são de difícil acesso. A estratégia que deveria ser usada para que essas mulheres tenham um amplo acesso à justiça seria, além das garantias jurídicas, as garantias sociais e políticas.

## 4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA

### 4.1 Concepção Geral acerca da Responsabilidade Civil

Para que se possa adentrar em a responsabilidade civil médica, é necessário que haja uma visão ampla do conceito de responsabilidade civil.

A origem da palavra responsabilidade vem da raiz latina *spondeo*, onde o devedor se vinculava, formalmente, nos contratos verbais de direito romano. Segundo Nader (2016, p.03) “o vocábulo responsabilidade provém do verbo latino *respondere*, de *spondeo*, que significa garantir, responder por alguém, prometer”.

A responsabilidade civil pode ser conceituada, conforme Farias (2015, p.121): “é reparação de danos injustos resultantes da violação de um dever geral de cuidado”.

Há diversas interpretações acerca da responsabilidade, algumas com fundamento psicológico, outras com fonte na doutrina do livre arbítrio, mas o sentido de responsabilidade como aspecto da realidade social se destaca (GONÇALVES, 2017).

De acordo com Gonçalves (2017), qualquer atividade que provoca prejuízo, traz como fato social, o dever de restaurar o equilíbrio patrimonial e moral da vítima. A fonte causadora da responsabilidade civil é a importância em restabelecer o equilíbrio e a harmonia que foram atingidos pelo dano:

Pode-se afirmar, portanto, que responsabilidade exprime ideia de restauração de equilíbrio, de contraprestação, de reparação de dano. Sendo múltiplas as atividades humanas, inúmeras são também as espécies de responsabilidade, que abrangem todos os ramos do direito e extravasam os limites da vida jurídica, para se ligar a todos os domínios da vida social (GONÇALVES, 2017, p. 19).

Para Gonçalves (2017), a concepção de responsabilidade pode resultar, separada ou concorrentemente, tanto da violação de normas jurídicas, como também de normas morais. Em relação ao campo jurídico, ocorre quando há o descumprimento da norma e que gere dano ao sujeito ou a coletividade, gerando ao

autor da lesão a obrigação de restaurar o direito ofendido, reparando em pecúnia ou em espécie.

Já a atuação no âmbito da moral, Gonçalves (2017) disserta que ela atinge a consciência individual. O indivíduo se sente responsável moralmente perante a sua consciência, não se exteriorizando socialmente, não tendo assim, repercussão no ordenamento jurídico.

Há de se dar a distinção entre obrigação e responsabilidade. De acordo com Gonçalves (2017, p.20) “obrigação é o vínculo jurídico que confere ao credor (sujeito ativo) o direito de exigir do devedor (sujeito passivo) o cumprimento de determinada prestação”.

A obrigação surge de várias fontes e deve ser efetuada de forma espontânea e livre. Quando não efetuada, surge o inadimplemento e assim nasce a responsabilidade, ou seja, a responsabilidade só surge se o devedor não cumpre a obrigação. Deste modo, a responsabilidade é consequência jurídica patrimonial do não cumprimento da relação obrigacional (GONÇALVES, 2017).

No mesmo sentido, pode-se dizer que a obrigação é um dever jurídico originário, decorrente da lei, do contrato, da declaração unilateral de vontade e do ato ilícito.

No que tange aos contratos, havendo inadimplemento, pela prestação de serviço defeituoso, nasce a responsabilidade, sempre que alguém se compromete a prestar serviços profissionais a outrem. Não cumprindo, surge então o dever jurídico sucessivo, que é a responsabilidade. Nas palavras de Cavalieri Filho (2015, p. 16):

Obrigação é sempre um dever jurídico originário; responsabilidade é um dever jurídico sucessivo, conseqüente à violação do primeiro. Se alguém se compromete a prestar serviços profissionais a outrem, assume uma obrigação, um dever jurídico originário. Se não cumprir a obrigação (deixar de prestar os serviços), violará o dever jurídico originário, surgindo daí a responsabilidade, o dever de compor o prejuízo causado pelo não cumprimento da obrigação. Em síntese, em toda obrigação há um dever jurídico originário, enquanto na responsabilidade há um dever jurídico sucessivo.

É nesse sentido que se encontra a noção de responsabilidade civil. A essência da responsabilidade está diretamente vinculada ao sentido de desvio de conduta, designando o dever jurídico sucessivo que o indivíduo tem de reparar o prejuízo quando violar um dever jurídico originário (CAVALIERI FILHO, 2015).

De acordo com Farias (2015), a responsabilidade civil possui uma multifuncionalidade, sem hierarquia entre as funções. As funções podem ser: reparatória, punitiva ou precaucional. A reparatória possui o sentido de reequilíbrio patrimonial, a punitiva age como uma forma de desestímulo de comportamentos reprováveis, e a precaucional visa inibir atividades potencialmente danosas:

Especificamente, no setor da responsabilidade civil há uma pluralidade de funções, sem qualquer prioridade hierárquica de uma sobre a outra. Cremos que no direito brasileiro no alvorecer do século XXI a conjunção destas orientações permite o estabelecimento de três funções para a responsabilidade civil: (1) função reparatória: a clássica função de transferência de danos o patrimônio do lesante ao lesado como forma de reequilíbrio patrimonial; (2) função punitiva: sanção consistente na aplicação de uma pena civil ao ofensor como forma de desestímulo de comportamentos reprováveis; (3) função precaucional: possui o objetivo de inibir atividades potencialmente danosas (FARIAS, 2015, p. 37).

No que diz respeito à importância da responsabilidade civil, Gonçalves (2017) destaca a tendência de não deixar que a vítima de atos ilícitos fique irressarcida, além de pôr em evidência a importância da restauração de um equilíbrio patrimonial e moral. É questionado se a punição que o ordenamento jurídico usa como solução destina-se a repreender o autor de conduta antijurídica, ou tem como objetivo recompensar a vítima do dano.

De acordo com Gonçalves (2017), durante muito tempo compreendeu-se que era injusta toda sanção que dispensava a vontade de agir. Isso porque entendiam que sem um ato culpável e voluntário, não podia haver responsabilidade.

Atualmente, em face das exigências por senso de justiça e por respostas condizentes à segurança das pessoas, todo dano deve ser indenizado. Sendo assim, ocorreu uma mudança de ótica, do enfoque de se julgar a conduta do indivíduo, passou-se a julgar o próprio dano, verificando sua injustiça ou ilicitude, muitas vezes prescindindo-se da culpa do agente, mas apenas do risco que aquele impõe à coletividade, como se verifica, *in verbis*:

A reparação dos danos tornou-se uma questão prioritária de justiça, paz, ordem e segurança, e, portanto, para o direito. O fundamento da responsabilidade civil deixou de ser buscado somente na culpa, podendo ser encontrado também no próprio fato da coisa e no exercício de atividades perigosas, que multiplicam o risco de danos. Fala-se, assim, em responsabilidade decorrente do risco-proveito, do risco criado, do risco profissional, do risco da empresa e de se recorrer à mão de obra alheia etc. Quem cria os riscos deve responder pelos eventuais danos aos usuários ou consumidores (GONÇALVES, 2017, p.30).

Conforme Cavalieri Filho (2015), a responsabilidade é vista no esquema geral da ordem jurídica e é tida como um fenômeno jurídico. Tal fenômeno inicia-se a partir do sentido de fato jurídico. Ihering dizia que o direito nasce dos fatos – *facto jusoritur*, e somente aquele fato que se ajusta à hipótese prevista em lei é que faz o direito se manifestar.

Desse modo, não é qualquer fato social que pode se considerar fato jurídico, para que seja, é necessário que a norma incida sobre o fato. Nas palavras do autor:

Quando, no mundo real, ocorre um fato que se ajusta à hipótese prevista na norma (fato jurígeno), a norma incide sobre esse fato, atribuindo-lhe efeitos jurídicos. Eis aí o fato jurídico, que, como sabido, é o acontecimento capaz de produzir consequências jurídicas, como o nascimento, a extinção e a alteração de um direito subjetivo (CAVALIERI FILHO, 2015, p. 21).

O fato jurídico pode ser dividido em fato jurídico voluntário e fato jurídico natural. Voluntário é aquele que decorre de condutas humanas, e o natural origina-se de acontecimentos da natureza. Sendo que o voluntário subdivide-se em lícitos, que são os fatos praticados conforme a lei, e em ilícitos, que são aqueles que vão contrários a norma jurídica (CAVALIERI FILHO, 2015).

Os atos lícitos se subdividem em negócio jurídico e ato jurídico. O que irá caracterizá-los é o sentido dos efeitos. Os efeitos do fato jurídico já estão predeterminados na lei, enquanto os do negócio jurídico serão escolhidos de acordo com a vontade de quem os praticou. Conforme explica Cavalieri Filho:

O ato jurídico caracteriza-se pelo fato de ter seus efeitos predeterminados pela lei. É certo que depende do querer do homem praticá-lo ou não; vincula-se, neste aspecto, à vontade humana. Mas, ao fazê-lo, objetiva alcançar determinados efeitos jurídicos, isto é, aqueles já estabelecidos no ordenamento jurídico. Bons exemplos de ato jurídicos são o reconhecimento de paternidade e a adoção. A pessoa que adota ou que reconhece um filho limita-se a manifestar sua vontade, com obediência às formalidades legais

exigidas. Nada estabelece quanto às consequências da sua manifestação de vontade, pois isso já está predeterminado pela lei. O negócio jurídico também depende do querer humano, mas os efeitos a serem por ele produzidos serão aqueles eleitos por quem o pratica. A bilateralidade, portanto, não é requisito básico do negócio jurídico, como numa visão superficial possa parecer. O que o caracteriza é o fato de ter seus efeitos eleitos por quem o praticou. O testamento, por exemplo, é um ato unilateral e consiste em negócio jurídico, uma vez que seu conteúdo é determinado pela vontade do testador (CAVALIERI FILHO, 2015, p.22).

Os atos ilícitos, por sua vez, são os que merecem destaque, tendo em vista que eles são considerados os fatos geradores da responsabilidade civil.

Os atos ilícitos devem ser considerados com um duplo sentido, sendo eles o sentido amplo e o sentido estrito. O sentido estrito compreende o ato ilícito como o conjunto de pressupostos da obrigação de indenizar, no sentido de que a responsabilidade civil é um fenômeno que se oriunda de requisitos diversos e unidos, ocasionando um dano injusto (CAVALIERI FILHO, 2015).

No sentido amplo, também chamado de sentido *lato*, é indicada apenas a conduta humana ilícita, sem que se refira ao elemento psicológico ou subjetivo. Eles podem se dar toda vez que alguém fere direito positivo:

O direito se constitui como um projeto de convivência, dentro de uma comunidade civilizada (o Estado), no qual se estabelecem os padrões de comportamento necessários. A ilicitude ocorre quando in concreto a pessoa se comporta fora desses padrões. Em sentido *lato*, sempre que alguém se afasta do programa de comportamento idealizado pelo direito positivo, seus atos voluntários correspondem, genericamente, a atos ilícitos (atos do homem atirantes com a lei). Há, porém, uma ideia mais restrita de ato ilícito, que se prende, de um lado ao comportamento injurídico do agente, e de outro ao resultado danoso que dessa atitude decorre para outrem. Fala-se, então, de ato ilícito em sentido estrito, ou simplesmente ato ilícito, como se faz no art. 186 do atual Código Civil. Nesse aspecto, a ilicitude não se contentaria com a ilegalidade do comportamento humano, mas se localizaria, sobretudo, no dano injusto a que o agente fez a vítima se submeter (THEODORO JUNIOR, 2008 *apud* CAVALIERI FILHO, 2015, p.23).

O antigo Código Civil de 1916 era fundado na responsabilidade civil subjetiva, que sustenta que a culpa ou dolo do agente deve ser provado, e só assim haver a reparação do dano. Tal código contava apenas com pouquíssimos casos de responsabilidade objetiva, onde a culpa se dá de maneira presumida.

No Código Civil de 2002, o legislador também se preocupou em fundamentar a responsabilidade na ideia de culpa, tendo continuado o legislador fiel a teoria subjetiva, conforme se mostra nos artigos 186 e 927.

Os atos ilícitos podem ser definidos pelo Código Civil de 2002, em seu artigo 186, *verbis*: “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”.

Tal artigo traz consigo os pressupostos da responsabilidade civil subjetiva, conforme detalhado por Cavalieri Filho (2015):

a) conduta culposa do agente, o que fica patente pela expressão “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imperícia”; b) nexos causal, que vem expresso no verbo causar; e c) dano, revelado nas expressões “violar direito ou causar dano a outrem” (CAVALIERI FILHO, 2015, p. 35).

E, em seu artigo 927, dispõe:

Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo. Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

Nas palavras de Gonçalves (2017, p.45): “para que haja responsabilidade, é preciso que haja culpa. A reparação do dano tem como pressuposto a prática de um ato ilícito. Sem prova de culpa, inexistente a obrigação de reparar o dano.”

Entretanto, o atual Código também conta com princípios da responsabilidade objetiva em seus dispositivos e também em leis esparsas. Conforme Gonçalves (2017), podem ser usados como exemplos:

[...] arts. 936 e 937, que tratam, respectivamente, de responsabilidade do dono do animal e do dono do edifício em ruína; como nos arts. 938, 927, parágrafo único, 933 e 1.299, que assim responsabilizam, respectivamente, o habitante da casa de onde caírem ou forem lançadas coisas em lugar indevido, aquele que assume o risco do exercício de atividade potencialmente perigosa, os pais, empregadores e outros, e os proprietários em geral por danos causados a vizinhos (GONÇALVES, 2017, p. 45).

Portanto, o Código Civil de 2002 é composto por cláusulas gerais tanto para a responsabilidade objetiva como para a responsabilidade subjetiva. Sendo essa uma das espécies em que a responsabilidade pode ser dividida.

Outra divisão de espécies de responsabilidade pode se dar por responsabilidade civil e penal. Não há que se falar em uma diferença relevante entre as duas, somente em relação à gravidade das condutas, que se forem mais graves, são sancionadas pela lei penal. E, sendo mais leves, são direcionadas para a lei civil:

Por mais que buscassem, os autores não encontraram uma diferença substancial entre o ilícito civil e o penal. Ambos, como já ficou dito, importam violação de um dever jurídico, infração da lei. Bellingjá acentuava que a única diferença entre a ilicitude penal e a civil é somente de quantidade ou de grau; está na maior ou menor gravidade ou imoralidade de uma em cotejo com outra. O ilícito civil é um minus ou residuum em relação ao ilícito penal. Em outras palavras, aquelas condutas humanas mais graves, que atingem bens sociais de maior relevância, são sancionadas pela lei penal, ficando para a lei civil a repressão das condutas menos graves (CAVALIEIRI FILHO, 2015, p. 32).

De tal modo, uma mesma conduta pode incidir, concomitantemente, tanto na esfera cível como na esfera penal, formando assim dupla ilicitude:

O motorista que, dirigindo com imprudência ou imperícia, acaba por atropelar e matar um pedestre fica sujeito à sanção penal pelo crime de homicídio culposo e, ainda, obrigado a reparar o dano aos descendentes da vítima. Em tal caso, como se vê, haverá dupla sanção: a penal, de natureza repressiva, consistente em uma pena privativa de liberdade ou restritiva de direitos, e a civil, de natureza reparatória, consubstanciada na indenização (CAVALIERI FILHO, 2015, p. 32).

Demonstrando a similaridade entre essas responsabilidades, há de se mencionar que a sentença penal condenatória faz coisa julgada no cível quanto ao dever de indenizar.

[...] a sentença penal condenatória faz coisa julgada no cível quanto ao dever de indenizar (andebeatur) o dano decorrente do crime, consoante os arts. 91, I, do Código Penal, 63 do Código de Processo Penal e 475-N, III, do Código de Processo Civil [...]. Sendo o ilícito e a culpa penal mais graves, caracterizado o ilícito mais grave, está também caracterizado o menos grave (CAVALIERI FILHO, 2015, p. 32).

A responsabilidade também pode ser dividida em contratual e extracontratual, e tal divisão é feita de acordo com a qualidade da violação.

A contratual se dá por um vínculo obrigacional pré-existente e tem como consequência do inadimplemento o dever de indenizar, enquanto na responsabilidade extracontratual não existe qualquer relação jurídica entre o causador do dano e a vítima, ela se dá em razão de lesão a direito subjetivo.

Em decorrência do descumprimento de um dever jurídico preexistente, firmado por meio de uma relação obrigacional, seja ela por prestação ou dever anexo de negócios jurídicos bilaterais ou unilaterais, é que se pode ter a noção de responsabilidade contratual.

A responsabilidade extracontratual se dá com a obrigação de reparar o dano sem que exista uma pré relação jurídica obrigacional entre aquele que causou o dano e aquele que foi lesado. Nessa modalidade, o dano decorre da violação ao *neminem laedere* (não lesar ninguém), imposto de forma *erga omnes* (que impõe a todos os membros da sociedade, sem distinção) (FARIAS, 2015).

Em ambas há a violação de um dever jurídico preexistente, havendo distinção na relação jurídica, e não no dever jurídico, pois este se dá em qualquer responsabilidade. Então, se a responsabilidade se dá de forma preexistente por meio de um contrato, será esta contratual, já se não houver uma relação jurídica firmada e se vier a violar um dever jurídico preexistente na lei ou na ordem jurídica, será esta responsabilidade extracontratual:

Em suma: tanto na responsabilidade extracontratual como na contratual há a violação de um dever jurídico preexistente. A distinção está na sede desse dever. Haverá responsabilidade contratual quando o dever jurídico violado (inadimplemento ou ilícito contratual) estiver previsto no contrato. A norma convencional já define o comportamento dos contratantes e o dever específico a cuja observância ficam adstritos. E como o contrato estabelece um vínculo jurídico entre os contratantes, costuma-se também dizer que na responsabilidade contratual já há uma relação jurídica preexistente entre as partes (relação jurídica, e não dever jurídico, preexistente, porque este sempre se faz presente em qualquer espécie de responsabilidade). Haverá, por seu turno, responsabilidade extracontratual se o dever jurídico violado não estiver previsto no contrato, mas sim na lei ou na ordem jurídica (CAVALIERI FILHO, 2015, p.33).

## 4.2 Da Responsabilidade Civil Médica

O erro profissional em determinadas ocupações profissionais pode ser fatal. Com isso, o exercício da profissão deve exigir certos requisitos legais, dentre eles graduação específica e inscrição em órgão especial. A especialidade médica se encaixa nessas profissões, contudo, a mera observância de tais requisitos não exime os profissionais de responsabilidade (CAVALIERI FILHO, 2015).

As ações médicas não estão livres de questionamentos. Por muito tempo a figura médica era tida como soberana e indiscutível, os médicos eram vistos como reis do conhecimento e não podiam ser indagados por suas ações ou omissões.

Atualmente, com a evolução da sociedade de um modo geral, é mais do que necessário questionar a atuação médica, muitas vezes exercida de modo inconsequente. É neste sentido que a responsabilidade civil atua, com o surgimento dos questionamentos e com o progresso das leis.

Médico e paciente podem constituir uma relação jurídica de forma contratual, quando há prévio contrato entre eles, para alguma consulta ou procedimento. Esse contrato é tido como *sui generis*, tendo em vista que o paciente se encontra em uma situação de vulnerabilidade perante o médico (MELO, 2017).

De acordo com Melo (2017), será extracontratual essa responsabilidade quando houver urgência ou emergência, onde a relação muitas das vezes se dá sem acordo de vontades das partes.

No passado, a natureza jurídica da responsabilidade médica era muito discutida. Hodiernamente, com o Código de Defesa do Consumidor, ela deve ser interpretada em duas faces. A primeira se refere à responsabilidade decorrente da prestação de serviço direta e de modo pessoal pelo médico, e a segunda remete à responsabilidade médica decorrente da prestação de serviços médicos de forma empresarial (CAVALIERI FILHO, 2015).

O médico, não pode garantir que seus pacientes sairão de uma sala de cirurgia com vida, por exemplo, e também não pode garantir a cura. Com isso, a

profissão médica assume responsabilidade de meio, ou seja, não pode garantir um real resultado:

Logo, a obrigação assumida pelo médico é de meio, e não de resultado, de sorte que, se o tratamento realizado não produziu o efeito esperado, não se pode falar, só por isso, em inadimplemento contratual. Esta conclusão, além de lógica, tem o apoio de todos os autores, nacionais e estrangeiros (Aguilar Dias, Caio Mário, Sílvio Rodrigues, Antônio Montenegro), e é também consagrada pela jurisprudência (CAVALIERI FILHO, 2015, p. 473).

Sendo assim, por mais que a responsabilidade médica seja contratual, ela é subjetiva e de culpa provada. Caberá àquele que sofreu o dano, ou aos seus herdeiros, demonstrar que o resultado teve por causa negligência, imprudência ou imperícia do profissional, devendo assim indenizar, conforme o artigo 951 do Código Civil:

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

Para lidar com a relação entre médico e paciente, o Código de Ética Médica, no que diz respeito à responsabilidade profissional dispõe:

Art. 29 - Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.

Art. 45 - Deixar de cumprir, sem justificativa, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações, no prazo determinado.

Mesmo que o médico seja um prestador de serviços, o Código de Defesa do Consumidor prevê que a responsabilidade dos profissionais liberais dependerá da comprovação de culpa.

Conforme Melo (2017, p.329): “consolidou-se na doutrina e na jurisprudência que independentemente da natureza do atendimento, a responsabilidade do médico depende da prova de culpa.” Também conforme artigo 14, § 4º do Código de Defesa

do consumidor, *in verbis*: “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”.

Em relação ao grau de culpa, é irrelevante tentar identificá-lo, exceto para aplicação do parágrafo único do artigo 944 do Código Civil, *verbis*: “se houver excessiva desproporção entre a gravidade da culpa e o dano, poderá o juiz reduzir, equitativamente, a indenização”.

Deve-se observar que o Código trata apenas da responsabilidade pessoal do profissional liberal, da qual não se estende à pessoa jurídica, na qual o médico trabalhe ou faça parte da sociedade. Estas se vierem a existir, a responsabilidade será objetiva:

O Código do Consumidor manteve neste ponto a mesma disciplina do art. 1.545 do Código Civil de 1916, que corresponde ao art. 951 do Código de 2002. Embora seja o médico um prestador de serviços, o Código de Defesa do Consumidor, no § 4º do seu art. 14, abriu uma exceção ao sistema de responsabilidade objetiva nele estabelecido. Diz ali que: “A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.” Devemos ter em mente, todavia, que o Código do Consumidor foi bem claro ao dizer que a exceção só abrange a responsabilidade pessoal do profissional liberal, não favorecendo, portanto, a pessoa jurídica na qual ele trabalhe como empregado ou faça parte da sociedade. Assim, por exemplo, se vários médicos resolverem constituir uma sociedade, a responsabilidade desta não será subjetiva (CAVALIERI FILHO, 2015, p.473).

Apesar de a doutrina considerar que a culpa dos hospitais é objetiva, tendo por base o artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor, quando estiverem ligadas ao estabelecimento comercial, tais como as instalações, estadia do paciente, equipamentos e serviços auxiliares; há jurisprudência do STJ que considera subjetiva a responsabilidade dos hospitais, no que diz respeito à atuação dos médicos contratados, como demonstrado a seguir:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. ERRO MÉDICO. PARTO. USO DE FÓRCEPS. CESARIANA. INDICAÇÃO. NÃO OBSERVÂNCIA. LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. MÉDICO CONTRATADO. CULPA CONFIGURADA. HOSPITAL. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA. AÇÃO DE REGRESSO. PROCEDÊNCIA. DANOS MORAIS. VALOR. RAZOABILIDADE. 1. A jurisprudência desta Corte encontra-se consolidada no sentido de que a responsabilidade dos hospitais, no que tange à atuação dos médicos contratados que neles trabalham, é subjetiva, dependendo da

demonstração da culpa do preposto. 2. A responsabilidade objetiva para o prestador do serviço prevista no artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor, no caso o hospital, limita-se aos serviços relacionados ao estabelecimento empresarial, tais como a estadia do paciente (internação e alimentação), as instalações, os equipamentos e os serviços auxiliares (enfermagem, exames, radiologia). Precedentes. 3. No caso em apreço, ambas as instâncias de cognição plena, com Documento: 80168678 - RELATÓRIO E VOTO - Site certificado Página 4 de 7 Superior Tribunal de Justiça base na prova dos autos, concluíram que houve falha médica seja porque o peso do feto (4.100 gramas) indicava a necessidade de realização de parto por cesariana, seja porque a utilização da técnica de fórceps não se encontra justificada em prontuário médico. 4. A comprovação da culpa do médico atrai a responsabilidade do hospital embasada no artigo 932, inciso III, do Código Civil ("São também responsáveis pela reparação civil: (...) III - o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele;"), mas permite ação de regresso contra o causador do dano. 5. O Superior Tribunal de Justiça, afastando a incidência da Súmula nº 7/STJ, tem reexaminado o montante fixado pelas instâncias ordinárias apenas quando irrisório ou abusivo, circunstâncias inexistentes no presente caso, em que arbitrada indenização no valor de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais). 6. Recurso especial parcialmente provido (REsp 1526467/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 13/10/2015, DJe 23/10/2015)

#### **4.2.1 Do erro médico**

Tendo considerado que a responsabilidade civil do médico enquanto atividade profissional (liberal ou empregatícia) é subjetiva, há de se fazer menção ao erro médico.

O erro médico pode ser tido como uma conduta culposa em que não agindo de acordo com técnicas específicas, viola direito e causa dano ao paciente, é um desvio de conduta exercido pelo médico, que por não seguir regras preestabelecidas, causa dano a uma pessoa:

O erro médico é uma espécie de conduta culposa perpetrada pelo facultativo que, não agindo em consonância com o dever de diligência que lhe é imposto segundo as regras técnicas de seu ofício, acaba por violar direito e causar dano ao seu paciente (MELO, 2017, p.330).

Há um dever genérico de cuidado que deve se refletir em toda a sociedade. A ausência de diligência, de prevenir o dano e de prudência, pode ser tido em um comportamento negligente, imprudente ou imperito (MELO, 2017).

De acordo com Melo (2017) a negligência se dá quando o agente, mesmo podendo, não realiza as devidas ações de proteção, não age com a devida

previsibilidade para que possa evitar o dano. O médico se omite, se mostrando indolente, causando assim dano à saúde ou à vida do paciente (NADER, 2016).

A imprudência se dá quando o agente não se importa com as outras pessoas que podem ser potencialmente atingidas por sua conduta, não age com o mínimo de cautela, mesmo sabendo dos riscos. De acordo com Nader (2016, p. 446) “Enquanto na negligência o agente deixa de agir no momento em que deveria fazê-lo, na imprudência ele age quando recomendável seria a omissão”.

Já a imperícia, segundo Melo (2017, p.45) “é a incapacidade técnica para o exercício de uma determinada função, profissão ou arte”. E conforme Nader (2016, p.446): “Ocorre o dano por imperícia, quando o profissional não aplica os conhecimentos científicos ou os métodos recomendáveis para o tipo de problema”.

O conceito de erro médico só pode ser completo se houver dano, ou seja, haverá uma conduta culposa (imprudência, negligência ou imperícia), mas se essa conduta não gerar dano, será irrelevante para o mundo jurídico (MELO, 2017).

A maneira como essa culpa é provada é de difícil constatação. Segundo Cavalieri Filho (2015), há uma severidade por parte dos Tribunais nas exigências de provas, e também pela dificuldade de se obtê-las, tendo em vista que se trata de procedimentos bastante técnicos, exigindo assim, prova pericial. Os Tribunais têm condenado os médicos, por erro grosseiro de diagnóstico, como se verifica:

Só demonstrando-se erro grosseiro no diagnóstico, na medicação ministrada, no tratamento desenvolvido, ou, ainda, injustificável omissão na assistência e nos cuidados indispensáveis ao doente, tem-se admitido a responsabilização do médico. Em segundo lugar porque a matéria é essencialmente técnica, exigindo prova pericial, eis que o juiz não tem conhecimento científico para lançar-se em apreciações técnicas sobre questões médicas (CAVALIERI FILHO, 2015, p. 473).

Existe também o que chamam de *esprit de corp* – a conspiração do silêncio – que nada mais é que o corporativismo existente na sociedade médica que, em muitos casos, o perito tende a isentar o colega por solidariedade profissional (CAVALIERI FILHO, 2015).

### **4.3 Análise acerca da violência obstétrica como erro médico**

A violência obstétrica, conforme pesquisa realizada por Nogueira (2015) tem sido tida pelos tribunais de justiça como erro médico, à luz da responsabilidade civil.

Nogueira buscou pelo termo “violência obstétrica” em todos os Tribunais de Justiça do país e não obteve em nenhum deles qualquer resultado, ou seja, na época da pesquisa não foi encontrada em nenhuma decisão de segunda instância tal termo para se referir às violências (NOGUEIRA, 2015).

Além desse item, também foi procurado pelo termo “direitos reprodutivos” em todos os Tribunais de Justiça da região sudeste do país e também não foi localizado nenhum julgado.

Nogueira (2015) observou que, em regra, as ações que são voltadas para a reparação pelas violências sofridas são 88,5 % de natureza cível, 60,1% pelas mães das crianças e 55,3% em face do hospital ou da instituição hospitalar em litisconsórcio de outra categoria (profissionais da saúde, Fazenda Pública, plano de saúde).

Conforme analisado na pesquisa, conclui-se que os casos foram decididos com fundamento na combinação de danos às mulheres e às crianças, respaldando-se em critérios do erro médico (dano, nexos causal e culpa), sem qualquer atenção ou menção às violações de direitos humanos sofridas pelas mulheres (NOGUEIRA, 2015)

Observou-se que as mulheres, em seus pedidos, demonstraram total interesse que se reconhecesse não só a reparação dos danos, como também o reconhecimento de que as violações ocorreram pela conduta dos profissionais e não do parto em si (NOGUEIRA, 2015).

Atualmente, as jurisprudências dos Tribunais de Justiça não possuem harmonização acerca do tema. É possível encontrar principalmente fundamentações baseadas em laudos periciais.

Na seguinte jurisprudência, há a presença de embasamento em laudo pericial, afirmando que a realização da episiotomia encontra apoio na ciência médica, mesmo ela sendo infinitamente criticada, inclusive pela Organização Mundial da Saúde, conforme demonstrado no primeiro capítulo do presente trabalho, além de identificá-la como erro médico. Deste modo, observa-se:

APELAÇÃO CÍVEL. AGRAVO RETIDO. AÇÃO INDENIZATÓRIA. ERRO MÉDICO. ANÁLISE DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. INTELIGÊNCIA DO ART. 37, § 6º, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. ENCARGO DO MÉDICO. TEORIA SUBJETIVA. REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE "EPISIOTOMIA" NO MÚSCULO PERINEAL DURANTE O PARTO NORMAL. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. IMPOSSIBILIDADE. AUSÊNCIA DE RELAÇÃO CONSUMERISTA. PRECEDENTES. INAPLICABILIDADE DOS EFEITOS DA REVELIA CONTRA A FAZENDA PÚBLICA. DIREITOS INDISPONÍVEIS. ART. 320, II DA LEI N. 5.869/73. LAUDO PERICIAL CORROBORANDO A AUSÊNCIA DE DOLO OU CULPA. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO [...] Aduziu, em apertada síntese, que no dia 07-10-2009 dirigiu-se ao Hospital Regional de São José sentindo fortes contrações em razão de estar no final da gestação. Disse que, durante o parto normal, foi executado o procedimento denominado "episiotomia", no qual consiste em uma incisão no períneo, que objetiva facilitar a saída do feto e evitar lacerações. Sustentou que, seguidamente ao dar a luz, o corte precisou ser suturado, procedimento este considerado de praxe na realização do parto espontâneo. Asseverou que, dirigiu-se até a Clínica Florianópolis, na qual foi constatado que o procedimento de episiotomia foi executado erroneamente. Ressaltou que, o médico que realizou o parto, Dr. Sérgio Luiz Prólico, teria dado mais pontos que o necessário, ocasionando a redução parcial da abertura vaginal. **Insta salientar que, a indicação para a realização da episiotomia encontra apoio na ciência médica, apesar de atualmente este fato ser cada vez mais motivo de estudos. Analisando as provas carreadas nos autos, denota-se que o procedimento adotado pelo Dr. Sérgio Luiz Prólico, durante o parto normal da autora, pautou-se nas normas técnicas aplicáveis à hipótese. Digo isso porque, o laudo pericial é contundente, atestando a retidão de todos os cuidados e procedimentos levados a efeito, e suas conclusões tem apoio nos registros contidos nos prontuários médicos acostados.** Já no quesito "e", certifica a ausência de seqüela do procedimento "que possam sequer sugerir que a autora tenha qualquer tipo de complicação com a episiotomia" (TJSC, Apelação Cível n. 0005797-67.2010.8.24.0064, de São José, rel. Des. Júlio César Knoll, Terceira Câmara de Direito Público, j. 31-10-2017, fl. 315).

De acordo com Nogueira (2015), a conclusão que o perito toma pode se dar porque ele também está inserido nesse contexto, compreendendo as técnicas como adequadas e usuais, sem que questione evidências médicas.

Deste modo, o julgador por não possuir conhecimento acerca do tema, acaba se baseando em provas periciais, sem levar em conta a realidade da violência institucional e de assistência à saúde (NOGUEIRA, 2015).

Encontra-se também nas jurisprudências a efetiva demonstração da dificuldade de se provar o dano sofrido, em razão da violência obstétrica, que importa em um conjunto de atos desrespeitosos, comissivos e omissivos, abusivos e maus-tratos que negligenciam, não só a vida da parturiente, como também o seu bem-estar e o do bebê. Não obstante o reconhecimento da violência obstétrica, os julgadores entenderam não haver prova suficiente para responsabilização cível do hospital. Além, também, de identificá-la somente como erro médico. Conforme a seguir:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. PRELIMINAR. VIOLAÇÃO DO PRINCÍPIO DA IDENTIDADE FÍSICA DO JUIZ. ART. 132 DO CPC. INOCORRÊNCIA. PRELIMINAR REJEITADA. RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA. ERRO MÉDICO. HOSPITAL. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA. ALEGAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. NÃO COMPROVAÇÃO. RECURSO IMPROVIDO. SENTENÇA MANTIDA. O princípio da identidade física do juiz comporta mitigações, dentre elas, conforme construção pretoriana, a atuação do juiz em substituição, de forma a promover a celeridade processual. Discutida a responsabilidade civil por erro supostamente ocorrido em procedimento de parto, é aplicável tanto ao médico, quanto ao hospital, o regime de responsabilidade subjetiva, entendimento consolidado do Superior Tribunal de Justiça e defendido por parte relevante da doutrina. A violência obstétrica é o conjunto de atos desrespeitosos, comissivos e omissivos, abusos e maus-tratos que negligenciam a vida e o bem-estar da mulher e do bebê. Ofende direitos básicos de ambos, como a dignidade, saúde, integridade física e autonomia sobre o próprio corpo, configuram ato ilícito e é passível de indenização por dano moral. Consoante regra do artigo 333 do CPC/73, cabe ao autor provar o fato constitutivo de seu direito e, ao réu, fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor. Por consectário, alegado o inadimplemento de obrigações contratuais relativas ao pagamento de determinado valor, incumbe ao autor demonstrar a existência da avença que vincula credor e devedor.

**[...] Por outro lado, a Autora não provou o suposto tratamento degradante da equipe médica, notadamente a inadequação do procedimento utilizado - cuja ocorrência, se demonstrada, poderia importar no reconhecimento de imperícia por parte dos prepostos das Apeladas.**

**Especificamente, não há prova das supostas agressões verbais, tampouco do sofrimento fetal derivado da conduta médica ou do desalinho procedimental dos médicos que conduziram o parto da Autora.** Pelo contrário - quanto aos dois últimos pontos -, a testemunha de f. 168-TJ prestou esclarecimentos que contraditam os argumentos da inicial. Logo, diante da precariedade da prova produzida nos autos, considero que a improcedência do pedido formulado, realmente, é providência que se impõe (TJMG - Apelação Cível 1.0024.14.097839-6/001, Relator(a): Des.(a) José Marcos Vieira , 16ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 13/07/2016,

publicação da súmula em 22/07/2016).

Há jurisprudência identificando como violência obstétrica, porém tão somente enaltecendo o dever de indenizar, não fazendo menção a violação de direitos humanos. Conforme demonstra:

ERRO MÉDICO. AGRAVO RETIDO. Pedido de declaração de nulidade da segunda prova pericial produzida nos autos. Não acolhimento. Nomeação de perito não impugnado tempestivamente. Irresignação advinda apenas após laudo desfavorável. APELAÇÃO. Cerceamento de defesa. Inocorrência. Instrução processual encerrada. Ausência de irresignação oportuna. Matéria preclusa. Vício pélvico. Ausência de diagnóstico na primeira gestação. Matéria dirimida nos autos. Desnecessidade de produção de nova prova técnica, a qual seria a quarta perícia dos autos. Período de parto que, conquanto considerável, transcorreu em tempo aceito pela literatura médica. Causa da anóxia que não pode ser atribuída veemente à circular do cordão umbilical. Parto normal que não estava contraindicado. Ausência de comprovação donexo causal da conduta dos requeridos com o lamentável sofrimento fetal experimentado pelo neonato. **Contudo, dos fatos se infere a ocorrência de ato de violência obstétrica, devidamente arguido pela autora em sua exordial, o que enseja o dever do hospital réu de indenizar a parturiente pelos danos morais advindos de referido ilícito.** Agravo retido improvido. Apelação parcialmente provida, em menor extensão, para reconhecer o abalo moral suportado pela coautora. (TJSP; Apelação 0110288-25.2008.8.26.0005; Relator (a): Fábio Podestá; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional V - São Miguel Paulista - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 21/03/2018; Data de Registro: 22/03/2018).

## 5 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO

### 5.1 Violência obstétrica tida como violação de direitos humanos em decorrência dos acordos Internacionais ratificados pelo Brasil

A mulher, mesmo em tempos de desconstrução de estereótipos, ainda continua sendo a principal responsável pelos cuidados com os filhos e também é a parte que assume a maioria das tarefas domésticas.

Nas palavras de Mattar (2012, p.108): “Essa responsabilidade, quase que exclusiva das mulheres, acabou restringindo muitas delas ao espaço privado, limitando suas potencialidades e acentuando a desigualdade de gênero”.

Em vista de tal desigualdade, houve a necessidade de surgirem várias discussões, que no decorrer do tempo foram efetivada sem conferências internacionais através de convenções, tratados e planos de ação, reconhecendo os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres(MATTAR, 2012).

Visando promover a igualdade entre os sexos e a não-discriminação das mulheres, a comunidade internacional adotou, ao longo da segunda metade do século passado, inúmeras convenções, tratados e planos de ação, em conferências internacionais, reconhecendo e afirmando os direitos humanos das mulheres (MATTAR, 2012, p. 109).

Foi a partir do ano 1970 que tais direitos começaram a ter um destaque maior nas lutas feministas, principalmente ao que se refere ao direito de liberdade e decisão e de escolha das mulheres (NOGUEIRA, 2015).

O reconhecimento de tais direitos como direitos humanos, no âmbito internacional, teve início em 1979 com Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, que é considerada como a responsável pelos primeiros delineamentos acerca dos direitos sexuais e reprodutivos do mundo (NOGUEIRA, 2015).

De acordo com Nogueira (2015), tal convenção trouxe uma dupla atribuição ao Estado: garantir o acesso aos serviços de saúde, principalmente no que se refere ao planejamento familiar e eliminar a discriminação contra as mulheres nas unidades hospitalares.

Após ter sido constatado que havia uma lacuna na referida Convenção, pois ela não tratava especificamente da violência contra a mulher, houve muita discussão, principalmente pelos movimentos feministas, da necessidade de que se tratasse do assunto de modo efetivo e singular.

Desse modo, outra convenção com o objetivo de ratificar as resoluções e suprir a lacuna existente foi criada e promulgada em 1994, que foi a Convenção Intramericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará.

A convenção de Belém do Pará traz em seu artigo 1º a definição do que é violência contra a mulher, *in verbis*: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.

Havia uma discussão que essas violações de direitos humanos só poderiam ser consideradas se fossem na esfera pública. A Convenção também tratou de romper esse argumento. Em seu artigo 3º dispõe que toda mulher tem direito a ser livre de violência, independente que seja na esfera pública ou na esfera privada.

Em seus demais artigos discorre que os Estados Partes se comprometem a adotar políticas públicas destinadas a prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, além de se comprometerem a incorporar em sua legislação interna normas que cumpram com tais políticas públicas (LEITE, 2016).

Ao longo de seu texto, a Convenção descreve em como os Estados Partes devem se empenhar, conforme a seguir:

Os Estados Partes condenam todas as formas de violência contra a mulher e convêm em adotar, por todos os meios apropriados e sem demora, políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar tal violência e a empenhar-se em:

- a. abster-se de qualquer ato ou prática de violência contra a mulher e velar por que as autoridades, seus funcionários e pessoal, bem como agentes e instituições públicos ajam de conformidade com essa obrigação
- b. agir com o devido zelo para prevenir, investigar e punir a violência contra a mulher;
- c. incorporar na sua legislação interna normas penais, civis, administrativas e de outra natureza, que sejam necessárias para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, bem como adotar as medidas administrativas adequadas que forem aplicáveis;
- d. adotar medidas jurídicas que exijam do agressor que se abstenha de perseguir, intimidar e ameaçar a mulher ou de fazer uso de qualquer

método que danifique ou ponha em perigo sua vida ou integridade ou danifique sua propriedade;

e. tomar todas as medidas adequadas, inclusive legislativas, para modificar ou abolir leis e regulamentos vigentes ou modificar práticas jurídicas ou consuetudinárias que respaldem a persistência e a tolerância da violência contra a mulher;

f. estabelecer procedimentos jurídicos justos e eficazes para a mulher sujeitada a violência, inclusive, entre outros, medidas de proteção, juízo oportuno e efetivo acesso a tais processos;

g. estabelecer mecanismos judiciais e administrativos necessários para assegurar que a mulher sujeitada a violência tenha efetivo acesso a restituição, reparação do dano e outros meios de compensação justos e eficazes;

h. adotar as medidas legislativas ou de outra natureza necessárias à vigência desta Convenção.

No que se refere às conferências internacionais, elas não criam obrigação jurídica, tendo apenas natureza política. Para que entrem vigor em território nacional é necessário que haja retificação, obtendo assim efeito jurídico e força obrigatória (LEITE, 2016).

No Brasil, cabe ao Poder Legislativo deliberar sobre os acordos, tratados ou atos internacionais, segundo a Constituição Federal. Depois de ter seu texto aprovado pelo Congresso Nacional, a publicação se dá pelo Poder Executivo, no Diário Oficial, momento a partir do qual a publicação passa a integrar o ordenamento jurídico do país (BRASIL, 2006). Segundo o entendimento de alguns autores, ainda, tratados e convenções internacionais de direitos humanos ratificados pelo país passam a integrar a legislação pátria com status de norma constitucional (AGENDE, 2004), por força do art. 5º, parágrafo 2º, da Constituição Federal (LEITE, 2016, p. 84).

O Brasil é signatário de todos os acordos internacionais que visam proteger os direitos humanos das mulheres, inclusive os de destaque do presente trabalho. Desse modo, nosso ordenamento jurídico pátrio passa a contar com tais dispositivos, sendo impostos todos os deveres e tendo efeitos de norma constitucional (LEITE, 2016).

O fato de não existir legislação específica no Brasil acerca da Violência Obstétrica, como já existe na Argentina, por exemplo, faz com que tais práticas sejam tratadas e resumidas tão somente pelos critérios da responsabilidade civil, quando na verdade essa é só uma face de um assunto muito complexo (LEITE, 2016).

É necessário que a resposta jurisdicional seja capaz de assegurar que os danos sofridos sejam efetivamente reparados, não somente na luz da

responsabilidade civil, como também reconhecê-la como violação de direitos humanos.

Partindo-se do pressuposto de que as práticas que caracterizam violência obstétrica são meros erros médicos, bastaria a responsabilização das pessoas envolvidas para que o problema fosse solucionado, o que sabemos não ser verdadeiro. Para a mudança do contexto atual do país (e do mundo) relativamente à assistência do parto, é necessária uma profunda mudança cultural e de paradigma. A humanização da assistência, que envolvem entre outras coisas, a prevenção de cesáreas e episiotomias desnecessárias, exige transformações profundas no atual modelo obstétrico, requerendo mudança nos estereótipos de gênero e aprofundamento da compreensão acerca do corpo feminino(CHACHAM; DINIZ, 2006 *apud* LEITE, 2016, p.86).

É necessário que haja responsabilização de um modo geral e não tão somente individual, pois não se trata de meros erros médicos, mas de uma questão de violação de direitos humanos e questão de saúde pública. Além de que, a prática da violência obstétrica pode se concretizar por si só, sem a necessidade que se haja erro médico (LEITE, 2016).

Nesse sentido, já existem jurisprudências recentes considerando tais violências como violência obstétrica, sendo assim violação de direito fundamental, além de defender a proteção no parto, enaltecendo que as mulheres não podem ser vítimas de nenhuma forma de violência ou de discriminação, considerando como dano *in re ipsa*, conforme mostra a seguir:

RESPONSABILIDADE CIVIL – DANO MORAL - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. **Direito ao parto humanizado é direito fundamental. Direito da apelada à assistência digna e respeitosa durante o parto que não foi observado. As mulheres têm pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação.** Privação do direito à acompanhante durante todo o período de trabalho de parto. Ofensas verbais. Contato com filho negado após o nascimento deste. Abalo psicológico *in re ipsa*. **Recomendação da OMS de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Prova testemunhal consistente e uniforme acerca do tratamento desumano suportado pela parturiente. Cada parturiente deve ter respeitada a sua situação, não cabendo a generalização pretendida pelo hospital réu, que, inclusive, teria que estar preparado para enfrentar situações como a ocorrida no caso dos autos. Paciente que ficou doze horas em trabalho de parto, para só então ser encaminhada a procedimento cesáreo. Apelada que teve ignorada a proporção e dimensão de suas dores. O parto não é um momento de "dor necessária". Dano moral mantido. Quantum bem fixado, em razão da dimensão do dano e das consequências advindas. Sentença mantida. Apelo improvido. (TJSP; Apelação 0001314-07.2015.8.26.0082; Relator (a): Fábio Podestá;

Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro de Boituva - 2ª Vara;  
Data do Julgamento: 11/10/2017; Data de Registro: 11/10/2017).

Foi publicada pela Organização Mundial da Saúde, no dia 15 de fevereiro do presente ano, diretrizes atualizadas, visando reduzir intervenções médicas desnecessárias, baseando-se em padrões globais de atendimento às gestantes (OMS BR, 2018).

As diretrizes se baseiam em 56 recomendações que se fundamentam em evidências, tais como a posição do parto, a livre escolha sobre a gestão da dor, ter acompanhante durante todo processo do parto e receber atendimento digno e respeitoso pelos profissionais da saúde (OMS BR, 2018).

As diretrizes também reconhecem que as intervenções médicas muitas vezes são sim necessárias, cujo atendimento revela-se desrespeitoso e não digno em muitas unidades de saúde, violando os direitos humanos e impedindo que as mulheres acessem serviços de saúde durante o parto, como se verifica, *in verbis*:

[...] atendimento desrespeitoso e não digno é frequente em muitas unidades de saúde, violando os direitos humanos e impedindo que as mulheres acessem serviços de saúde durante o parto. em muitas partes do mundo, os planos de saúde controlam o processo de parto, além de expôr a saúde da mulher a intervenções médicas que interferem no processo natural (OMS BR, 2018).

Tendo como ponto inicial a pesquisa feita por Nogueira (2016) e as demais jurisprudências analisadas demonstradas no capítulo anterior, fazendo uma análise da jurisprudência e pelas Diretrizes da Organização Mundial da Saúde, observa-se que o tema abordado caminha a passos largos, tendo em vista que na pesquisa não se encontrava sequer o termo “violência obstétrica”, e hoje, mesmo que de modo incipiente, é possível encontrar jurisprudência fazendo referência de tal violência como violação a direito fundamental, além das novas Diretrizes da OMS que são de suma importância.

## 6 CONCLUSÃO

A desigualdade de gênero do país acarreta para as mulheres violações de direitos humanos em várias esferas. Com relação ao parto, as violações se manifestam em decorrência da medicalização dos processos naturais de parir, que coloca em dúvida a autonomia das mulheres, além de trazer um efeito negativo da experiência do parto.

As violações de direitos humanos das mulheres se dão por toda ação ou omissão que lhes cause dano, simplesmente, motivada pela condição de ser mulher. No que tange à violência obstétrica, essa violência de gênero se manifesta na relação dada entre o médico, que não respeita a autonomia da parturiente e se aproveita de sua desinformação, como por exemplo, quando desconhece o seu direito a acompanhante, e mesmo ciente de tal direito, este, muitas vezes lhe é negado.

Conforme demonstrado, ao longo do trabalho, é crescente o número de mulheres que buscam o Judiciário com o intuito de tentarem amenizar os danos sofridos pela violência obstétrica, objetivando não só a reparação civil, como forma de compensação pelos prejuízos sofridos, mas também, para que as violações obstétricas sejam reconhecidas, como se quisessem, através das demandas, emprestarem vozes a esta dor tão silenciosa.

Tendo analisado o enquadramento da violência obstétrica como erro médico, fica demonstrado que não basta tratar tal problema somente sob a luz da responsabilidade civil, pois essa é somente uma pequena parcela de um problema muito complexo.

É importante ter em vista que no erro médico a conduta pode estar correta, mas o resultado sai prejudicado por negligência, imprudência ou imperícia. Já na violência obstétrica a conduta, em si, já está errada. Se, por exemplo, um médico realiza uma episiotomia sem uma real necessidade, ou realiza algum procedimento sem a devida informação, ele está realizando um ato totalmente ilícito, tendo em vista o Código de Ética Médica.

Desse modo, imprescindível se faz que os magistrados encarem a violência obstétrica em toda sua complexidade e integralidade, tratando-a como violação de direitos humanos, devendo respeitar os acordos internacionais que o Brasil ratificou, tendo assim efeito de norma constitucional.

Nesse sentido, é necessário que o país adote políticas públicas de informações às parturientes e aos profissionais da saúde, além da necessidade de uma lei que regulamente o assunto.

## 7 REFERÊNCIAS

ABRAMO, Fundação Perseu. **Violência no parto**: Na hora de fazer não gritou. 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 25 de abril de 2018.

AMORIM, Mariana da Costa. **Experiências de Parto e Violação aos Direitos Humanos: Um Estudo Sobre Relatos de Violência na Assistência Obstétrica**. 2015. Monografia (Graduação). Universidade Federal de Goiás. 100 p. Disponível em: [https://ppgidh.ndh.ufg.br/up/788/o/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Mariana\\_da\\_Costa\\_Amorim.pdf](https://ppgidh.ndh.ufg.br/up/788/o/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mariana_da_Costa_Amorim.pdf). Acesso em 04 de Outubro de 2017.

BARROS, Thais Cordeiro Xavier de, et al. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. Disponível em: <file:///C:/Users/larissa/Downloads/25368-105257-1-PB.pdf>. Acesso em: 25 de Abril de 2018.

BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino Americana de Enfermagem 2006**. Disponível em: [file:///C:/Users/Larissa%20Fernandes/Downloads/2312-3316-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Larissa%20Fernandes/Downloads/2312-3316-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 20 de Outubro de 2017.

BRASIL, Constituição Federal do. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1888.

\_\_\_\_\_, **Código Civil** (2002). Brasília, DF: Congresso Nacional, 2002.

\_\_\_\_\_, **Código de Defesa do Consumidor** (1990). Brasília, DF: Congresso Nacional, 1990.

\_\_\_\_\_, **Lei n. 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm). Acesso em: 04 de março de 2018.

\_\_\_\_\_, **Lei n. 11.108**, de 07 de abril de 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm). Acesso em 4 de março de 2018.

BORSATO, Aurélia Silva. Violência de Gênero como Violação de Direitos Humanos. **Revista Jurídica**. N. 3. 2015. p. 177-192. Disponível em: <https://slidex.tips/download/violencia-de-genero-como-violacao-de-direitos-humanos>. Acesso em 26 de Março de 2018.

CAETANO, André Junqueira. **Estudo(s) sobre parto cesáreo indesejado**. Seminário de Belo Horizonte pelo parto normal. Editora Rona, 2008. p.110-115. Disponível em: [https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/556\\_Seminario%20BH%20parto%20normal.pdf](https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/556_Seminario%20BH%20parto%20normal.pdf). Acesso em: 05 de Março de 2018.

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/imagens/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 09 de Março de 2018.

DIAS, Heloisa Helena Zimmer Ribas. **O descuido em saúde**: a violência visível e invisível no trabalho de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: [http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/Mestrado\\_O\\_DES\\_CUIDADO\\_EM\\_SAUDE.pdf](http://www.assediomoral.org/IMG/pdf/Mestrado_O_DES_CUIDADO_EM_SAUDE.pdf). Acesso em: 06 de Março de 2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo, et al. Violência Obstétrica como Questão para a Saúde Pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Revista USP**. 2005. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt\\_19.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf). Acesso em: 02 de Novembro de 2017.

FARIAS, Cristiano Chaves de. *et al.* **Curso de Direito Civil**: responsabilidade civil, volume 3. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2015.

FAÚNDES, Anibal et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Revista de Saúde Pública**. v.38. n.4. São Paulo ago. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102004000400002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102004000400002&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 07 de Novembro de 2017.

GAGLIANO, Pablo Stolze, PAMPLONA FILHO, Rodolfo. Novo Curso de Direito Civil: **responsabilidade civil**. 15. ed. v. 03. São Paulo: Saraiva.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: Responsabilidade Civil**. 12. ed. v. 04. São Paulo: Saraiva, 2017.

KNOLL, Júlio César (relator). Apelação Cível n. 0005797-67.2010.8.24.0064. Apelante: Elisângela de Carvalho Pascoal. Apelados: estado de Santa Catarina e Sérgio Luiz Prólico. Disponível em: [http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/buscaForm.do#resultado\\_ancora](http://busca.tjsc.jus.br/jurisprudencia/buscaForm.do#resultado_ancora). Acesso em: 21 de abril de 2018.

LEÃO, Renata Almeida; MONTE, Angélica Augusta Linhares do. **Direitos Sexuais e Reprodutivos das Mulheres no Brasil. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**. 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo7-questoesdegeneroetniaegeracao/direitossexuaisereprodutivosdasmulheresnobrais-notasparaodebate.pdf>. Acesso em: 16 de Novembro de 2017.

LEITE, Julia Campos. **Abordagem Jurídica da Violência Obstétrica**. Monografia (Graduação). Universidade de São Paulo. Faculdade de Direito de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2016. 108 p. Disponível em: <file:///C:/Users/201410903/Downloads/TCCJuliaCamposLeite.pdf>. Acesso em: 25 de Março de 2018.

LUZ, Nanci Stancki da et al. **Construindo a Igualdade na Diversidade: Gênero e Sexualidade na Escola**. Editora: UTFPR, 22ª Ed. 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/larissa/Downloads/Construindo%20Genero%20e%20Diversidade.pdf>. Acesso em: 15 de Novembro de 2017.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte**. Dissertação (Pós Graduação). Pontifca Universidade Católica de Minas Gerais. 2008. 190 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>. Acesso em 16 de Setembro de 2017.

MANDARINO, Natália Ribeiro, et AL. **Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/17.pdf>. Acesso em: 25 de Abril de 2018.

MARTIN, Emily. **A Mulher no Corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro. Editora: Garamond. 2006. Disponível em: <http://security.ufpb.br/escolasplurais/contents/noticias/didaticos/a-mulher-no-corpo-uma-analise-cultural-da-reproducao>. Acesso em: 02 de Março de 2018.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmén Simone Grilo. **Hierarquias Reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres.** Interface Comunicações v.16, n.40, p.107-19. 2012. Disponível em [:http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277768490\\_ARQUIVO\\_Artigo\\_HierarquiasReprodutivas\\_LauraMattareSimoneDiniz.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277768490_ARQUIVO_Artigo_HierarquiasReprodutivas_LauraMattareSimoneDiniz.pdf). Acesso em: 06 de Abril de 2018.

MATTAR, Rosiane et al. A prática da episiotomia no Brasil. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetécia.** 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n1/a01v29n1>. Acesso em: 07 de Novembro de 2017.

MELO, Marco Aurélio Bezerra de. **Direito Civil: Responsabilidade Civil.** 2 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica de saúde da mulher. **Pré Natal e puerperio: atenção qualificada e humanizada.** Brasília, Ministério da Saúde. 2006. 163 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em: 26 de Abril de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica da Saúde da mulher. Brasília. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 17 de Outubro de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Portaria n. 2.418**, de 02 de dezembro de 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418\\_02\\_12\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html). Acesso em: 05 de março de 2018.

MÜLLER, Elaine et al. O tabu do parto: Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. **Revista de Ciências Sociais.** v. 15, n.2. p. 292-293. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17928/13393>. Acesso em: 03 de março de 2018.

NADER, Paulo **Curso de direito civil: responsabilidade civil.** 6. ed. v. 7. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho. **Violência Obstétrica: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região Sudeste.** Monografia (Graduação)).

Universidade de São Paulo. 2015. 88 p. Disponível em: <file:///C:/Users/201410903/Downloads/4.pdf>. Acesso em: 16 de Março de 2018.

ONU BRASIL. **Organização das Nações Unidas do Brasil**. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-publica-novas-diretrizes-para-reduzir-intervencoes-medicas-desnecessarias-no-parto/>. Acesso em: 28 de Abril de 2018.

ONU. **Declaração Universal de Direitos Humanos**. Disponível em: [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf). Acesso em: 02 de março de 2018.

PIOVESAN, Flávia. **Preconceito e discriminação**: as bases da violência contra a mulher. Psicologia: Ciência e Profissão. Vol. 30. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300009). Acesso em: 13 de Novembro de 2017.

PITANGUY, Jacqueline. **Os Direitos Humanos das Mulheres**. Fundo Direitos Humanos. 2015. Disponível em: [http://www.fundodireitoshumanos.org.br/downloads/artigo\\_mulheres\\_jacpit.pdf](http://www.fundodireitoshumanos.org.br/downloads/artigo_mulheres_jacpit.pdf). Acesso em: 17 de Novembro de 2017.

PODESTÁ, Fábio (relator). Apelação Cível n. 0001314-07.2015.8.26.0082. Apelante Hospital Samaritano LTDA. Apelado: Michele Almeida Augusto. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=10877095&cdForo=0>. Acesso em: 21 de abril de 2018.

PODESTÁ, Fábio (relator). Apelação Cível n. 0110288-25.2008.8.26.0005. Apelantes: Kendely Aparecida Barros Bittencourt e Rafael José Bittencourt de Jesus (menor representado). Apelados: Organização Social de Saúde, Santa Marcelina Hospital Geral do Itaim Paulista, Sabine Olaio Riscalli e Hospital Casa de Maria. Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=11293124&cdForo=0>. Acesso em 21 de abril de 2018.

PROGIANTI, Jane Márcia. **Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar**. 2001. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/html/92/body/06.html>. Acesso em: 26 de Outubro de 2017.

PULHEZ, Mariana Marques. **A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos**. 2013. Disponível em: <http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372972128>

ARQUIVO\_PULHEZ\_MarianaMarques\_fazendogenero10\_ST69.pdf. Acesso em: 04 de Maio de 2018.

PULHEZ, Mariana Marques. "Parem a violência obstétrica": a construção das noções de 'violência' e 'vitima' nas experiências de parto. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**. v. 12, n. 35, p. 544-564. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/PulhezArt%20Copy.pdf>. Acesso em: 03/04/2018.

REDE PARTO DO PRINCIPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Violência Obstétrica: Parirás com Dor**. Dossiê Elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em 06 de Novembro de 2017.

SENA, Lígia Moreira. TESSER, Charles Dalcanale. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências**. 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180148881019>. Acesso em: 02 de Abril de 2018.

SALGADO, Helóisa de Oliveira. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões suas implicações no parto e nascimento**. Dissertação (Pós Graduação). 2012. 157 p. Disponível em: <file:///C:/Users/201410903/Downloads/HOS.pdf>. Acesso em: 10 de Março de 2018.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira, et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 15, 2014. Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/download/3170/2433>>. Acesso em 12 de Novembro de 2017.

SANTANA, Ana Carolina Barros. **A Violação de Direitos Humanos das Mulheres no âmbito da convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher oriunda da cultura dos países signatários**. Monografia (Graduação). Centro Universitário de Brasília. 2013. 74 p. Disponível em: <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/5228/1/RA20866991.pdf>. Acesso em: 06 de Abril de 2018.

SANTOS, Aline de Lima; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; MARCON, Sonia Silva. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 2012. Disponível em <[http://www.revistarene.ufc.br/edicoespecial/a07v11esp\\_n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/edicoespecial/a07v11esp_n4.pdf)>. Acesso em 08 de setembro de 2017.

SANTOS, Raissa Paula Sena dos. **Violência Obstétrica no Brasil: uma análise de determinações patriarcais, racistas e capitalistas.** Dissertação (Mestrado). 141 p. Disponível em: <http://www.uern.br/controladepaginas/ppgssd-dissertacoes/arquivos/2528raissa.pdf>. Acesso em: 25/04/2018.

SOUZA, João Paulo dias de. As diferentes faces da violência obstétrica. **Revista Saúde na Comunidade.** Ribeirão Preto SP. 2015. Disponível em: <https://saudenacomunidade.wordpress.com/2015/03/03/resc2015-e84/>. Acesso em: 15 de Março de 2018.

SOUZA, Mércia Cardoso de; FARIAS, Deborah Barros Leal. **Os Direitos Humanos das Mulheres sob o olhar das Nações Unidas.** IV Encontro dos Direitos Humanos das Mulheres. 2008. Disponível em: [http://www.uni7setembro.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic/iv\\_encontro/direitoshumanosdasmulheres.pdf](http://www.uni7setembro.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic/iv_encontro/direitoshumanosdasmulheres.pdf). Acesso em: 08 de Novembro de 2017.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil.** Fundo de Populações das Nações Unidas. 3ª Edição. 2009. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos\\_reprodutivos3.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf). Acesso em 26 de Março de 2018.

VENTURI, Gustavo et al. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 06 de Novembro de 2017.

VIEIRA, José Marcos (relator). Apelação Cível n. 1.0024.14.097839-6/001. Apelante: Cristina Neide dos Santos. Apelados: Unimed Belo Horizonte Cooperativa de Trabalho Médico LTDA, Hospital Dia e Maternidade Unimed BH. Disponível em:

WOLFF, Leila Regina; MOURA, Maria Aparecia Vasconcelos. Institucionalização do Parto e a Humanização da Assistência: Revisão de Literatura. **Revista Enfermagem.** 2004. Disponível em < [http://revistaenfermagem.eean.edu.br/audiencia\\_pdf.asp?aid2=1030&nomeArquivo=v8n2a16.pdf](http://revistaenfermagem.eean.edu.br/audiencia_pdf.asp?aid2=1030&nomeArquivo=v8n2a16.pdf)>. Acesso em 15 de Setembro de 2017.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. **Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto**. VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-2902008000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2902008000300014)>. Acesso em: 06 de Outubro de 2017.

WYLLYS, Jean. **Projeto de Lei n. 7633** de 2014. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. Acesso em: 5 de março de 2018.