

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
CURSO DE DIREITO**

LUÍS OTÁVIO MAIA BITTENCOURT

**DA INCIDÊNCIA DA RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA EM HIPÓTESE DE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

**OURO PRETO
2024**

LUÍS OTÁVIO MAIA BITTENCOURT

**DA INCIDÊNCIA DA RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA EM HIPÓTESE DE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Direito da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciana Fernandes
Berlini

OURO PRETO
2024



FOLHA DE APROVAÇÃO

Luís Otávio Maia Bittencourt

DA INCIDÊNCIA DA RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA EM HIPÓTESE DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Direito

Aprovada em 20 de fevereiro de 2024.

Membros da banca

Dra. Luciana Fernandes Berlini - Orientador(a) - Universidade Federal de Ouro Preto
Dra. Iara Antunes de Souza - Universidade Federal de Ouro Preto
Dra. Natalia de Souza Lisboa - Universidade Federal de Ouro Preto

Luciana Fernandes Berlini, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 26/02/2024



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Fernandes Berlini, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 26/02/2024, às 14:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0673655** e o código CRC **43DA75F0**.

RESUMO

Analisando a influência do direito civil na coletividade - que desempenha diversos papéis nas vidas individuais e nas relações sociais e interpessoais - e, considerando a maneira como os processos relacionados à gravidez, parto e puerpério das mulheres ainda são conduzidos, este estudo visa investigar como o direito civil, particularmente o instituto da Responsabilidade Civil, desempenha um papel significativo em casos de abuso nas relações médico-paciente, especialmente em um contexto de violência obstétrica. O estudo realizado tem como paradigma o Estado Democrático de Direito e constitui uma pesquisa bibliográfica e documental ao delinear sua metodologia em relação aos procedimentos adotados. Quanto à abordagem, este trabalho é caracterizado como uma pesquisa qualitativa, e em relação aos seus objetivos, configura-se como uma pesquisa exploratória. O propósito é analisar a responsabilidade médica em casos de violência obstétrica, definir os conceitos e atos característicos dessa forma de violência, discorrer sobre a responsabilidade civil na dinâmica médico-paciente, e apresentar os procedimentos jurídicos resultantes da violação dessa relação, bem como os impactos da responsabilidade pela violência obstétrica. Para tanto, este Trabalho de Conclusão de Curso é dividido em quatro capítulos, onde é feita pesquisa doutrinária, legislativa e de jurisprudência acerca da Responsabilidade Civil, suas formas e aplicação vistas pelo prisma do Código Civil e Código de Defesa do Consumidor, para em seguida, através de pesquisa bibliográfica, definir o conceito de violência obstétrica e determinar de que forma ocorre a responsabilização por tais condutas. O primeiro capítulo é voltado para a apresentação da responsabilidade civil pelo prisma do Código Civil e, por conta de o médico se caracterizar como um profissional liberal, será também analisado através do Código de Defesa do Consumidor, a medida em que se define até que ponto o profissional poderá exercer as condutas referentes a sua atividade sem ferir a autonomia do paciente, bem como a definição do conceito do consentimento livre e esclarecido. Em seguida, este trabalho aprofunda o conceito de violência obstétrica no segundo capítulo, abordando o seu surgimento e a apropriação da mulher e de seus processos reprodutivos pela ciência e pela medicina, onde também serão demonstradas as formas de violência obstétrica praticadas contra a parturiente. No terceiro capítulo apresenta-se a forma pela qual a responsabilidade civil é aplicada nos casos de violência obstétrica, bem como no descumprimento do plano de parto, onde, por meio de análises de decisões de tribunais estaduais e do Superior Tribunal de Justiça, se observa a forma como o poder judiciário vem lidando com tal situação, a medida em que se vê surgindo a necessidade de uma legislação própria e parâmetros específicos de avaliação sobre o tema. Por fim, na conclusão se verifica a dificuldade em se obter uma responsabilização efetiva e uma indenização apropriada em casos de violência obstétrica, onde se mostra de grande necessidade uma maior fiscalização e eficiência jurisprudencial para lidar com tais casos.

Palavras-chaves: Autonomia, Responsabilização, Obstetrícia, Indenização, Humanização

ABSTRACT

Analyzing the influence of civil law on society – which plays various roles on individual lives and social interpersonal relationships - and considering how processes related to pregnancy, childbirth and the postpartum period of women are still conducted, this study aims to investigate how civil law, particularly the institute of Civil Liability, plays a significant role on cases of abuse in the doctor-patient relationship, especially in the context of obstetric violence. The study conducted is based on the paradigm of the Democratic Rule of Law and consists a bibliographic and documentary research by outlining its methodology in relation to the adopted procedures. Regarding the approach, this work is characterized as qualitative research, and in terms of its objectives, it is configured as exploratory research. The purpose is to analyze medical responsibility in cases of obstetric violence, define the concepts and acts characteristic of this form of violence, discuss civil liability in the doctor-patient dynamic, and present the legal procedures resulting from the violation of this relationship, as well as the impacts of responsibility for obstetric violence. For this purpose, this thesis is divided into four chapters, where doctrinal, legislative and jurisprudence research is carried out regarding Civil Liability, its forms and application seen through the prism of the Civil and Consumer Protection Code, subsequently, through bibliographic research, to define the concept of obstetric violence and determine the way in which accountability for such conduct occurs. The first chapter is focused on presenting civil liability through the prism of the Civil Code and, due to the characterization of doctors as liberal professionals, they shall also be analyzed through the Consumer Protection Code, determining to what extent the professional can perform activities related to their profession without violating the patient's autonomy, as well as defining the concept of free and informed consent. Next, in the second chapter, this work delves into the concept of obstetric violence, addressing its emergence and the appropriation of women and their reproductive processes by science and medicine, where the forms of obstetric violence practiced against the parturient will also be demonstrated. The third chapter presents the way in which civil liability is applied in cases of obstetric violence, as well as in the non-compliance with the birth plan, where, through analyses of decisions from state courts and the Superior Court, the way the judiciary has been dealing with such situations is observed, leading to the emergence of the need for specific legislation and evaluation parameters on the subject. Finally, in the conclusion, the difficulty in obtaining effective accountability and appropriate compensation in cases of obstetric violence is noted, where a greater oversight and jurisprudential efficiency are of great necessity to deal with such cases.

Keywords: Autonomy, Accountability, Obstetrics, Compensation, Humanization.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE	9
2.1 Aspectos Jurídicos	9
2.2 Autonomia Médica x Autonomia do Paciente	14
2.3 Do Consentimento Livre e Esclarecido	16
3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	22
3.1 Medicalização e instrumentalização do corpo feminino	22
3.2 Das hipóteses de violência obstétrica	25
4. RESPONSABILIDADE CIVIL POR VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	32
4.1 Responsabilidade Civil Médica em Caso de Violência Obstétrica	32
4.2 Da Responsabilidade Civil por Violação ao Plano de Parto	35
4.3 Dos Parâmetros Judiciais de Responsabilização Médica por Violência Obstétrica	36
5. CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	43

1. INTRODUÇÃO

Ao longo de toda história, principalmente com o surgimento e consolidação das sociedades patriarcais, a figura do homem tomava cada vez mais protagonismo nos mais diversos campos da ciência e da vida, seja na natureza, com ele atuando para controlá-la e domá-la a sua vontade, seja com os seus semelhantes, outros indivíduos considerados por ele “inferiores”. Entre esses indivíduos se encontram as mulheres, que em meio a esta sociedade, são vistas muitas vezes como objeto da vontade dos homens, sem autonomia, direitos sobre suas vidas e até mesmo sobre seus corpos.

É neste cenário, pelo fato de as mulheres ainda hoje serem consideradas por esta sociedade como instrumento da vontade dos homens (em um contexto de sociedade patriarcal), onde vemos seus direitos sendo violados e seus corpos instrumentalizados. Tais violações não cessam nem mesmo nos momentos mais delicados, nos quais a mulher se encontra em seu estado mais vulnerável, que é durante o parto, pré-natal e puerpério, período conhecido como gravídico-puerperal.

Tendo em vista o impacto existente não só na vida de mulheres gestantes, mas também na sociedade em geral, combinado ao crescente número de casos de violência obstétrica e abusos denunciados e divulgados pela imprensa, se torna cada vez mais urgente a discussão e difusão deste tema tão crítico e importante, em um momento onde este debate ainda se faz menos presente do que deveria.

Neste trabalho se pretende averiguar como se dá a responsabilização em caso de violência obstétrica, tendo em vista que a responsabilização médica em ocorre de forma subjetiva, possuindo a obrigação apenas de meio e não de resultado, devendo assim ser comprovada a culpa do acusado. Porém, esta tarefa se mostra mais difícil do que aparenta, devido à dificuldade de reconhecimento da própria violência obstétrica em si, o que torna a sua responsabilização um desafio para as pacientes. Como se não bastasse, a ausência de legislação própria para a questão também impõe dificuldades para a sua devida responsabilização no âmbito dos tribunais.

Diante disso, este trabalho se justifica diante da necessidade de visibilidade sobre o assunto em nossa sociedade para demonstrar a falta de um ordenamento jurídico e leis específicas sobre o tema violência obstétrica, o que deriva vulnerabilidade para as gestantes pelo desconhecimento de seus direitos nos momentos pré, do parto e pós parto. Nesse contexto, o objetivo estabelecido busca o emprego da responsabilidade civil como ferramenta para

salvaguardar esses direitos infringidos das mulheres brasileiras. E, especificamente, objetiva-se compreender a caracterização dessa forma peculiar de violência; analisar o contexto social e atual da violência obstétrica, identificando quais os direitos das mulheres são violados nessa prática; analisar a legislação de responsabilidade civil aplicável e avaliar suas implicações legais em uma abordagem do Direito Civil.

A metodologia adotada para esta pesquisa envolve processos complementares, incluindo revisões de literatura e análise documental, que engloba a coleta e avaliação dos acórdãos do STJ referentes ao tópico em foco. Foi adicionada ao texto uma integração de estudos provenientes de outras disciplinas, como medicina e sociologia, junto à literatura jurídica e legislação pertinente, viabilizando uma investigação mais ampla sobre a realidade social e jurídica do tema em análise.

O tipo de pesquisa conduzido ao longo deste trabalho monográfico é classificado como uma pesquisa exploratória e bibliográfica, que de acordo com a definição de Leonel e Motta (2007) essa abordagem visa proporcionar uma visão irrestrita sobre um fenômeno específico, contribuindo para a formulação de hipóteses mais precisas para estudos subsecutivos ao tentar explicar um problema a partir de teorias publicadas em diversas fontes como livros, artigos, manuais, enciclopédias, anais, meios eletrônicos entre diversos outros - sendo a coleta de dados especificamente sustentada pelo estudo de leis, doutrinas e análise da jurisprudência contemporânea.

No que diz respeito à abordagem, adota-se uma perspectiva qualitativa. Essa escolha é justificada pela dedicação à compreensão aprofundada da problemática em foco, particularmente a violência obstétrica, buscando compreender a experiência das gestantes/parturientes submetidas a essas práticas, reconhecendo a complexidade e dificuldade de mensuração desses dados.

Este trabalho foi estruturado em quatro capítulos, construídos através de métodos de pesquisa legislativos, jurisprudências e bibliográficos, sendo o segundo dedicado a apresentar o instituto da responsabilidade civil, suas modalidades objetiva e, especificamente no âmbito médico, subjetiva, possuindo este caráter por conta do status de profissional liberal do médico. Neste mesmo capítulo é abordado o limite ao qual o médico poderá exercer sua profissão sem ferir a autonomia do paciente, ao passo em que se discute também acerca do consentimento livre e esclarecido do paciente.

O terceiro capítulo é dedicado a explicar todo o conceito de violência obstétrica, suas origens, e de que forma o avanço científico e médico acabaram por medicalizar o corpo

feminino, transformando-o em um instrumento da medicina. Em seguida são demonstradas as formas de violência obstétrica, seus desdobramentos e consequências para os envolvidos.

No quarto capítulo o foco é demonstrar como a responsabilidade civil é empregada na prática, em meio aos casos julgados por tribunais estaduais e pelo STJ. Neste capítulo é falado também sobre o plano de parto e a importância deste para uma condução respeitosa e humanizada do parto, como também é demonstrado o *quantum* indenizatório utilizado pelo STJ nos julgamentos relativos à condutas características da violência obstétrica.

2. RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

No que diz respeito à relação médico-paciente, além de aspectos clínicos e éticos, estão envolvidas também importantes considerações jurídicas. Neste capítulo, será abordado como, à luz Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor, surge a necessidade de garantir que o paciente esteja plenamente informado sobre os procedimentos médicos, os possíveis riscos envolvidos e as alternativas disponíveis, assegurando assim sua proteção e empoderamento na tomada de decisões relacionadas à sua saúde.

Será explorado o papel fundamental do termo de consentimento livre e esclarecido nesta relação, em um contexto onde o respeito à autonomia do paciente e a proteção de seus direitos são primordiais, ao passo em que entender a natureza jurídica do consentimento informado torna-se essencial para uma prática médica ética e responsável.

2.1 Aspectos Jurídicos

Visto através do prisma jurídico, a relação médico-paciente não possui legislação própria, mas reúne características que permite sua interpretação e regulamentação tanto pelo Código de Defesa do Consumidor, quanto pelo Código Civil e pelo Código de Ética Médico.

De acordo com o Código de Defesa do Consumidor (CDC), para que exista uma relação de consumo, é necessário que estejam presentes três elementos fundamentais: o consumidor, o fornecedor e o objeto.

Em seu artigo 2º parágrafo único, a lei Nº 8.078/90 descreve que Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que, como destinatário final, adquire ou recebe produto ou serviço (BRASIL, 1990).

Já em seu artigo 3º, a lei trata de explicar sobre o outro sujeito fundamental da relação de consumo, o Fornecedor, afirmando que:

Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços (BRASIL, 1990).

Assim como o consumidor, o fornecedor também pode ser pessoa física ou jurídica, e que também podem oferecer produtos e serviços públicos e estatais e que, como dita o artigo 22 do CDC, fica obrigado a fornecer tais serviços de forma adequada e eficiente.

De acordo com Alves de Borba (2023, p. 193), o fornecedor é aquele que pratica atividade profissional habitual e com finalidade econômica, recebendo assim determinada remuneração referente à atividade.

Contudo, existe a diferença entre o fornecedor de produtos e o prestador de serviços, este no qual reside a atividade médica, que é o objeto característico da relação de consumo, expressa no § 2º do artigo 3º do CDC.

Art. 3º [...]

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

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista (BRASIL, 1990).

A diferença entre o fornecedor de produtos e o prestador de serviços está na natureza da sua obrigação, obrigação essa que incumbe ao primeiro o dever de dar, e ao segundo o dever de fazer.

Na situação abordada vale ressaltar que, como diz a lei, Serviço é toda aquela atividade exercida no mercado de consumo culminando em remuneração, excluindo assim relações de caráter trabalhista, essas possuindo legislação própria.

Tendo explicitado os elementos necessários para a existência de uma relação consumerista de acordo com o CDC, é possível traçar paralelos com a relação médico paciente, da qual existe o Objeto (o serviço prestado), o Fornecedor (o médico, o hospital, o agente de saúde) e o Consumidor (o paciente), transformando então a relação médico paciente em uma relação de consumo que, por ocasião de um de seus sujeitos se tratar de um profissional liberal, apresenta então algumas peculiaridades.

É necessário ressaltar que o médico se trata de um profissional liberal, que de acordo com Moraes e Guedes (2016, p.06):

É o profissional que exerce atividade regulamentada, com conhecimento técnico-científico comprovado por diploma universitário, cujo exercício pode até ser realizado mediante subordinação, desde que esta não comprometa sua independência técnica e a relação de confiança que o vincula ao destinatário do serviço.

Para ilustrar, é possível ver através do acórdão proferido pelo Superior Tribunal de Justiça, que o fato de a responsabilização do médico, por se tratar de um profissional liberal, ocorrer de forma subjetiva não afasta sua característica consumerista, mostrando assim que a relação médico paciente também é entendida como uma relação de consumo, como mostrado na ementa abaixo.

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR ERRO MÉDICO. PRAZO PRESCRICIONAL. ART. 27 DO CDC. DECISÃO MANTIDA.

1. Consoante a jurisprudência consolidada no âmbito do Superior Tribunal de Justiça, aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos serviços médicos, inclusive o prazo prescricional previsto no artigo 27 da Lei 8.078/1990. Precedentes 2. Agravo regimental não provido.

(AgRg no AREsp n. 785.171/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 19/11/2015, DJe de 24/11/2015.).

Também há outras decisões proferidas pelo STJ, reforçando a tese de que a relação médico paciente se trata de uma relação de consumo, como a exemplificada a seguir.

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. PROPÓSITO INFRINGENTE. RECEBIMENTO COMO AGRAVO REGIMENTAL. ERRO MÉDICO. INDENIZAÇÃO. PRESCRIÇÃO. ARTIGO 27 DO CDC. PRECEDENTES.

1. A orientação jurisprudencial deste Superior Tribunal é no sentido de que se aplica o Código de Defesa do Consumidor aos serviços médicos, inclusive no que tange ao prazo de prescrição quinquenal previsto no artigo 27 do CDC.

2. Embargos de declaração recebidos como agravo regimental a que se nega provimento.

(EDcl no REsp n. 704.272/SP, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 2/8/2012, DJe de 15/8/2012.).

Tendo explicado os diferentes sujeitos da relação de consumo, o conceito de profissional liberal e o entendimento jurisprudencial acerca da relação médico paciente, é o momento de discorrer sobre a forma como tais profissionais são responsabilizados sob o prisma do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor.

O Código Civil de 2002, em seu artigo 927, diz que aquele que, por ato ilícito causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo, e em seu parágrafo único dispõe que haverá reparação independente de culpa, nos casos especificados em lei ou em atividades do autor as quais naturalmente ofereçam risco a outrem (BRASIL, 2002).

Este conceito adotado pelo CC descreve a Responsabilidade civil em sua modalidade objetiva, a qual dispensa a existência de culpa para a respectiva responsabilização. Indispensável será a relação de causalidade, entre a ação e o dano, uma vez que, mesmo no caso de responsabilidade objetiva, não se pode responsabilizar quem não tenha dado causa ao evento (GONÇALVES, 2023, p. 25).

Contudo, de acordo com o CDC em seu artigo 14, que trata da responsabilidade do fornecedor de serviços e, independente de culpa, responder pelos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação de serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos; encontra sua exceção em seu parágrafo

4º, que diz que a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa (BRASIL, 1990).

Em outras palavras, a responsabilização daqueles que exercem sua profissão como profissionais liberais se dá através da comprovação de culpa do profissional, caracterizando assim a responsabilidade civil subjetiva.

No âmbito da responsabilização civil em caráter subjetivo, além de serem analisadas a conduta, o dano e o nexo de causalidade, também é necessária a observância do elemento culpa.

O Código Civil possui uma definição sobre os pressupostos da Responsabilidade Civil em sua forma subjetiva, representados em seu art. 186, que diz que aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito (BRASIL, 2002).

Desta forma podemos definir que o agente que age com culpa é aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, causar dano a outrem, ainda que moral.

Para Gonçalves (2023, p. 280), atuar com culpa seria o agente agir de forma a merecer a censura ou reprovação do direito, e para que este agente possa ser censurado ou reprovado em sua conduta, é necessário que, em face das circunstâncias concretas da situação, caiba afirmar que ele poderia e deveria ter agido de outro modo.

Se a atuação do agente é deliberadamente procurada, voluntariamente alcançada, diz-se que houve culpa *lato sensu* (dolo). Se, no entanto, o prejuízo da vítima ocorre em decorrência de comportamento negligente e imprudente do autor do dano, diz-se que houve culpa *stricto sensu*. Assim sendo, o instituto da culpa é dividido entre o dolo e a negligência, esta última abrangendo também a imprudência e a imperícia (GONÇALVES, 2023, p. 280).

Em ambos os casos relatados, a culpa nada mais é do que a quebra do dever de diligência, a tarefa de prever determinados fatos ilícitos e adotar medidas capazes de evitá-los.

De acordo com Franca (2020, p. 284):

Para a caracterização da responsabilidade médica basta a voluntariedade de conduta e que ela seja contrária às regras vigentes e adotadas pela prudência e pelos cuidados habituais, que exista o nexo de causalidade e que o dano esteja bem evidente. As regras de conduta arguidas na avaliação da responsabilidade médica são relativas aos deveres de informação, de atualização, de vigilância e de abstenção de abuso.

Ainda no âmbito da responsabilidade civil, o agente poderia responder por conta de duas formas distintas de responsabilização, a de caráter contratual ou extracontratual.

No que estipula Gonçalves (2023, p.27), responsabilidade extracontratual é aquela derivada da lei, enquanto a contratual é a advinda de um acordo avençado entre as partes, cuja infração torna o agente inadimplente.

Deste modo, o Código Civil disciplina sobre a obrigação do agente em reparar o dano em seu artigo 927, ao passo em que também determina a responsabilização do inadimplente em seu artigo 389, dizendo que:

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

Art. 389. Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros e atualização monetária segundo índices oficiais regularmente estabelecidos, e honorários de advogado (BRASIL, 2002).

Em outras palavras, o inadimplente responde pela obrigação de reparar o dano causado, além de responder também por perdas e danos.

Contudo, há de se verificar que, em face da responsabilidade médica ser de caráter subjetivo, a sua obrigação se dá pelos métodos empregados, e não pelo resultado. A obrigação através dos métodos utilizados pode ser lida como uma obrigação de meio, ou “obrigação de diligência”. Moraes e Guedes (2016, p.32) dizem que, nesta conjuntura, embora sempre se exija do devedor o dever de diligência, em alguns casos este se revela o verdadeiro e único elemento exigível da obrigação.

Desse modo, em regra, os médicos se responsabilizam apenas pela diligência, métodos e expertise empregados em seu trabalho, não por qualquer expectativa de resultado, ou quebra da mesma.

Tal interpretação recentemente vem sendo adotada também em casos de procedimentos estéticos. De acordo com Souza (2021), está surgindo um entendimento nos tribunais de que a obrigação do médico, em qualquer caso, é de meio. Isto se deve ao fato de que, mesmo em cirurgias estéticas, o resultado nem sempre depende da vontade e habilidade técnica do médico, mas de fatores imprevisíveis, como o próprio organismo humano.

Com isso, pode-se concluir que, por ser um profissional liberal, a responsabilidade do médico se dá em caráter subjetivo, devendo junto ao ato ilícito, dano e nexos de causalidade, estar presente também o elemento culpa (caracterizada pela comprovação de negligência, imprudência e/ou imperícia na conduta do agente) para a sua respectiva responsabilização. Há de se destacar também que a obrigação a qual o médico responde é a de meio, em que o profissional deverá mostrar toda diligência e expertise possíveis em amparo ao paciente, devendo responder apenas pela ausência de tais condutas.

2.2 Autonomia Médica x Autonomia do Paciente

Na relação médico-paciente, existem condutas das quais o médico precisa se guiar para o justo exercício de sua profissão, deveres dos quais o profissional se obriga a seguir tanto a lei, como um ônus ético inerente à própria atividade.

De acordo com o Código de Ética Médica de 2018, existem condutas as quais o profissional invariavelmente precisa adotar, ou no caso, não praticar, como visto no capítulo V de seu texto. Por exemplo, é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar dano ao paciente, devendo nestes casos ser feita a seu representante legal, como dita o artigo 34 da norma (BRASIL, 2018).

O capítulo V deste código segue inteiramente no sentido de instruir e delimitar a forma como o profissional pode exercer seu dever de informar, sempre respeitando os desejos e escolhas do paciente ou de seu representante, que tem sua vontade como fator primordial da relação médico paciente.

Aqui também é expressada a hipótese da qual o profissional poderia agir sem a devida permissão do paciente ou representante legal, como dito em:

É vedado ao médico:

Art. 31 Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Assim vemos que, mesmo que a vontade do paciente seja de importância central, em casos onde sua vida corra risco iminente, o dever de agir do profissional toma caráter imperativo.

O artigo 42 desta norma exemplifica e demonstra com perfeição o papel do médico na relação médico paciente. Em seu texto, é dito que é vedado o desrespeito por parte do profissional ao direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre a indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método (BRASIL, 2018).

Com isso, o CFM dita a forma como o profissional deve agir com relação ao paciente, sempre com clareza, informações detalhadas e respeitando sempre a vontade do paciente, vontade essa possuindo relevância primária.

De acordo com Franca (2020, p. 284-287), o médico precisa seguir regras de conduta arguidas na avaliação da responsabilidade médica, a começar pelo dever de informação do paciente.

Para o autor, independentemente de o paciente ser criança, adolescente ou maior incapaz, e seus pais ou responsáveis tenham tal conhecimento, é fundamental que o paciente seja informado pelo médico sobre a necessidade de determinadas condutas ou intervenções e sobre os riscos ou suas consequências (2020, p. 285).

Para atingir o princípio constitucional da autonomia e da liberdade individual, Franca (2020, p.285) defende que o ato médico só alcança sua verdadeira dimensão e seu incontestável destino a partir da obtenção do consentimento do paciente ou de seus responsáveis legais.

Para isso, Zugaib (2023, p. 1336) defende que a obtenção deste consentimento deve ser feita mediante uma conduta ética que contemple aspectos como linguagem acessível, em conformidade com as características culturais e sociais de cada indivíduo, clareza e objetividade na explicação do procedimento proposto, ponderação de riscos e benefícios envolvidos, esclarecimento sobre eventuais alternativas disponíveis para a situação em questão, respeito aos valores individuais e, em se tratando de gestantes, discussão com o casal, pois a participação do pai é fundamental à medida que há um terceiro envolvido (o feto).

Em casos onde ocorrem mudanças significativas nos procedimentos terapêuticos, deve-se então obter o consentimento continuado, pois se deve respeitar o Princípio da Temporalidade, que determina que permissão dada anteriormente tinha tempo e atos definidos, tendo o paciente sendo novamente cientificado sobre as mudanças necessárias em seu tratamento e novamente dando seu aceite, ou não. Vale ressaltar que o consentimento não é ato inexorável ou irrevogável, podendo o paciente não mais consentir certas práticas ou condutas, podendo assim revogar permissões outrora concedidas, seguindo assim o Princípio da Revogabilidade (Franca, 2020, p.285).

Também podem ocorrer situações onde mesmo existindo a permissão tácita ou expressa do paciente, a prática ou conduta médica não será permitida, sendo impedida por norma ética ou jurídica. Isto segue o Princípio da Não Maleficência, que determina a obrigação de não infligir dano intencional ao paciente. Por outro lado, também pode o médico utilizar de tratamento arbitrário diante de situações de incondicional e inadiável necessidade do ato salvador, mesmo sem autorização do paciente, como o mesmo estando em perigo iminente de vida, esta ação seguindo o Princípio da Beneficência (Franca, 2020, p.286).

Aqui, existe a concordância entre o autor e o Código de Ética Médica em seu artigo 31, onde só é permitida a prática ou conduta médica sem consentimento nos casos onde o paciente esteja correndo algum risco iminente à sua vida ou integridade física.

Também é dever do médico sempre informar suas condições de trabalho ao paciente, externando suas falhas e precariedades quando houver. O prontuário deverá sempre estar atualizado com todas as informações pertinentes e cabíveis, devendo estar acessível ao paciente. É importante ressaltar o dever do médico de manter informados e atualizados seus colegas acerca da situação e tratamento do paciente ao qual estes estejam relacionados, podendo a omissão de certas informações acarretar em danos irreversíveis ao paciente (Franca, 2020, p.287).

2.3 Do Consentimento Livre e Esclarecido

Para entender o que é consentimento livre e esclarecido, primeiro é necessário entender os fundamentos que são alicerce de todo o ramo do direito civil, fundamentos estes caracterizados por discorrer sobre o que são indivíduos de direitos e os direitos da personalidade.

De acordo com o Código Civil em seu artigo 1º, toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil, e em seu artigo 2º, a personalidade civil da pessoa começa com seu nascimento com vida, com a lei resguardando os direitos do nascituro desde a concepção (BRASIL, 2002).

Com isso, o legislador nos diz quem são as pessoas dotadas de direitos em nosso ordenamento, e quando sua personalidade se inicia, sendo ela resguardada desde a concepção da pessoa humana.

Como diz Francisco Amaral (2018, p. 353), “Direitos da personalidade são direitos subjetivos ou melhor, situações jurídicas existenciais que têm por objeto os bens e valores essenciais da pessoa, de natureza física, moral e intelectual”.

Para Pereira (2022, p.205) os direitos da personalidade envolvem o direito à vida, ao próprio corpo, à liberdade, à incolumidade física, à proteção da intimidade, à integridade moral, à preservação da imagem, ao nome, às obras de criação do indivíduo e tudo mais que seja digno de proteção, amparo e defesa na ordem constitucional, penal, administrativa, processual e civil.

Desta forma, Amaral (2018, p. 355-356) revela que a pessoa se torna ao mesmo tempo o sujeito titular da situação jurídica e o objeto da tutela que o direito estabelece, ressaltando o seu caráter absoluto e eficaz contra todos (*erga omnes*).

Tendo analisado o instituto da personalidade, sua natureza e objeto, é possível agora adentrar ao tema do consentimento no âmbito médico.

Para Franca (2020, p.51), o consentimento esclarecido é aquele do qual o indivíduo capaz civilmente está apto a entender e considerar razoavelmente a proposta ou consulta, sem qualquer tipo de coação, influência ou indução. Consentimento este não podendo ser colhido através de uma simples assinatura e nem de leitura apressada em textos minúsculos de formulários a caminho da sala de operações, devendo ser feito por meio de linguagem simples e acessível ao entendimento e compreensão do paciente.

O autor defende o conceito de “paciente-padrão razoável”, que seria aquele do qual a informação fosse capaz de ser entendida e que, por sua vez, também possa satisfazer as expectativas de outros pacientes de mesmas condições socioeconômico – culturais.

Essas informações não precisam ser tecnicamente detalhadas e minuciosas, mas devem ser corretas, honestas, compreensíveis e legitimamente aproximadas da verdade que se quer informar.

Depois de discorrer sobre a personalidade civil, e posteriormente esclarecer o termo “consentimento esclarecido”, agora é possível argumentar sobre quem possui personalidade, ou capacidade para exercer o ato de consentir livremente.

Nas palavras de Bergstein (2013, p.173-174), “a capacidade de direito, atribuída a todas as pessoas naturais, nos termos do art. 1º do vigente Código Civil, está vinculada à aptidão para ser sujeito de relação jurídica (titular de direitos e deveres)”. A capacidade é atribuída pelo ordenamento jurídico aos sujeitos como forma de realização dos valores emanados dos direitos de personalidade, inerentes a todo e qualquer indivíduo. Ou seja, se o consentimento for reportado em um ato de vontade livre, a sua formalização válida deve observar os requisitos legais que o precedem. Para o autor, a manifestação da vontade traduzida pelo consentimento informado está inserida no âmbito da capacidade de fato, mais especificamente na capacidade para atos jurídicos. Em outras palavras, trata-se de um negócio jurídico, dotado de manifestação da vontade, de forma e a instrumentalização da autonomia privada.

Para Souza (2021), o termo de consentimento livre e esclarecido é o exercício das autonomias bioéticas e biojurídicas. A primeira, que serve como fundamento para a segunda, representa a capacidade de se autogovernar, ou seja, a liberdade e autodeterminação da pessoa nas escolhas das intervenções no seu próprio corpo, enquanto a segunda se expressa pela vontade discernida do sujeito, capaz de estabelecer diferenças, distinções e apreciações.

Para que seja colhido o consentimento de forma cristalina e respeitando a norma legal e os princípios éticos, é necessário que o sujeito do consentimento seja capaz de no ponto de vista

civil ter condições de discernimento para poder expressar validamente sua vontade, devendo ir além das questões que envolvem a capacidade, verificando a aptidão do sujeito para a devida manifestação da vontade, como por exemplo, em casos onde o sujeito esteja sob efeito de substâncias entorpecentes ou drogas que alteram temporariamente a capacidade de compreensão e expressão da pessoa, não tendo assim condições necessárias para exprimir sua vontade e, por consequência, seu consentimento (BERGSTEIN, 2013, p. 174).

Vale ressaltar que, ao passo em que o termo de consentimento livre esclarecido representa o exercício da autonomia do paciente no que diz respeito às práticas médicas por ele consentidas, o termo de consentimento também legitima a prática médica, nos limites do consentimento. Isso significa que o termo de consentimento também é utilizado para o médico expressar sua autonomia, explicitando os atos pelos quais se responsabiliza (SOUZA, 2021).

Ainda de acordo com Bergstein (2013, p.174-176), características importantes para perfeito enquadramento do consentimento como inequívoco por parte de quem o emite são a pessoalidade, a atualidade e de dever ser ele expresso. Em casos onde o indivíduo é civilmente capaz, o consentimento não poderia ser expresso através de representação, o que violaria o princípio bioético da autonomia e valor juridicamente protegido da liberdade. Dessa forma, o paciente que possuir plena capacidade e tiver seu discernimento preservado deve, pessoalmente e soberanamente, concordar e escolher submeter-se livremente a determinado tratamento ou procedimento, salvo em casos onde a autonomia e capacidade do paciente seja limitada, situações essas ocorrendo com menores de idade, pessoas com transtornos mentais, aquelas cujo julgamento e discernimento se encontram progressivamente comprometidos e também pessoas que se encontram em estado inconsciente. Nestes casos, não se transfere para o profissional o poder de decisão pelo paciente, devendo ocorrer a necessária e devida informação ao seu representante.

No que tange ao dever de informar do médico e seu impacto na autonomia para a escolha do tratamento do paciente, há de se levar em consideração alguns fatores.

Como já visto anteriormente, o médico, em seu dever de informar, precisará fazê-lo de forma clara e ampla, relatando todos os passos do tratamento e riscos que poderiam haver para o paciente. Porém, há de se pensar que mesmo o paciente possuindo autonomia própria para decidir se aceita ou não ser tratado, o médico em seu dever de informar, e baseado também em seu dever de cuidar/salvar o paciente, irá informá-lo no sentido de fazê-lo entender melhor a situação e convencê-lo a consentir com o tratamento proposto. (CASTRO *et al.* 2020, p. 526).

De acordo com Bergstein (2013, p.191), A dissensão do paciente quando manifesta em momento ainda anterior à prática de ato de saúde em seu favor (ou mesmo ao longo de

tratamento já iniciado) levará o profissional a aprofundar o nível de informação a ser dado ao paciente, pois se acredita que, pelo perfil geral de personalidade daqueles profissionais, eles tenderão a não aceitar a recusa do paciente com facilidade. Segundo Bergstein, tais profissionais tendem a acreditar que devem cuidar e tratar de seus pacientes de forma proativa, e que sua recusa poderia ser algo de ordem física ou psicológica do paciente, como uma depressão, estado de ansiedade ou dor intensa provocados pela situação em que se encontra, podendo ser real em determinadas situações.

Em qualquer momento da relação profissional, o paciente possui a faculdade de não mais consentir uma determinada prática ou conduta, mesmo estas já tendo sido consentidas por escrito anteriormente, revogando permissão concedida previamente. O consentimento não se trata de ato imutável e permanente, e ao paciente não se pode imputar qualquer infração ética ou legal (FRANCA, 2020, p. 52).

Em quaisquer circunstâncias, o paciente consentindo ou não ao tratamento oferecido, é dever do médico, mesmo após ampliar a gama de informações repassadas, respeitar a vontade e autonomia do paciente, que é o protagonista de seu tratamento, e as consequências de tratar ou não serão sentidas em seu próprio corpo. Neste cenário de recusa, resta ao médico resguardar a própria segurança profissional. Em caso onde a recusa ou rompimento do consentimento em um tratamento já iniciado, tal recusa deve ser colhida preferencialmente na forma escrita, visando a garantia de que não abandonou o paciente durante a execução do tratamento. Na inocorrência da manifestação por escrito, as informações devem ser cuidadosamente anotadas seja em ficha clínica seja no prontuário do paciente. De forma semelhante, o médico também não poderá ser responsabilizado se o paciente optar por não iniciar o tratamento, pois o paciente, em uma atitude proativa, escolheu não se submeter ao mesmo, se responsabilizando por sua escolha (BERGSTEIN, 2013, p. 192).

Percebe-se dessa forma que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido também tem sido útil para auxiliar na defesa dos profissionais de saúde em possíveis ações judiciais que vierem a sofrer (CASTRO *et al.* 2020, p. 258)

Por fim, para que se conclua o consentimento de forma livre e esclarecida, é necessário respeito a uma série de fatores que dão legitimidade ao ato.

Primeiro é necessário que se entenda o consentimento como um processo, e não como um ato de aperfeiçoamento instantâneo.

Segundo Bergstein (2013, p.198), é necessário que o paciente participe ativamente da tomada de decisão, com conhecimento de causa. Deve o paciente receber informações de maneira paulatina, ao longo do tempo, conforme novos desdobramentos referentes ao seu

tratamento ocorram. Dessa forma, participando ativamente do processo decisório, o paciente tende a encarar a decisão como sua, e não algo imposto pelo profissional.

Também é necessária a observância de alguns casos onde se exige o consentimento expresso do paciente. Como exemplo temos as pesquisas realizadas em seres humanos, onde é obrigatório o manifesto de termo de consentimento para a prática do mesmo. O mesmo ocorre nos casos de transplantes, onde é exigido o consentimento expresso, o mesmo ocorrendo também no teste da sorologia para o vírus da AIDS (Anti- HIV) (BERGSTEIN, 2013, p.198-201)

Como já dito anteriormente, para que a ação ou conduta médica esteja respaldada juridicamente, o consentimento precisa ocorrer de forma constante enquanto perdurar o tratamento, não se esgotando no momento inicial, antes da prestação dos cuidados médicos, e exceto em casos de urgência onde o paciente corre grave risco de vida, é necessário que lhe seja dado um intervalo razoável para que ele possa chegar livremente à sua decisão, sem quaisquer formas de coação, sejam elas físicas, morais ou até mesmo sobre o tempo de reflexão (CASTRO *et al.* 2020, p. 526).

Da mesma forma que o paciente também pode revogar seu consentimento a qualquer momento, não devendo ficar sujeito a nenhum tipo de formalidade, mesmo o médico facultativamente pedir a revogação de forma escrita, com a finalidade de se resguardar, destacando também que a revogação de consentimento a qualquer tempo pode ser comunicada pelo médico ao paciente, em face da imutabilidade de sua condição clínica, que pode acarretar em extrema angústia ao indivíduo (BERGSTEIN, 2013, p.201-204).

Há ainda casos onde o paciente necessita de cuidados de saúde, mas não se encontra consciente ou exista alguma outra razão que impossibilite seu efetivo consentimento para a realização de qualquer procedimento/tratamento, e não há nenhum representante de sua vontade. Nestes casos, há de se avaliar a urgência com a qual o paciente precisa ser tratado. Não sendo urgente, opta por aguardar até que este tenha condições de se manifestar, por ele próprio ou por conta de representante. Mas caso a situação exija intervenção inadiável, é necessário se valer do “consentimento presumido” do paciente, onde deverão ser ouvidos os familiares, amigos próximos, um médico que o tenha acompanhado ao longo da vida ou de parte dela, tudo para se aproximar ao máximo da vontade do paciente (BERGSTEIN, 2013, p.204-205).

Desta forma, seguindo todos os passos de informação do paciente, mantendo-o a par de todos os procedimentos em todas as etapas do tratamento, e respeitando sempre sua vontade

como fator determinante da relação médico paciente, terá então o seu aperfeiçoamento não só como norma técnica e jurídica, mas como direito fundamental a autonomia e dignidade humana.

Em equivalência, pode-se dizer que o termo de consentimento na relação médico parturiente é conhecido como plano de parto.

3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Para as mulheres que possuem o desejo de serem mães, a gravidez é um processo que representa uma das experiências humanas mais singulares e importantes, tanto para ela quanto para o (a) parceiro (a), bem como para todos que dela participam. Contudo, com o passar do tempo, o parto deixa de ser um episódio natural, compartilhado na esfera familiar, e se torna um evento quase que privativo das instituições hospitalares (CORDINI, 2015, p. 14).

É neste cenário, onde o parto passa a ser um procedimento médico, que se observa uma série de condutas inapropriadas praticadas por essas instituições e pelos profissionais de saúde, que se distanciam de uma medicina humanizada e se aproximam de uma medicina cada vez mais intervencionista.

3.1 Medicalização e instrumentalização do corpo feminino

Para entender de que forma a medicina ginecológica e obstétrica se moldou ao longo do tempo, bem como a instrumentalização e medicalização do corpo da mulher, é necessária uma análise histórica sobre o seu surgimento.

De acordo com Rohden (2001, p.59), até o século XVI as doenças femininas pouco importavam para os médicos. Em uma visão de sociedade ocidental, e ainda patriarcal, o parto era muito mais um ritual de mulheres, conduzido e acompanhado pelas parteiras, que até o momento não possuíam qualquer formação especializada, exceto pela própria experiência.

Em geral, as parteiras e as parturientes possuíam a mesma origem social, compartilhando crenças e expectativas de mundo semelhantes entre si. Eram as parteiras quem organizavam o local, cuidavam dos preparativos, preparavam a alimentação e o vestuário da parturiente e faziam companhia à ela junto a outras mulheres, bem como conduziam o trabalho de parto e prestavam auxílio à mãe até que ela pudesse retomar suas atividades normalmente, algo de uma disponibilidade impraticável para os médicos (MARTINS, 2004, p.67-68).

Até por esse motivo, as mulheres preferiam a presença das parteiras, por razões psicológicas e humanitárias, fazendo-as se sentirem seguras e acolhidas, além do existente em mostrar os genitais (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2005, p.665).

As atividades relacionadas ao parto não chamavam a atenção dos médicos da época, com exceção dos casos mais complicados. Esta conduta por parte dos médicos não era ocasionada apenas pela divisão do trabalho existente nas sociedades da época. Para Martins (2004, p. 67-69), além da segregação sexual existente nas sociedades antigas e pré-industriais, também havia a desqualificação do parto pelos médicos antigos, que consideravam a obstetrícia

uma prática vil associada à dor, sangue e impurezas, devendo então ser conduzida pelas mulheres.

Contudo, estes médicos ainda tinham um olhar atento às doenças das mulheres e à obstetrícia, mas não apenas por questões éticas ou imperativos profissionais de prevenção e cura de doenças, mas também por questões políticas. De acordo com Martins (2004, p. 68), tanto na sociedade grega quanto na romana, o valor da mulher era medido por sua capacidade de gerar herdeiros saudáveis. Nesta época existia uma forte influência estatal em assuntos como casamento e geração de filhos, e os textos referentes às mulheres eram verdadeiros manuais de fecundação, com a finalidade de prevenir problemas ou restabelecer sua saúde para que, assim, fosse capaz de procriar.

Tal pensamento permaneceu predominante nas sociedades até por volta dos séculos XVIII e XIX. Para Rohden (2001, p.30), a ideia médica de beleza feminina era associada à imagem de uma boa esposa e mãe produtora de muitas crianças.

Foi a partir do século XIX, com a história da medicina começando a ser escrita, onde algumas ideias acerca do conhecimento antigo passaram por mudanças. Agora, as práticas médicas antigas eram vistas com a mesma negatividade que as práticas populares da antiguidade. Neste período, houve o reconhecimento da ignorância dos médicos antigos acerca dos assuntos relativos ao parto, mas a maior reação crítica ocorreu contra os leigos, especialmente contra as parteiras (MARTINS, 2004, p.69).

Às parteiras aldeãs foram relegadas a responsabilidade pelas imperícias que resultaram na morte das parturientes e de seus recém nascidos, bem como mutilações que ocorriam durante os procedimentos. Elas eram descritas como ignorantes, supersticiosas, descuidadas e apressadas. Contudo, pouco se sabe sobre a veracidade disso, pois os registros existentes mostram muito mais sobre como os procedimentos do parto deveriam ser feitos, e de como os médicos conseguiram transformá-lo em um processo controlado por eles (MARTINS, 2004, p. 69-70).

Com o passar do tempo, e a expansão do domínio das atividades relacionadas ao parto pelos médicos, nota-se que o ramo relacionado aos cuidados da mulher foi institucionalizado e tomado como mais uma área a ser estudada e conduzida por esses profissionais.

Desta forma, pela maneira cuja a medicina passa a tratar o corpo feminino como sendo um objeto de seu saber e prática, se torna necessária a abordagem do tema pela ótica da medicalização.

Para Nagahama e Santiago (2005, p. 665), que se baseiam nas palavras de Miles, “medicalizar significa o processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da

medicina, de forma a assegurar conformidade às normas sociais”. De acordo com as autoras, a origem dessa permissividade se dá pela forma como a sociedade, em geral, e a medicina, em particular, encaram a mulher. As autoras também remetem a Foucault, quando dizem que “uma das formas institucionais mais importantes de controle das classes pelo poder dominante faz-se através da manipulação dos corpos”.

As autoras defendem que a medicalização do corpo feminino teve início com o declínio da profissão das parteiras, tendo sua imagem já manchada, e com a introdução do fórceps obstétrico pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain no século XVI. De acordo com as autoras, o fórceps influenciou na aceitação da obstetrícia como uma disciplina técnica, científica e dominada pelo homem, instaurando o conceito de que é possível comandar o nascimento e que o parto se trata de uma atividade perigosa, sendo imprescindível a presença de um médico (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2005, p.665).

Apesar dos avanços proporcionados por esse instrumento, também houveram diversas controvérsias relativas a ele, devido ao seu caráter extremamente invasivo e intervencionista, além de colocar em risco a integridade da mãe e de seu filho.

Martin (2004, p.72) descreve os manuais obstétricos dos séculos XVI e XVII como “registros de uma prática que vai se tornando cada vez mais intervencionista”. De acordo com a autora, foi criado todo um arsenal cirúrgico, que além do fórceps, compunham o repertório cirúrgico pinças, tesouras, ganchos, perfuradores, e também manobras obstétrica e operações, como a embriotomia e a cesariana.

Também houveram aqueles poucos que se opuseram a essa intervenção excessiva com instrumentos sobre o corpo das parturientes. Estes opositores, como o cirurgião De La Motte e a parteira Elizabeth Nihell, defendiam que a demasiada intervenção através do uso de tais instrumentos por mãos apressadas e inábeis poderia causar danos terríveis e irreparáveis, tanto para a mãe quanto para a criança. Porém, seus apelos não foram suficientes para frear o avanço intervencionista na medicina obstétrica, visto que a utilização de instrumentos como o fórceps, junto às manobras cirúrgicas intrusivas desenvolvidas àquele tempo davam ao médico a imagem de competência e superioridade, principalmente perante as parteiras (MARTIN, 2004, p. 77).

Com isso, se impulsiona o discurso médico caracterizado pela defesa da hospitalização do parto e a criação de maternidades. Aqui é onde o parto deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública, com interferência de outros atores sociais (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2005, p.656).

Desta forma, nota-se que com o passar do tempo a mulher perde seu protagonismo durante as etapas inerentes ao parto, ao passo em que sua autonomia e o controle de seus corpos e processos reprodutivos são instrumentalizados pela medicina, e em nome de uma ciência mais intervencionista e menos humanizada.

3.2 Das hipóteses de violência obstétrica

Como visto anteriormente, os cuidados relativos ao parto mudaram bastante com o decorrer do tempo, passando de algo de pouca intervenção no corpo da mulher, em um contexto mais seguro e acolhedor à parturiente, para um evento médico, com maior intervenção e participação de outros agentes externos.

Ocorre que toda essa intervenção, combinada ao fato de a medicina e seus profissionais terem reivindicado o protagonismo mediante os mais variados procedimentos, acaba por rebaixar a mulher, no estado gravídico puerperal, a um papel secundário, suscetível e vulnerável a uma gama de situações desumanizadoras que podem ser prejudiciais a sua saúde física e psicológica, bem como a da criança envolvida. Tais situações se relacionam à caracterização da Violência Obstétrica.

Nas palavras de Alessandra Calabresi Pinto (2020, p.163):

Entende-se por violência obstétrica toda ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada sem o seu consentimento explícito, ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, e aos seus sentimentos e preferências.

Essa expressão engloba as condutas não apenas dos médicos, mas de todos os prestadores de serviço da área da saúde.

A violência obstétrica, que pode ocorrer em qualquer estágio do ciclo gravídico puerperal, e no abortamento, encontra-se mais presente durante o trabalho de parto e o parto, por ser o momento onde a paciente encontra-se em situação de grande vulnerabilidade. Ela pode ocorrer em partos vaginais ou cesarianas; tanto nos hospitais públicos quanto nos privados; com suas condutas e danos provocados abrangendo dimensões físicas, verbais, morais, sexuais e psicológicas; com seu sujeito passivo sendo o binômio materno-fetal e, como sujeitos ativos, os profissionais de saúde diretamente ligados à assistência obstétrica (MESSA, CALHEIROS, 2023, p. 40).

Em suma, a violência obstétrica toma forma à medida que ocorre a perda da autonomia da mulher sobre o seu corpo, estando assim vulnerável a métodos desumanizados e invasivos

cometidos contra a sua vontade e discernimento. Entre as condutas, há de se destacar algumas das mais comuns, como a episiotomia.

A episiotomia se trata de um procedimento cirúrgico onde é feito um corte perineal para facilitar a saída do feto e evitar possíveis lacerações perineais de diversos graus (MESSA, CALHEIROS, 2023, p. 42).

De acordo com Sandra Maria Alexandre (2009 p.368), mesmo sendo uma prática comum no meio obstétrico, tal método foi introduzido sem qualquer comprovação científica de sua efetividade, devendo então tornar-se uma técnica restrita e não rotineira.

De acordo com Cordini, (2015, p.26), “Registra-se que, no Brasil, a incidência da episiotomia já alcançou o índice de 53,5%, a despeito da diretriz estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, que recomenda que as ocorrências não ultrapassem a taxa média de 10%”.

Além da episiotomia, outro método que vale ser citado é a manobra de Kristeller, técnica caracterizada pela aplicação de pressão no fundo uterino durante o período expulsivo com o objetivo de diminuir o tempo necessário para a saída do feto. Ocorre que, além de poder causar danos à mãe e ao feto, com lesões no útero e períneo, a utilização de tal manobra evidencia forte interferência na evolução normal do parto, algo que prejudica a autonomia da mulher, violando sua integridade corporal e a expõe a riscos descabidos, além de também expô-la a situações de dor e desconforto ao longo do procedimento. Por essa razão, a manobra de Kristeller é contra indicada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde (CARVALHO, 2014, p.11; SOUZA, 2020; e COREN, 2016).

Outro método utilizado para acelerar o processo expulsivo do nascituro é o já mencionado fórceps, instrumento semelhante a uma pinça, introduzido no canal vaginal da parturiente até o seu encaixe dos lados da cabeça do feto, em seguida sendo retirado pelo médico (ZUGAIB, 2023)

Porém, a utilização intempestiva e mal indicada do instrumento pode causar danos como esmagamento dos nervos parietais, fraturas cranianas e lesões oculares ao feto, e fissuras perineais e vaginais, além de esfínter do ânus à mãe (ZUGAIB, 2023, p. 431).

Como um último procedimento cirúrgico, há de se falar da cesariana, que por seu caráter de maior intervencionismo, pode trazer maiores complicações à mãe e à criança.

De acordo com Cordini (2015, p. 26) Na contramão do que recomenda a Organização Mundial de Saúde, no Brasil a taxa de realização de partos por meio da cesariana, tanto no setor público quanto no privado, atinge o percentual de 40%, muito acima da média de 15% determinada pelo órgão internacional. Nas palavras da autora, “O crescente número de realização de cesáreas no país se deve a dois importantes fatores: a) cultural, porquanto a mulher

tem impregnada a ideia de que o parto normal ocasionará a flacidez do introito-vaginal e pelo estereótipo de que o parto natural é evitado de dor e sofrimento; b) por intermédio de indicação médica, seja em atenção à obstetrícia defensiva que, em determinados casos, a exemplo da circular de cordão no pescoço, prescreve a realização de parto cesárea ou, ainda, meramente por conveniência do profissional que, sem evidenciar a efetiva necessidade do procedimento, procede ao seu “agendamento” e execução antes mesmo do início do trabalho de parto”.

Por seu caráter mais imediatista, muitos médicos optam pela antecipação do parto por meio da cesariana, para que dessa forma o procedimento possa ser feito no momento mais oportuno para o profissional, não sendo assim surpreendido em períodos de férias ou feriados prolongados, por exemplo (CORDINI, 2015, p. 27).

Tal medida demonstra a diminuição da importância e do protagonismo da mulher, bem como de seus processos fisiológicos e estágios no que diz respeito à gravidez, parto e puerpério, em detrimento da vontade dos profissionais de saúde que, muitas vezes por mera conveniência, acabam por subjugar a vontade e autonomia da parturiente, negligenciando assim sua saúde e bem estar.

Ao contrário do que é amplamente empregado, a prática da cesariana deve ser tida como exceção, e não como regra. É comprovado que durante o trabalho de parto, ocorre o estímulo da produção de leite e substâncias químicas que auxiliam na respiração do recém-nascido nos primeiros momentos fora do útero, processo este que acaba sendo prejudicado pelo aceleração do parto provocado pela intervenção cirúrgica desnecessária (CORDINI, 2015, p. 28).

Ante as situações de violência obstétrica existentes, e que vitimizam inúmeras mulheres ao longo do tempo, há de se atentar ao que ocorre na hipótese da gestante ser negra.

O racismo, que está presente em todos os ambientes institucionais, acaba também influenciando na forma como as gestantes negras são discriminadas nas diferentes fases do processo de gestação e nascimento de seu filho. Mulheres negras são as que menos recebem anestesia para aliviar a dor e as que menos conseguem realizar o número de consultas pré-natal. Isto se deve a maior instrumentalização de seus corpos, e a animalização destes, tratados muitas vezes como sendo “corpos que não sentem dor” (BARRETO, 2022).

Neste mesmo sentido, Barreto (2022) mostra que mulheres negras sofrem mais com a violência obstétrica do que mulheres brancas, seja pela negligência com que são tratadas, sendo privadas de medicamentos e acompanhante determinado por lei, seja por sofrerem mais com intervenções cirúrgicas muitas vezes desnecessárias, e até pelo tratamento despendido a elas, com comentários ofensivos e até mesmo degradantes.

Para além dos procedimentos médicos praticados no corpo da parturiente, a violência obstétrica também está presente na forma como os profissionais de saúde lidam com a segurança e bem estar psicológico da paciente.

A presença de acompanhante durante as fases do parto é algo fundamental, pois ajuda a confortar a parturiente, lhe conferindo segurança, companhia, encorajamento e apoio emocional, além de coibir possíveis abusos, e a sua proibição ou limitação é uma clara caracterização da violência obstétrica (MESSA, CALHEIROS, 2023, p. 42).

Sua obrigatoriedade está regulamentada na Lei nº 11.108 de 2005, garantindo assim a presença de acompanhante à parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós parto, como relatada a ementa a seguir.

LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Infelizmente, as condutas médicas lesivas à integridade mental e psicológica da mulher não param por aqui. De acordo com a OMS, muitas mulheres no mundo todo passam por situações de abuso, desrespeito, maus tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Para a Organização:

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento (Organização Mundial de Saúde, 2014).

Além dos vários procedimentos invasivos a que a parturiente está vulnerável, junto a situações onde o seu direito ao acompanhamento por alguém de sua confiança é prejudicado, também ocorre aquela que pode ser a mais recorrente, e invisível, forma de violência obstétrica, que é a violência psicológica.

Nas palavras de Cordini (2015, p. 30):

À violência obstétrica psicológica compreende: a) a privação de informações à gestante acerca das rotinas e procedimentos a serem desenvolvidos no decorrer do processo gestacional; b) a realização de comentários ofensivos, constrangedores ou discriminatórios; c) a submissão da mulher a sentimentos de abandono, medo, inferioridade, insegurança; d) a recriminação por qualquer comportamento, proibindo-a de manifestar suas emoções; e) a restrição de qualquer prerrogativa da gestante, sob pretexto de ser válida apenas para pacientes com determinado vínculo com a instituição hospitalar (ex.: SUS, plano de quarto privativo, particular); f) a procrastinação do contato entre mãe e filho, logo após o nascimento, dentre outras práticas habituais, condenadas pela Organização Mundial de Saúde.

Tais condutas podem não ser reconhecidas como violência obstétrica pela parturiente ou por quem a acompanha, por ser algo considerado atinente ao processo gestacional (CORDINI, 2015, p. 30).

Este fato deixa cristalino o quanto a sociedade desconhece a existência e a abrangência da violência obstétrica, suas causas, seus desdobramentos, o impacto que causa não apenas às vítimas, mas à própria sociedade em geral. Ela é fruto do avanço médico e científico sem o devido olhar ético e humanizado, que junto à própria diferenciação de gênero existente, rebaixa a mulher a um mero instrumento da ciência, da medicina, e do próprio sistema patriarcal.

Infelizmente, o ordenamento brasileiro não possui legislação específica para lidar com a violência obstétrica, possuindo apenas trechos presentes no código civil que tratam da responsabilização por ato ilícito, como os artigos 186 e 927, ou responsabilização do profissional liberal presente no CDC, em seu artigo 14 § 4º. (BRASIL; 2002, 1991)

Também se utilizam trechos do código penal, como o artigo 129 que trata da lesão corporal, nos casos em que a parturiente possa sofrer lesões físicas durante o parto. Há também o art. 140, versando sobre o crime de injúria, para as situações em que a mulher venha a passar por violências verbais e humilhações (BRASIL, 1940).

Contudo, existem projetos de lei que visam a proteção da mulher gestante e o enfrentamento à violência obstétrica, como o PL Nº 6.567/2013, que propõe uma série de medidas buscando um parto humanizado, coibição das formas de violência obstétrica e responsabilização de seus agentes, cuja ementa se expõe a seguir:

Altera o art. 19-J da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para incluir a obrigatoriedade de obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2023).

Apensados a esse projeto, também existem vários outros projetos de lei, como o PL N° 7.867/17, que em sua ementa, “dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério”. Este projeto visa não só o enquadramento das condutas características da violência obstétrica nas esferas sanitária, penal e civil, como também obriga os estabelecimentos de saúde a promoverem a divulgação de tais condutas, com o intuito de conscientizar a população sobre elas e de quais maneiras denunciar estas práticas. (BRASIL, 2023)

E por fim, também apensado ao projeto principal está o PL 422/23, que como principal medida propõe a inclusão da violência obstétrica no texto da Lei Maria da Penha (Lei N° 11.340/06), em ementa diz “Dispõe sobre a violência obstétrica, e sobre o dever dos diversos Poderes dos entes da Federação de promover políticas públicas integradas para a sua prevenção e repressão, alterando a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.” (BRASIL, 2023).

Para concluir, de acordo com a OMS (2014), algumas medidas devem ser tomadas para eliminar o desrespeito e os abusos sofridos pelas mulheres durante a assistência institucional, a começar por um maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social afim de promover pesquisas para definir e medir estes problemas nas instituições de saúde públicas e privadas no mundo todo. A ideia é coletar evidências sobre a efetividade e implementação de intervenções em diferentes contextos para oferecer a orientação necessária aos governos e profissionais de saúde.

Em seguida, deve-se começar, apoiar e manter os programas criados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, focando no respeito como componente essencial da qualidade da assistência. Com isso, a ideia é facilitar o acesso das mulheres à informações, mobilidade, alimentos e líquidos, e também a consciência de seus direitos, bem como o acesso à justiça em caso de seu descumprimento, o que nos leva ao próximo passo, que é enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto (Organização Mundial de Saúde, 2014).

Também é importante a produção de dados relativos a práticas respeitosas, ou não, na assistência à saúde, com a identificação, documentação e pesquisa acerca dos serviços de saúde que já ofereçam cuidados maternos de forma respeitosa, combinado a um sistema de responsabilização eficiente, bem como o apoio e treinamento aos profissionais de saúde para que as mulheres grávidas sejam tratadas com compaixão e dignidade (Organização Mundial de Saúde, 2014).

Por fim, envolver todos os interessados, como comunidades, profissionais e gestores de saúde, formadores de recursos humanos em saúde, organismos de educação e certificação,

associações profissionais, governos, interessados nos sistemas de saúde, pesquisadores, grupos da sociedade civil, organizações internacionais, e sem esquecer da participação das mulheres, em esforços para aprimorar a qualidade da assistência, eliminando o desrespeito e as práticas abusivas. Tais grupos e entidades devem se unir para garantir que as situações de abuso, desrespeito e maus tratos devem ser identificadas e relatadas de forma singular e constante, e que as medidas preventivas e terapêuticas localmente apropriadas sejam implementadas (Organização Mundial de Saúde, 2014).

Desta forma, com a combinação de esforços, pesquisas e divulgação do debate sobre o tema, é possível o desenvolvimento de um embate mais amplo e eficiente contra esta forma de violência, que ainda permanece tangenciada do debate público.

4. RESPONSABILIDADE CIVIL POR VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Neste momento serão abordados os diversos aspectos relacionados à responsabilização médica em situações de violência obstétrica, analisando as variáveis legais que permeiam esse tema.

Inicialmente, serão examinados os mecanismos pelos quais os profissionais de saúde podem ser responsabilizados por condutas que caracterizam violência obstétrica, destacando os princípios legais e as jurisprudências pertinentes. Em seguida, será abordada a responsabilização por violação do plano de parto, bem como sua consequente responsabilização, e por fim, discorrer sobre os parâmetros judiciais utilizados para determinar a responsabilidade civil em casos de violência obstétrica, examinando os critérios e as jurisprudências que norteiam esse processo de apuração e julgamento.

4.1 Responsabilidade Civil Médica em Caso de Violência Obstétrica

Como visto anteriormente, através ótica do código civil e do código de defesa do consumidor, pelo fato de o médico ser um profissional liberal, a sua responsabilização por qualquer dano que o paciente vier a sofrer deverá ter a comprovação de culpa do profissional, devendo ele ter agido com imprudência, negligência e/ou imperícia em suas ações.

A responsabilização do médico ser de forma subjetiva se mostra absolutamente razoável, considerando que o exercício da obstetrícia seria inviável caso fosse adotada a responsabilidade na modalidade objetiva, pois se trata de uma obrigação de meio, na qual o sucesso do nascimento não depende exclusivamente do profissional, mas também de fatores alheios à sua vontade, além da possibilidade de serem necessárias a adoção de condutas emergenciais, com o objetivo de salvar a mãe e/ou o nascituro (CORDINI, 2015, p. 52).

É nisso que se baseia a jurisprudência, afirmando a subjetividade da responsabilidade do médico nos casos envolvendo violações e desrespeito à mulher e de seu bebê, como na ementa apresentada 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, configura 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. (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 de se atentar também sobre a existência do ônus da prova acerca da responsabilização médica.

A julgar pela complexidade do caso, e pela dificuldade por parte do autor em se obter a prova necessária, poderia o magistrado inverter o ônus da prova, incumbindo ao réu o dever de provar que este não provocou o dano causado.

Como mencionado, a responsabilidade médica exige a prova da intenção de causar o dano ou da conduta negligente, imprudente ou imperita (da culpa *lato sensu* do agente) para a correspondente obrigação de indenizar (MORAES, GUEDES; 2016, p. 37).

Porém, é notada uma dificuldade por parte da vítima em comprovar que a conduta do profissional ocorre de forma irregular. Em face disso, a conduta do próprio médico e dos demais profissionais é arbitrária, mostrando assim que em algumas situações a responsabilização não é alcançada (GUEDES, ALVES; 2021, p.10).

Tal dificuldade pode ser representada na decisão proferida pelo Tribunal de Justiça de São Paulo abaixo.

RESPONSABILIDADE CIVIL. Capital. Falha na prestação do serviço. Autora que alega danos durante a realização do parto. Fratura na clavícula do recém-nascido. Impedimento de acompanhamento no parto. Dano moral. Indenização. – Responsabilidade civil. Prova. Os autores reclamam de violência obstétrica na realização de episiotomia e de que Lorenzo, por ocasião do nascimento, apresentava trauma no tórax, equimose de face periorbitária e fratura na clavícula esquerda. A prova não demonstra a ocorrência de dano indenizável ou falha na prestação do serviço pela equipe assistencial que realizou o parto da autora, conforme detalhadamente exposto em perícia. A alegação de proibição de que a autora tivesse acompanhamento durante o parto foi realizada sem qualquer prova e a alta ocorreu dois dias após o parto, não como indicado na inicial. Tudo considerado, não há prova do direito alegado (art. 373, I do CPC). – Improcedência. Recurso dos autores desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1000348-77.2019.8.26.0020; Relator (a): Torres de Carvalho; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Público; Foro Central - Fazenda Pública/Acidentes - 11ª Vara de Fazenda Pública; Data do Julgamento: 02/05/2023; Data de Registro: 02/05/2023).

Também é vista esta mesma dificuldade em acórdão proferido no Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO INDENIZATÓRIA - ERRO MÉDICO - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - AUSÊNCIA DE PROVA DO ILÍCITO - CONDUTA ILÍCITA NÃO DEMONSTRADA - DEVER DE INDENIZAR - INEXISTÊNCIA - PEDIDO JULGADO IMPROCEDENTE - SENTENÇA MANTIDA.

- O dever de indenizar depende de três requisitos: o dano, a conduta culposa e o nexo causal entre os dois primeiros.

- Incumbe ao autor a demonstração do fato constitutivo do direito pertinente à conduta do réu, o nexo causal entre a conduta e o dano alegado.

- Não se desincumbindo a apelante de comprovar a existência de ato ilícito cometido pela apelante, não merece reforma a sentença ora atacada. (TJMG - Apelação Cível 1.0000.22.145535-5/001, Relator(a): Des.(a) Marco Antônio de Melo, 18ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 22/11/2022, publicação da súmula em 23/11/2022).

Ocorre que, como dito no capítulo anterior, no Brasil não existe em vigência legislação específica que trate das situações de violência obstétrica, e esta ausência de tratativas específicas dificulta o judiciário dar um parecer frente a responsabilização do profissional, que por conta desta lacuna legislativa, acaba por enquadrar a violência obstétrica como um erro médico, cabendo apenas à vítima o ônus da prova da violação de seus direitos. É nesta situação que a parturiente muitas vezes deixa de denunciar a conduta danosa, por conta da dificuldade em se obter tal prova, seja por não possuir testemunhas (atentando-se a violação do direito de ter presente um acompanhante) ou prova documental, frustrando assim a responsabilização do agressor (GUEDES e ALVES, 2021, p.12).

Ainda de acordo com Guedes e Alves (2021, p.13-15), ocorre a discussão com posicionamentos judiciais que caracterizam a violência obstétrica como erro médico, mas para tanto não é discutida a culpa, mas a violência de gênero, como assegurado pelos tratados dos Direitos Humanos das mulheres, ao qual o Brasil é signatário. Também é destacado que, apesar da Responsabilidade Civil ser uma das soluções para os casos de violência obstétrica, as características de tal violência se direcionam para o âmbito da esfera penal, com condutas facilmente tipificadas como lesão corporal (art. 129 CP e parágrafos seguintes), ofendendo a integridade corporal e/ou saúde da paciente, bem como seus desdobramentos para a sua vida; maus tratos (art. 139 CP), expondo a perigo a vida e/ou a saúde de pessoa sob sua autoridade; injúria (art. 140 CP) ofendendo a dignidade da paciente; constrangimento ilegal (art. 146 CP) constrangendo a paciente mediante violência ou grave ameaça; e também ameaça (art. 147 CP) ameaçando a paciente por palavras, escritos ou gestos, de causar-lhe mal injusto ou grave.

Já pela ótica do Código de Defesa do Consumidor, o médico deveria se valer pelo respeito e as informações necessárias para o atendimento humanizado, pois sendo a relação

médico paciente caracterizada como uma relação de consumo, um dos direitos básicos do consumidor é o acesso a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, sempre zelando pelo respeito e dignidade humana da parturiente. Desta forma, o médico que desrespeitar os preceitos do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009) poderá sofrer as sanções previstas pela lei N° 3.268/57, que vão desde advertências até a cassação do exercício profissional (GUEDES e ALVES, 2021, p.15).

Há de se ressaltar que o Código de Ética Médica pode ser usado em processos administrativos e de ética pelos Conselhos de Medicina, mas não interfere no disposto no Código de Defesa do Consumidor, bem como em sua aplicação.

Com isso, é possível verificar a existência de instrumentos capazes de levar à responsabilização dos agentes causadores da violência obstétrica, ainda que dispersos e pouco efetivos.

4.2 Da Responsabilidade Civil por Violação ao Plano de Parto

Ainda sobre a responsabilização de condutas irregulares que podem gerar dano à parturiente, temos também a violação do plano de parto.

Nas palavras de Oliveira (2020, p. 32), “O Plano de Parto é um mecanismo criado para combater a prática da Violência Obstétrica”.

Sobre o plano de parto, Torres e Abi Rached (2017, p. 1-7) dizem que “nada mais é do que um documento, feito pela gestante, em maneira de carta ou preenchimento de um modelo pré-existente, contendo o que ela quer que aconteça ou não durante o seu parto, deixando registrado suas vontades”. O plano de parto seria um documento, por onde a gestante escreve como prefere passar pelas diversas fases do trabalho de parto, e de que forma ela e seu bebê devem ser tratados antes, durante e depois do parto.

A principal função do plano de parto é deixar a mulher ciente de que ela possui alternativas. Ao preencher o plano, a gestante fará uma reflexão sobre o tipo de parto que ela prefere se submeter, assim estando mais preparada para conversar com seu médico e saber se ele compartilha dos mesmos pensamentos. A gestante/parturiente tem o direito de participar das decisões que envolvam o próprio bem estar e de seu bebê, bem como os benefícios e prejuízos de cada exame, procedimento ou manobra médica que vierem a se submeter, salvo quando houver inequívoca emergência médica que impeça sua participação consciente (TORRES, ABI RACHED, 2017, p. 7-8).

Dessa forma, o plano de parto aparece como uma maneira da gestante exercer sua autonomia e empoderamento, a medida que também auxilia a equipe de saúde que irá atendê-la, para saber de quais maneiras agir ou não agir nos casos onde o parto é de baixo risco, podendo então respeitar todas as escolhas da mulher. (TORRES, ABI RACHED, 2017, p. 27).

Há de se mencionar que, de acordo com a resolução 2.284/2020 do CFM, a gestante também poderá optar pela realização da cesariana, tendo ela recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal ou cesariano, bem como de seus benefícios e riscos. Para garantir a segurança do feto, a gestante pode optar pela cesárea a partir de 39 semanas completas de gestação, tendo sua decisão registrada no plano de parto (termo de consentimento livre e esclarecido), e sendo facultado ao médico, que discordar da vontade da gestante quanto a realização do procedimento, alegar o seu seu direito de autonomia profissional e, neste caso, encaminhar a gestante a outro profissional.

Contudo, assim como ocorre com a responsabilização em casos de violência obstétrica *lato sensu*, no Brasil não existe lei federal que reconheça a legalidade do documento denominado plano de parto, cabendo então ao médico, em sua consciência e convicções pessoais, optar pelo acolhimento do plano de parto e respeito à autonomia de seus pacientes. Com isso, é necessário que o operador do direito faça várias manobras entre vários dispositivos legais para que possa haver qualquer responsabilização contra os praticantes da violência, que por sua vez acaba sendo reconhecida como erro médico e que, em grande parte dos casos, nem como erro, e sim escolhas médicas, dificultando ainda mais a responsabilização (OLIVEIRA, 2020, p. 32).

Desta forma, pelo fato de o plano de parto ser uma forma de coibir a violência obstétrica, o seu descumprimento acaba por se caracterizar um ato próprio de violência obstétrica, devendo então ser recebida como tal nos tribunais.

4.3 Dos Parâmetros Judiciais de Responsabilização Médica por Violência Obstétrica

Mesmo ainda não sendo algo unificado, a responsabilização por atos cometidos por violência obstétrica já se mostra possível, sendo estes enquadrados como erro médico, com o profissional que de algum modo ocasionou o evento danoso obrigado a reparar o dano, e cabendo ao poder judiciário a devida análise do *quantum* indenizatório e peculiaridades de cada caso (PEREIRA, ANDRÉA; 2023, p. 176-178).

Para se analisar o *quantum* indenizatório, o Superior Tribunal de Justiça tem utilizado o sistema bifásico para qualificação dos danos extrapatrimoniais. Neste sistema, na primeira fase é arbitrado o valor básico ou inicial da indenização, levando em consideração o interesse jurídico lesado, observando os precedentes jurisprudenciais acerca da matéria, para em seguida, na segunda fase, proceder com a fixação definitiva da indenização, ajustando com as peculiaridades do caso com base nas suas circunstâncias, circunstâncias essas relativas à gravidade do fato em si, culpabilidade do agente, culpa concorrente da vítima e condição econômica das partes. Desta forma, almeja-se um ponto de equilíbrio, em que as vantagens dos dois critérios estejam presentes (BERLINI, 2021, p. 50).

Junto a estes critérios, o juiz também deverá, acerca da indenização dos danos extrapatrimoniais, levar em consideração certos aspectos relativos ao acontecimento do parto, como a expectativa e a alegria pela chegada de um novo membro familiar. Se nesta situação ocorre o falecimento da parturiente como consequência desta violência, há de se considerar a tragédia para o nascituro que não poderá conhecer ou conviver com a mãe. Também é preciso se atentar se houve uma escalada de intervenções não recomendadas, sujeitando à mãe um sofrimento evitável antes da sua morte. Contudo, havendo o falecimento do bebê, tem relevância a expectativa criada a respeito do nascimento desta criança, cujo parto se finalizou em seu óbito (STUDART, 2022, p. 50).

A exemplo disso se observa abaixo acórdão proferido pelo STJ, mantendo decisão obrigando os responsáveis à reparação.

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL E MORAL. OMISSÃO. INEXISTÊNCIA. ERRO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DO PROFISSIONAL, DO HOSPITAL E DA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. COMPROVAÇÃO DO DANO, DO NEXO CAUSAL E DA CULPA. REEXAME. SÚMULA 7/STJ. VALOR DA INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. REEXAME. SÚMULA 7/STJ. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. Não se verifica a alegada violação do art. 1.022 do CPC/2015, na medida em que a eg. Corte de origem fundamentou o acórdão recorrido e as questões de mérito foram devidamente analisadas e discutidas de modo a esgotar a prestação jurisdicional, não sendo possível confundir julgamento desfavorável, como no caso, com negativa de prestação jurisdicional ou ausência de fundamentação.

2. Na espécie, o eg. Tribunal a quo manteve a condenação solidária do médico que realizou o parto da criança, do hospital em que prestados os serviços e da operadora do plano de saúde, à qual médico e hospital eram credenciados. Destacou o Tribunal de origem que os danos irreversíveis causados à saúde da criança tiveram como causa "a falha do médico obstetra no monitoramento e registros dos batimentos cardíacos e sinais vitais do feto durante todo o tempo que esteve acompanhando as pacientes" e a demora, também imputada ao profissional, na escolha pelo parto cesariano. A reforma desse entendimento demandaria o reexame das provas dos autos, providência inviável em sede de recurso especial, a teor do que dispõe a Súmula 7 deste Pretório.

3. O entendimento desta Corte é pacífico no sentido de que o valor estabelecido pelas instâncias ordinárias a título de indenização por danos morais pode ser revisto nas

hipóteses em que a condenação se revelar irrisória ou exorbitante, distanciando-se dos padrões de razoabilidade, o que não se evidencia no caso em tela.

4. Na hipótese, ante as lesões gravíssimas e permanentes causadas à criança - tais como paralisia cerebral, tetraparesia, retardo mental, deficiência visual, convulsões de difícil controle, refluxo gastroesofágico, pneumonia de repetição e atrofia pulmonar -, além dos danos de ordem moral causados aos pais do autor, hoje compelidos a garantir tratamento médico e assistência ininterrupta ao infante, mostra-se improcedente o pedido de redução do valor indenizatório, arbitrado na origem em R\$ 100.000,00.

5. Agravo interno improvido.

(AgInt no AREsp n. 2.085.289/DF, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 4/9/2023, DJe de 8/9/2023.)

No próximo acórdão é possível ver como o tribunal decidiu o valor da indenização baseado no sistema bifásico.

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. DANOS MORAIS. MORTE DA FILHA E DO NETO NASCITURO POR APONTADO ERRO MÉDICO. REEXAME DE MATÉRIA FÁTICA. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 7/STJ.

1. Conforme disposto no decisum agravado, o Tribunal de origem, ao reconhecer a responsabilidade estatal sobre os danos morais sofridos pela recorrida em decorrência do óbito de sua filha e de seu neto nascituro, majorou o quantum indenizatório com base nos seguintes fundamentos: "Em casos de danos morais decorrentes de negligência médica que resulta na morte do filho (encontrado nos precedentes desta Câmara Cível), a indenização tem sido fixada em quantias que variam entre R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) a R\$ 100.000,00 (cem mil reais), adotando-se este último montante como valor básico inicial, considerando a gravidade e a extensão do abalo emocional.

Na segunda fase para a fixação definitiva da indenização, sem descuidar do valor básico anteriormente determinado, ajustando-se às circunstâncias particulares do caso, devem ser considerados os seguintes fatores: a) a vítima era uma jovem de 18 (dezoito) anos, residia com a sua genitora, a parte Autora, e não exercia ocupação laboral; b) a gestação tinha ultrapassada a 37ª (trigésima sétima) semana, ou seja, havia alcançada a etapa final, aproximando-se da data do parto; c) o nascituro estava bem desenvolvido, ou seja, era plenamente viável o seu nascimento com vida, de modo que ele também pode ser considerado vítima da negligência médica, nos termos do art. 2º, última parte, do CC/2002. Desse modo, considerando especialmente o óbito do nascituro, entende-se por bem adotar como referência da indenização o valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), haja vista que a jurisprudência iterativa das Câmaras Cíveis estabelece que, em caso de morte do ser humano já concebido, cujo nascimento é dado como certo. Por consequência, nesta segunda fase, soma-se o valor de referência da indenização com o valor estabelecido na primeira fase (R\$ 100.000,00 + R\$ 50.000,00), totalizando a quantia de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais), a qual reduzo para o montante R\$ 120.000,00 (cento e vinte mil reais), adequando-a ao pedido formulado nas razões recursais e aos parâmetros do método bifásico de liquidação das indenizações de danos morais" (fls. 310-311, e-STJ).

3. Dessa forma, aplicar posicionamento distinto do proferido pelo aresto confrontado implica reexame da matéria fático-probatória, o que é obstado ao STJ, como determina a Súmula 7/STJ: "A pretensão de simples reexame de prova não enseja Recurso Especial".

4. Agravo Interno não provido.

(AgInt no REsp n. 1.948.045/AC, relator Ministro Herman Benjamin, Segunda Turma, julgado em 28/3/2022, DJe de 12/4/2022.)

Nota-se, através destes dois acórdãos, que o tribunal vem seguindo um padrão semelhante em casos relacionados à violência obstétrica. Nestes casos, as indenizações giram em torno de 100 mil reais, flutuando para mais ou para menos, a depender das circunstâncias de cada caso. Este é um entendimento do tribunal, não possuindo uma regra objetiva em que se possa se basear.

Há de se atentar também a outros tipos de danos que a paciente possa vir a sofrer, como o dano estético.

Os danos estéticos são vislumbrados na violência obstétrica quando, por exemplo, há sequelas do corte da episiotomia, tanto visuais quanto anatômicas, impossibilitando a mulher de ter relações sexuais confortavelmente, ou se houver histerectomia (remoção cirúrgica do útero) não consentida após a cesariana, deixando-a infértil. Para tanto, o juiz decidirá baseado em fatores como a ocupação da vítima; a intensidade da lesão; localização do dano no corpo, se visível; se o dano é estático, como uma cicatriz, ou dinâmico, como um coxear; se há possibilidade de correção e idade (STUDART, 2022, p. 50).

Abaixo está um exemplo de como o STJ julga os casos onde há a cumulação de pedidos de indenização por danos morais e danos estéticos.

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. RESPONSABILIDADE CIVIL DO MUNICÍPIO. ERRO MÉDICO. PARTO REALIZADO EM NOSOCÔMIO PÚBLICO. USO DE FÓRCEPS. LESÕES CAUSADAS NA RECÉM-NASCIDA. CASO EM QUE SE VERIFICA A HIPOSSUFICIÊNCIA DA PARTE AUTORA NA PRODUÇÃO DAS PROVAS NECESSÁRIAS À DEMONSTRAÇÃO DO DIREITO ALEGADO. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA. CASO CONCRETO. POSSIBILIDADE.

1. Trata-se, na origem, de ação indenizatória ajuizada por menor então impúbere em desfavor do Hospital Santa Lúcia e do Município de Belo Horizonte, com o fim de obter reparação pelos danos estéticos e morais que alega ter sofrido em razão de falha médica durante a realização de seu parto.
2. A sentença de piso julgou procedente o pedido, tendo sido reformada pelo Tribunal estadual, que concluiu pela ausência das provas necessárias à demonstração do nexo de causalidade entre a conduta médica e os danos alegados (moral e estético).
3. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça trilha o entendimento de que a distribuição do ônus probatório é regra dinâmica que deve ser interpretada conforme o caso concreto, devendo o referido ônus recair sobre a parte que tiver melhores condições de produzir a prova.
4. No caso, o Tribunal de origem concluiu que a parte autora deixou de apresentar documento que se encontra em poder do hospital onde ocorreu o nascimento. Contudo, o fato de não ter alegado eventual óbice do nosocômio em fornecer a documentação não afasta a possibilidade de os réus produzirem a aludida prova, sendo certo que possuem maior facilidade não apenas na obtenção e juntada do prontuário médico, mas também na indicação das testemunhas que tenham participado do procedimento hospitalar.
5. Ademais, a configuração do alegado erro médico na condução do parto pode demandar a juntada de documentos outros cuja necessidade pode passar despercebida pela parte autora, que não detém conhecimentos técnicos para aferir a pertinência com os fatos a serem provados.
6. Recurso especial provido.

[...]

Indenização por dano moral: R\$50.000,00.

Indenização por dano estético: R\$100.000,00.

(REsp n. 1.921.573/MG, relator Ministro Sérgio Kukina, Primeira Turma, julgado em 15/2/2022, DJe de 23/2/2022.).

Neste caso em específico, nota-se uma diminuição do valor devido a título de dano moral, de forma a comportar também a indenização por dano estético. Aqui fica clara a possibilidade de cumulação de pedidos relativos aos danos sofridos pela vítima, como por exemplo danos físicos, morais e estéticos.

Desta forma, pode-se entender que esta é uma medida para evitar o enriquecimento sem causa do autor ou a ruína do réu, ao mesmo tempo que tenta compensar o sofrimento causado (STUDART, 2022, p. 50).

Ainda de acordo com Studart (2022, p. 50), a qualificação do dano moral deve considerar uma tríplice função. Nas palavras da autora, são elas: “compensatória, isso quer dizer, de mitigação da dor e humilhação sofridas, hipótese em a reparação jamais será integral; função punitiva, configurando sanção civil ao infrator, pelo que “o montante da compensação deve exercer forte coerção sobre o ofensor” para desestimular o ilícito; e, função preventiva, ou seja, pedagógica, que desestimele a reiteração social de atos lesivos”

Contudo, ainda há o desafio de se comprovar em juízo os danos de caráter extrapatrimonial, pois as violações verbais, psicológicas, ou até mesmo as de caráter físico, sexual e institucional, que provocam prejuízos de ordem imaterial às vítimas, são de difícil ou até impossível comprovação, demonstrando assim o grande problema da prova do dano obstétrico. Por isso, existe a tendência do poder judiciário em considerar majoritariamente a violência física, negligenciando assim outras formas de lesões (STUDART, 2022, p 51).

Por conta de todas essas características, a tarefa de se fixar um *quantum* indenizatório nos casos de violência obstétrica se mostra um desafio, tanto para o judiciário, que acaba não possuindo parâmetros mais objetivos para embasar suas decisões de forma fundamentada e coerente, quanto para autor e réu, que por sua vez não possuem segurança para deixar de recorrer, ou recorrer de decisões que fugiram de parâmetros definidos pelo próprio judiciário (BERLINI, 2021, p. 56).

Desta forma, é preciso que o legislador, assim como o judiciário, trabalhem no sentido de diminuir a insegurança jurídica que permeia o tema da violência obstétrica, de modo a proporcionar decisões mais coerentes e uma apreciação mais abrangente dos danos causados.

5. CONCLUSÃO

Tendo feito a análise do instituto da responsabilidade civil, foi possível discorrer sobre as suas formas de incidência na relação médico paciente. Verificou-se que, por se tratar de uma relação de consumo, possuindo um fornecedor (o médico), um consumidor (o paciente) e um serviço prestado, aplica-se a responsabilidade civil subjetiva, a qual requer a comprovação de culpa do agente para o seu aperfeiçoamento, sendo necessário que este tenha agido por imprudência, negligência e/ou imperícia, algo que permanece nos casos em que se fazem presentes as condutas características da violência obstétrica.

A violência obstétrica, por sua vez, se caracteriza por uma série de condutas, comissivas ou omissivas, praticadas sem o consentimento esclarecido da parturiente, que desrespeitam a sua autonomia, o seu corpo e seus processos reprodutivos, podendo ocorrer através de agressões físicas, verbais, psicológicas, e pela adoção de intervenções desnecessárias, provocando assim um dano tanto para a gestante quanto para o bebê.

Esta forma de violência contra a mulher não é recente, porém ainda se faz menos debatida do que deveria. Isto se mostra claro quando examinadas as dificuldades quanto a sua responsabilização, onde muitas vezes condutas características da violência obstétrica são tratadas com normalidade dentro das alas obstétricas, o que dificulta também o reconhecimento desta violência por parte da vítima.

E como se isso não bastasse, a falta de uma legislação específica sobre o tema faz com que a violência obstétrica seja vista nos tribunais como mais uma forma de erro médico, cuja prova se mostra difícil ou até impossível se obter, principalmente nas alegações de violência psicológica.

Ante o exposto, fica claro que, mesmo com o judiciário brasileiro apresentando mecanismos que podem levar a responsabilização dos agentes causadores de violência obstétrica, a falta de uma legislação própria que identifique e normatize tais condutas muitas vezes prejudica a devida responsabilização dos agentes causadores, pois apenas o instituto da responsabilidade civil subjetiva se faz insuficiente perante a extensão e complexidade dos danos causados.

Para concluir, acredita-se que a violência obstétrica pode ser mitigada com a conscientização das mulheres sobre a importância de elaboração do plano de parto, com os devidos esclarecimentos prestados pelo médico. Para tanto, necessária se faz a fiscalização e responsabilização médica por parte dos conselhos de medicina, bem como maior rigor e eficiência por parte do judiciário nas hipóteses em que o dano ocorrer, a medida em que

promova a difusão do debate sobre o tema pela sociedade, com o intuito de conscientizar as pessoas e, principalmente as mulheres, de que possuem direito a um tratamento justo, respeitoso e humanizado tanto antes, quanto durante e depois do parto.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Sandra Maria et al. **Episiotomia: revendo conceitos**. Femina, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, p. 367-371, jul. 2009. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-537577>.

ALVES DE BORBA, N.; MARTELLI MOREIRA, G.; LIMA, W. **Natureza Jurídica da Relação Médico Paciente**. Revista de Direito Contemporâneo UNIDEP, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 189–211, 2023. Disponível em: <https://periodicosunidep.emnuvens.com.br/rdc-u/article/view/156>. Acesso em: 3 de junho de 2023.

AMARAL, Francisco. **Direito civil: introdução**. São Paulo: Editora Saraiva, 2018. E-book. ISBN 9788553602100. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553602100/>. Acesso em: 16 de junho de 2023.

BARRETO, Ana Cláudia de Jesus *et al.* **Violência Obstétrica em Pessoas Negras**. Campos dos Goytacazes, Universidade Federal Fluminense, , 2022. Disponível em: https://www.uff.br/sites/default/files/informes/violencia_obstetrica_em_pessoas_negras_2_1.pdf. Acesso em: 24 de fevereiro de 2024.

BERGSTEIN, Gilberto. **A Informação na Relação Médico-paciente**, 1ª edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2013. E-book. ISBN 9788502203082. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502203082/>. Acesso em: 16 de junho de 2023.

BERLINI, Luciana Fernandes *et al.* **Responsabilidade Civil e Medicina**. 2nd ed. Indaiatuba - SP: Editora Foco. 2021. p 39 – 57.

BRASIL. Decreto - Lei Nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1940.

BRASIL. 05 de outubro de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Lei Nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL. Lei Nº 11.108 de 07 de abril de 2005. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2005.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei nº 6.567, de 10 de outubro de 2013. **Altera o art. 19-J da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para incluir a obrigatoriedade de obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2264528. Acesso em: 01 de janeiro de 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (1. Turma). **Recurso Especial** nº 1.921.573/MG (2021/0038595-7). Relator: Ministro Sérgio Kukina. Diário de Justiça Eletrônico. Brasília, 23 de fevereiro de 2022. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202100385957&dt_publicacao=23/02/2022. Acesso em: 11 de janeiro de 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (2. Turma). **Agravo Interno no Recurso Especial** nº 1.948.045/AC (2021/0210989-6). Relator: Ministro Herman Benjamin. Diário de Justiça Eletrônico. Brasília, 12 de abril de 2022. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202102109896&dt_publicacao=12/04/2022. Acesso em: 11 de janeiro de 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). **Agravo Interno no Agravo em Recurso Especial** nº 2.085.289/DF (2022/0066501-0). Relator: Ministro Raul Araújo. Diário de Justiça Eletrônico. Brasília, 8 de setembro de 2023. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202200665010&dt_publicacao=08/09/2023. Acesso em: 11 de janeiro de 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). **Agravo Regimental no Agravo em Recurso Especial** nº 785.171/SP (2015/0235483-5). Relator: Ministro Luís Felipe Salomão. Diário de Justiça Eletrônico. Brasília, 24 de novembro de 2015. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencia=1466608&num_registro=201502354835&data=20151124&peticao_numero=201500502022&formato=PDF. Acesso em: 22 de setembro de 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (4. Turma). **Embargos de Declaração no Recurso Especial** nº 704.272/SP (2004/0164625-0). Relator: Ministra Maria Isabel Gallotti. Diário de Justiça Eletrônico. Brasília, 15 de agosto de 2012. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencia=1163652&num_registro=200401646250&data=20120815&peticao_numero=201000158416&formato=PDF. Acesso em: 22 de setembro de 2023.

CARVALHO, Laetitia Cristina. **Os efeitos da manobra de kristeller no segundo período de trabalho de parto**. 2014. 92 f. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, apresentado à Escola Superior de Enfermagem do Porto, Pernambuco. 2014. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relatório%20Estágio%20Final%20Laëtitiã%20Carvalho.pdf>. Acesso em: 22 de janeiro 2024.

CASTRO, C. F. DE . et al.. **Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde**. Revista Bioética, v. 28, n. 3, p. 522–530, jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Dispõe que é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantidas a autonomia do médico e da paciente e a segurança do binômio materno - fetal, e revoga a Resolução CFM nº 2.144/2016, publicada no DOU de 22 de junho de 2016, Seção I, p. 138**. Resolução CFM nº 2.284, de 22 de outubro de 2020. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN/SC). **Manobra de Kristeller**. 2016. Disponível em: <https://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Parecer-T%C3%A9cnico-001-2016-CT-Sa%C3%BAde-Mulher-Manobra-de-Kristeller.pdf>. Acesso em: 21 de janeiro de 2024

CORDINI, Sthefane Machado. **A responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica praticada na rede pública de saúde**. Monografia (Bacharelado em Direito) - Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, p. 88. 2015.

FRANCA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. Rio de Janeiro: Editora Forense LTDA, 2020. E-book. ISBN 9788530992316. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530992316/>. Acesso em: 14 de junho de 2023.

GONÇALVES, Carlos R. **Responsabilidade Civil**. São Paulo: Editora Saraiva, 2023. E-book. ISBN 9786553624450. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553624450/>. Acesso em: 08 de junho de 2023.

GUEDES, Eduardo Antonio Martins; ALVES, Fabiana Almeida. **Violência obstétrica: A responsabilização do agente ativo ao olhar da legislação brasileira**. RCBSSP Revista Científica. Goiânia, v. 2, n.2, ago/dez 202. Disponível em: <https://revistacientificabssp.com.br/article/620d921ca9539529d033a782/pdf/rcbssp-2-2-1.pdf>.

LEONEL, Vilson; MOTTA, Alexandre de Medeiros. **Ciência e Pesquisa**. 2. ed. Palhoça: UnisulVirtual, 2007.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 287 p. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4.

MESSA, Ana F.; CALHEIROS, Maria Clara da C. **Violência contra a Mulher**. São Paulo: Grupo Almedina (Portugal), 2023. E-book. ISBN 9786556279381. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786556279381/>. Acesso em: 16 dez. 2023.

MINAS GERAIS, Tribunal de Justiça (16ª câmara cível). **Apelação Cível N° 1.0024.14.097839-6/001**. Relator: Des. José Marcos Vieira. Diário de Justiça Eletrônico. Belo Horizonte, 22 de julho de 2016. Disponível em:

<https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaPalavrasEspelhoAcordao.do?&numeroRegistro=1&totalLinhas=1&paginaNumero=1&linhasPorPagina=1&palavras=responsabilidade%20civil,%20viol%Eancia%20obst%E9trica&pesquisarPor=ementa&orderByData=2&referenciaLegislativa=Clique%20na%20lupa%20para%20pesquisar%20as%20refer%Eancias%20cadastradas...&pesquisaPalavras=Pesquisar&>. Acesso em: 03 de janeiro de 2024.

MINAS GERAIS, Tribunal de Justiça (18ª câmara cível). **Apelação Cível N° 1.0000.22.145535-5/001**. Relator: Des. Marco Antônio de Melo. Diário de Justiça Eletrônico. Belo Horizonte, 23 de novembro de 2022. Disponível em: <https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaPalavrasEspelhoAcordao.do?&numeroRegistro=2&totalLinhas=3&paginaNumero=2&linhasPorPagina=1&palavras=viol%Eancia%20obst%E9trica&pesquisarPor=ementa&orderByData=2&referenciaLegislativa=Clique%20na%20lupa%20para%20pesquisar%20as%20refer%Eancias%20cadastradas...&pesquisaPalavras=Pesquisar&>. Acesso em: 06 de janeiro de 2024.

MORAES, Maria Celina Bodin de; GUEDES, Gisela Sampaio da C. **Responsabilidade Civil de Profissionais Liberais**. Rio de Janeiro: Editora Forense LTDA, 2016. E-book. ISBN 9788530972394. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530972394/>. Acesso em: 15 de junho de 2023.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A Institucionalização Médica do Parto no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva**. [Internet]. 2005; 10(3): 651-657. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>.

NASCIMENTO, Ketre Iranmarye Manos *et al.* **Manobra de Kristeller: Uma violência obstétrica**. Brazilian Journal of Health Review. Curitiba, v. 4, n.2, p. 7362-7380, mar./apr. 2021.

OLIVEIRA, Camila Pires Sparrenberger de. **O Consentimento Informado Sob a Luz do Princípio Constitucional da Dignidade Humana e a Violação do Plano de Parto no Brasil**. Monografia (Bacharelado em Direito) - Universidade de Caxias do Sul. Canela, p. 69. 2020.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde – Declaração da OMS**. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=71A5526EB49C740BE2F28AFCAD44A8E7?sequence=3.

PEREIRA, Caio Mário da S. **Instituições de Direito Civil: Introdução ao Direito Civil - Teoria Geral de Direito Civil**. v.I. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2022. E-book. ISBN 9786559644469. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559644469/>. Acesso em: 22 jan. 2024.

PEREIRA, Cinthia; ANDRÉA, Gianfranco Faggin Mastro. **Da Responsabilidade Civil Sobre Violência Obstétrica Contra a Mulher nas Instituições Públicas e Privadas de Saúde**. Revista Psipro, [S. l.], v. 2, n. 6, p. 158–191, 2023. DOI: 10.5281/zenodo.10412823. Disponível em: <https://www.revistapsipro.com/index.php/psipro/article/view/147>. Acesso em: 10 jan. 2024.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença: Sexo e Gênero na Medicina da Mulher** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. Antropologia & Saúde collection. 224 p. ISBN 97885-7541-399-9.

SÃO PAULO, Tribunal de Justiça (10ª Câmara de Direito Público). **Apelação Cível N° 1000348-77.2019.8.26.0020**. Relator: Torres de Carvalho. Diário de Justiça Eletrônico. São Paulo, 02 de maio de 2023. Disponível em: https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?conversationId=&cdAcordao=16710119&cdForo=0&uuidCaptcha=sajcaptcha_da90e7bddc8b4f5f98ec380891eec76e&g-recaptcha-response=03AFcWeA7QQ4N0wRIUSjpgKYtWINB1oyJI1kjwusadNpJx0Q7VfztieTJb58qRucBF2147v0u_FB8PqBjsZEd-dtgAMtvNJtKa7Ytc6wO8kXvVE1E2x6fIppOkbHyu0uwNF-ITvh2eSNswQiqAp1JgY0-cvSQteFA4rbBARnkFUSp9aCGOQ5QcellUgEAkWTcYt-kNqejuvEWUJlwWgR71nRH0ThLTtOptwjWHGriayGonXIBh415VwohXkc2mvH2QzJ3Z3Q5ZHcGfmPi_WQkNGxnoAnLg5kzTeTbbBhe04Wp-YKvCHgAGOlCocBhr2MdA7YmORIWtD3dDodIWPb7whWLFsvHuBYAANHbXc3rfXORWqm0a72JjIoDv3Pc0SknfOEjadSFeNY9O7KA-93tr3-Y9JgFNtGs3HLJmzVznbLdFYHvY5W8PFUwgqd5-y1g6WB6IGTxcaZA_qCsvCiAqLxPLhS1n6F4Iq-sbVdoFRgPskjYz2B2hT_R8-ChCY7wUYiQjFJm2_9xQDpOnqFpgRGXGO22tpESk8zdycZXpHuUNxYUzx_hU8eX36Ir4bQTs_3cPQw6cKXhWXtRjQqxZB0GLNDxLiUt6a85pVbs6yBHTh-UILNyO7Mbm9_wOBA9qo-o1zo2ItrIIAnGCmkgtgqoO9Zvujj9JQ. Acesso em: 06 de janeiro de 2024.

SOUZA, Iara Antunes de. **É Possível Presumir a Obrigação de Resultado na Relação Médico/a Paciente?**. Contraditor.com. 22 de outubro de 2021. Disponível em: <https://www.contraditor.com/e-possivel-presumir-a-obrigacao-de-resultado-na-relacao-medico-a-paciente/>. Acesso em: 22 de janeiro de 2024.

SOUZA, Marcella Rocha Tavares de et al. **Fatores relacionados ao desfecho perineal após parto vaginal em primíparas: estudo transversal**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 54, e03549, 2020. Disponível em https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/51402/1/2020_art_mrtsouza.pdf.

STUDART, Mariana Guerra. **Responsabilidade Civil Decorrente da Violência Obstétrica**. Monografia (Bacharel em Direito) - Faculdade de Direito de Alagoas. Maceió, p. 92. 2022.

TORRES, K. N.; ABI RACHED, C. D. **A importância da elaboração do plano de parto e seus benefícios**. International Journal of Health Management Review, [S. l.], v. 3, n. 2, 2017. DOI: 10.37497/ijhmreview.v3i2.126. Disponível em: <https://www.ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/126>. Acesso em: 8 de janeiro de 2024.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib obstetrícia**. Santana de Parnaíba - SP: Editora Manole, 2023. E-book. ISBN 9786555769340. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555769340/>. Acesso em: 20 de dezembro de 2023.