

---

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

*Fabiana Dedin Brizola\**  
*Loreanne Manuella de Castro França\*\**

### RESUMO

O presente trabalho busca analisar a violência obstétrica, como ela se opera e quais os danos que pode causar nas mulheres. A problemática se concentra no fato de que a violência obstétrica viola um direito personalíssimo, e por isso, é passível de responsabilização jurídica pelo médico que a pratica. A justificativa do tema se dá em razão desse tipo de violência desumanizar a mulher durante o processo do parto, e embora ocorra uma ação ou omissão danosa, esta geralmente é de difícil reconhecimento pela parturiente, por ser uma espécie de violência pouco conhecida e entendida, e por essa razão se configura a relevância do tema. Para a compreensão, apresenta inicialmente a análise dos direitos fundamentais, direitos de personalidade e a autonomia da vontade da paciente. Em seguida, discute exclusivamente sobre a violência obstétrica e sua caracterização, e por fim, analisa o instituto da responsabilidade civil e a responsabilização do médico.

**Palavras-chave:** responsabilidade civil; responsabilidade civil do médico; violência obstétrica.

### ABSTRACT

229

The thesis of the work is to analyze obstetric violence, how it operates and what damage it can cause on women. The problem focuses on the fact that obstetric violence violates an extremely personal right, and therefore is liable to legal responsibility by the medic who practices it. The reason for writing is due to the fact that this type of violence dehumanize the woman during the delivery process, and although a harmful action or omission occurs, this is usually difficult to recognize by the parturient, because it is a lesser known as well as understood kind of violence, and for this reason the relevance of the theme is configured. For understanding, it initially presents the analysis of fundamental rights, personality rights and the autonomy of the patient's will. Then, it discusses exclusively about obstetric violence and its characterization, and finally, analyzes the Institute of civil liability and physician accountability

**Keywords:** civil liability; medical liability; obstetric violence.

### SUMÁRIO

**1 INTRODUÇÃO. 2 DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS: DIREITO DE PERSONALIDADE, AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE E SEU CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO. 3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ABORDAGEM HISTÓRICA E MEDICALIZAÇÃO DO PARTO. 3.1 DA CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. 3.2.1 Violência Física. 3.2.2**

---

\* Bacharel em Direito, UNIFIL. Texto oriundo do Trabalho de Conclusão de Curso, defendido em banca, em novembro de 2021.

\*\* Graduada em Direito. Advogada. Mestre em Direito pela UEL. Docente da UNIFIL.



---

Violência Psicológica. 3.2.3 Violência Sexual. **4 RESPONSABILIDADE CIVIL.** 4.1 ESPÉCIES DE RESPONSABILIDADE. 4.2 PRESSUPOSTOS DE RESPONSABILIDADE CIVIL: CONDOTA CULPOSA, DANO E NEXO DE CAUSALIDADE. 4.3 RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS. REFERÊNCIAS.**

## **1 INTRODUÇÃO**

Dentre as múltiplas formas de violência contra a mulher, o presente estudo pretende analisar uma espécie de violência que vem a cada ano sendo mais discutida. Trata-se da violência obstétrica, que é a má prestação da assistência ao parto, e é praticada pelos médicos, enfermeiros ou demais funcionários da instituição hospitalar, seja em esfera pública ou privada. Essa violência é marcada pela perda da autonomia e de decisão da mulher sobre o seu corpo e pelas excessivas intervenções desnecessárias e prejudiciais à integridade física e psíquica da mulher.

Nessa perspectiva, apresenta-se neste trabalho os delineamentos históricos acerca da violência obstétrica, como ela se caracteriza e de que forma ocorre a responsabilização jurídica do profissional que a pratica. O trabalho se baseia em uma análise teórica, pesquisado bibliograficamente.

230

Inicialmente, analisa-se os direitos e garantias fundamentais adquiridos após a Constituição Federal de 1988. Em seguida, aborda os direitos de personalidade e a autonomia da vontade do paciente e a importância de prestar informação ao paciente sobre os tratamentos a serem seguidos, para que dele possa-se obter o consentimento livre e esclarecido.

O terceiro capítulo refere-se exclusivamente à violência obstétrica. Primeiramente, far-se-á a análise histórica do processo de hospitalização do parto e em como a medicalização, que trouxe inúmeros benefícios para a saúde da mulher, também foi um fator determinante para contribuir com as más práticas que conhecemos hoje como violência obstétrica. Tal fato ensejou na criação do Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) pelo Ministério da Saúde. Mesmo com a ideia do parto humanizado, o parto ainda era marcado pelo uso abusivo de intervenções e tratamento desumanizado, configurando-se como violência obstétrica, na qual pode se manifestar em diversas formas, podendo ser de caráter físico, psicológico, sexual, institucional e material, configurando-se como múltiplas fontes de agressão contra as mulheres em seus processos reprodutivos, que também são capazes de manifestar-se simultaneamente em um mesmo fato. Esse trabalho restringe-se a abordar especificamente a violência de caráter



---

físico, psicológico e sexual, visto que são as formas mais perceptíveis de se reconhecer a violência obstétrica, que já não é tão simples de ser identificada pela parturiente.

Por fim, o quarto capítulo é dedicado a tratar da responsabilidade civil, que é uma resposta de possível reparação à vítima de violência obstétrica. Inicialmente traz-se a conceituação da responsabilidade civil e as espécies de responsabilidade. Em seguida, faz-se a análise dos pressupostos de responsabilidade, que tem como requisitos a conduta culposa, o dano e o nexo de causalidade. Assim, o presente trabalho termina com a análise da responsabilidade civil do médico nos casos de violência obstétrica, que deve ser verificada em dois ângulos distintos: a responsabilidade do médico prestador de serviços de forma empresarial, na qual inclui-se hospitais, clínicas, casas de saúde, etc., bem como daquele que exerce suas atividades em hospitais públicos, e a responsabilidade do médico na esfera privada, ou seja, estabelecida por um contrato entre paciente e profissional.

## **2 DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS: DIREITO DE PERSONALIDADE, AUTONOMIA DA VONTADE DO PACIENTE E SEU CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

231

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, instaurou-se um regime democrático no Brasil, ocasionando grandes mudanças no cenário social, jurídico e político brasileiro. Logo no preâmbulo constitucional, verificou-se a intenção de estabelecer um Estado Democrático de Direito, destinado a assegurar os direitos e garantias fundamentais:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos [...] (BRASIL, 1988).

De acordo com Piovesan (2012, p. 82), dentre os fundamentos que embasam o Estado Democrático de Direito, destacam-se a cidadania e a dignidade da pessoa humana, sendo este último, associado aos direitos fundamentais, elemento basilar para a realização do princípio democrático.

O art. 5º da Constituição elenca em seus incisos o que denomina de direitos e deveres individuais e coletivos, sendo eles o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança



---

e à propriedade, direitos ligados ao conceito de dignidade da pessoa humana e a de sua personalidade. Deste modo, a dignidade da pessoa humana é a origem de todos os direitos fundamentais, e se insere no texto constitucional como uma cláusula geral a que se subordinam todos os outros direitos de personalidade (AZEVEDO, 2010, p. 13-17).

Os direitos personalíssimos estão previstos no inciso X do art. 5º da Constituição, *in verbis*: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” (BRASIL, 1998). O Código Civil de 2002 também os insere nos artigos 11 a 21, entretanto, não se trata de um rol taxativo, uma vez que não há limitações para configuração dos direitos de personalidade.

Acerca de sua conceituação, entende-se por direitos de personalidade, aqueles que têm por objeto os atributos físicos, psíquicos e morais da pessoa em si e em suas projeções sociais. A ideia que rege a disciplina dos direitos de personalidade é a de uma esfera extrapatrimonial do indivíduo, ou seja, uma série de valores não redutíveis pecuniariamente, e que são reconhecidamente tutelados pela ordem jurídica (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2015, p. 186).

Com essas breves observações acerca dos direitos personalíssimos, prossegue-se à análise do art. 15 do Código Civil (BRASIL, 2002), que expõe que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”.

O dispositivo evidencia uma clara manifestação do princípio da dignidade da pessoa humana, uma vez que prima pela autonomia da vontade. O texto explicita o respeito à recusa do paciente em realizar o tratamento médico, principalmente se este apresentar risco à sua saúde ou à sua vida (AZEVEDO, 2010, p. 22).

A regra do art. 15 traz uma gigantesca problemática sobre a Ética Médica, o dever de informação do paciente e a responsabilidade civil dos médicos, considerando que é indispensável a autorização do paciente ou de seu representante para a realização de qualquer cirurgia.

Assim, verifica-se que o artigo resguarda a inviolabilidade do corpo humano, dá a importância de informação ao paciente sobre o seu estado de saúde e tratamento a ser seguido, para que possa dar ou não, o seu consentimento livre e esclarecido (DINIZ, 2012, p. 144).

Diante disso, relaciona-se o tema abordado com a violência institucional nas



---

maternidades, praticada pela autoridade médica ao não informar detalhadamente o estado de saúde, o tratamento a ser feito e seus riscos, o desrespeito às vontades da parturiente e outras práticas danosas cometidas que ferem os direitos de personalidade e a dignidade da mulher.

### **3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ABORDAGEM HISTÓRICA E MEDICALIZAÇÃO DO PARTO**

A medicina que conhecemos hoje, a qual se caracteriza por ser um conjunto de conhecimentos, técnicas e práticas, sofreu modificação como intervenção cientificamente fundamentada no final do século XVIII (VIEIRA, 2008, p. 19).

Os novos saberes e técnicas médicas propiciaram a medicalização do corpo feminino e trouxeram mudanças significativas para o momento do parto, institucionalizando-o como um evento hospitalar.

O partear foi por um longo período um momento exclusivo entre as mulheres, praticado apenas por comadres ou parteiras, sendo estas as que detinham experiências e familiaridade com as técnicas para facilitar o parto e confortar a parturiente. Por ser um momento no qual não havia participação masculina, o atendimento ao parto era considerado atividade desvalorizada, sem necessidade de auxílio do cirurgião médico (ARRUDA, 1989, apud NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 655).

Em meados do século XVII, a assistência ao parto sofreu maiores modificações com a descoberta do mecanismo da ovulação, levando ao entendimento de que o corpo feminino possui estrutura mais delicada e complexa em relação à do homem, que levou a percepção de que o momento do parto era perigoso à saúde, carecendo de proteção da medicina. Com o advento do capitalismo industrial, a prática de assistência ao parto se consolidou como exercício de exclusividade dos médicos, sendo assim, legitimado e reconhecido (ARRUDA, 1989, apud NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 655-656).

Elizabeth Meloni Vieira (2008, p. 50), aduz que até o século XVIII, o parto envolvia um alto risco de mortalidade materna, com índices alarmantes na Europa Ocidental, sobretudo em razão da infecção puerperal. O parto, que antes era realizado apenas nos domicílios, ao ser hospitalizado, trouxe como consequência o enfrentamento desse problema. Somente no século XIX a medicina passou a desenvolver técnicas cirúrgicas e o uso de anestésicos para combater a infecção puerperal.



---

No Brasil, os primeiros passos destinados à saúde pública da mulher passaram a surgir em meados da década de 40, por meio do processo de hospitalização do parto. Até o início dos anos 60, a preocupação era dirigida à assistência ao parto somente, e a partir da introdução da medicina preventiva no país e a criação de centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal com a finalidade de reduzir a mortalidade infantil (BRASIL, 2001, p. 17).

Em 1975 foi implantado o Programa de Saúde Materno-Infantil, que amplia o olhar para a saúde da mulher ainda sob a ótica da reprodução, e tem como objetivo principal reduzir a morbidade e mortalidade da mulher e da criança. Ao longo dos anos de 1980 passou-se a observar outras questões relativas à saúde da mulher além da esfera reprodutiva, até que em meados da década de 1990, intensificou-se as discussões a respeito do modelo de parto vigente no país o qual estava alicerçado em ações intervencionistas e medicalizadoras (MATOS et al., 2013, p. 875-876).

Um dos motivos para o aumento das discussões em relação ao modelo mecanicista do parto, foi o aumento progressivo das operações cesarianas, e o lucro obtido tanto para os hospitais quanto para os médicos:

Exemplo desta situação é a que diz respeito ao uso excessivo da cesariana nas últimas três décadas. Foram fatores determinantes: o maior pagamento dos honorários profissionais para a cesárea pelo antigo INAMPS, a economia de tempo e a realização clandestina da laqueadura tubária no momento do parto. Após anos desta prática, instituiu-se uma cultura pró-cesárea na população em geral e entre os médicos (BRASIL, 2001, p. 19).

A partir da crítica sobre o método tecnológico e mecanicista pelo qual o parto estava sendo realizado, e com a ideia de resgate do parto como um evento natural com mínimas intervenções, o Ministério da Saúde lançou no ano de 2000, o Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria GM n. 569, de 1º/06/2000, passando a adotar o termo do parto humanizado (MATOS et al., 2013, p. 876).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 9), intenciona o seu objetivo através do Programa, e descreve o conceito de parto humanizado como:

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize



---

procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia.

Desse modo, a assistência humanizada ao parto propõe a atenção integrada à mulher, visando proporcionar um atendimento científico, mas também humanista, em detrimento do modelo intervencionista e do uso abusivo de tecnologias para a assistência ao parto.

Portanto, o parto humanizado traz a noção aos profissionais da saúde, da importância de se considerar as modificações físicas, sociais e psicológicas da mulher durante todo o processo gestacional, sem que haja intervenções desnecessárias, para que a prestação da assistência não viole a autonomia da gestante, humanizando-a e protegendo o que é seu direito fundamental.

### 3.1 DA CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Embora tenha-se percebido o aumento de discussões acerca da saúde da mulher e medidas tenham sido criadas a fim de humanizar a assistência ao parto, constata-se que por um longo período a execução do parto fora marcada pelo abuso de intervenções desnecessárias e tratamento degradante.

A *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, de nº 38.668, promulgada em 23 de abril de 2007 na Venezuela, entende por violência obstétrica:

A apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, que se expressa através de um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.<sup>1</sup>

Em 2012, foi apresentado para a CPMI de violência contra as mulheres o Dossiê “Parirás com Dor”, elaborado pela Rede Parto do Princípio, que expôs as diversas formas pelas quais a violência obstétrica pode se manifestar, bem como, apresentou como atos

---

<sup>1</sup>Artículo 15 [...] 13. – Violência obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidade, impactando negativamente em la calidad de vida de las mujeres.



---

caracterizadores de violência obstétrica:

[...] são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

O ato de violência obstétrica pode ser de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático, configurando-se como plurais fontes de agressão contra as mulheres em seus processos reprodutivos, como ainda tais agressões podem ser manifestadas simultaneamente em um mesmo fato (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60-61).

Dentre os atos mais conhecidos caracterizadores da violência obstétrica, se destacam os de caráter físico, caráter psicológico e de caráter sexual. Mister frisar que há incontáveis circunstâncias nas quais a violência obstétrica se caracteriza, sendo assim, a presente análise ficará restrita no âmbito físico, psicológico e sexual.

### 3.2.1 Violência Física

236

Entende-se por violência obstétrica de caráter físico, ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico, sem que haja algum respaldo científico para sua realização. Dentre essas ações, tem-se como exemplo, a privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada e cesariana eletiva sem indicação clínica (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

Dos procedimentos físicos, a manobra de Kristeller trata-se de uma das práticas mais danosas ao corpo da parturiente e do bebê. De acordo com o Dossiê da Rede Parto do Princípio (2012, p. 103), essa manobra foi desenvolvida sem fundamentação científica e era realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve.

Dos riscos inerentes à manobra de Kristeller, são apontados o aumento do risco de lacerações perineais severas, associada à aplicação de ventosa e, conseqüentemente, o aumento das taxas de episiotomia (SARTORE, *et. al.*, 2012, apud CARVALHO, 2014, p. 69). Por essa razão, o Ministério da Saúde classificou a manobra de Kristeller como prática prejudicial ou ineficaz que deve ser eliminada (BRASIL, 2001, p. 188).

No entanto, na pesquisa “Nascer no Brasil”, coordenada pela Fundação Oswaldo





---

Cruz (Fiocruz), foi constatado que entre 2011 e 2012, 36,1% das mulheres sofreram intervenção da manobra de Kristeller no trabalho de parto<sup>2</sup>, demonstrando a discrepância entre contraindicações do Ministério da Saúde com o que realmente ocorre nas maternidades.

Dessa forma, a violência física caracteriza-se por atingir a integridade corporal da parturiente, a qual é submetida por procedimento de risco sem o seu consentimento, que pode acarretar em graves riscos para si mesma e para o bebê.

### 3.2.2 Violência Psicológica

A violência de caráter psicológico configura-se como:

[...] toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

Como exemplos que podem representar essa violência, estão: Ameaças, mentiras, chacotas, mau atendimento no momento da procura pela maternidade, bem como comportamentos que passam por vezes despercebidos, como a omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, abandono da parturiente pela equipe médica.

O ciclo gestacional, além das conhecidas alterações físicas e hormonais, traz diversas preocupações e alterações psíquicas para a mulher, portanto, passar por um atendimento desumanizado e degradante no processo do parto, quando já se está sofrendo essas diversas alterações, pode resultar em uma experiência traumática e negativa para a mulher.

Desse modo, o tipo de assistência que a parturiente terá da equipe profissional, influencia em seu estado psíquico e conseqüentemente em como será sua experiência com o momento do parto. Ademais, todas as formas de violência obstétrica podem causar traumas psicológicos, considerando que por muitas vezes, tais violências ocorrem simultaneamente.

### 3.2.3 Violência Sexual

A violência de caráter sexual se opera por qualquer “ação imposta à mulher que

---

<sup>2</sup><http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Dados na p. 5.



---

viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60) que pode ser exemplificada pelo procedimento de episiotomia, assédio, exames de toques invasivos, constantes ou agressivos, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, cesariana sem consentimento informado, lavagem intestinal, dentre outras ações que violam a intimidade.

Dessas ações, merece destaque a episiotomia, por ser um procedimento que traz graves danos às partes íntimas da mulher, configurando-se também como dano físico que pode acarretar em danos psicológicos.

A episiotomia é uma cirurgia realizada na vulva, que consiste no corte da entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Esse corte afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 80).

Trata-se de procedimento realizado rotineiramente desde meados do século XX, na crença de que facilita o nascimento e preserva a integridade genital da mulher. No entanto, não há evidência científica que justifique a episiotomia de rotina, uma vez que ela não traz benefícios para a mãe, nem para o bebê, aumenta a necessidade de sutura do períneo e o risco de complicações, trazendo dor e desconforto desnecessários. A recomendação é indicada, no máximo, entre 15 e 30% dos casos, ou menos, quando for identificado que o períneo é responsável pelo mau prosseguimento do parto, ou quando houver evidência de sofrimento fetal ou materno (DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 85).

Em razão de pressões da opinião pública e consumidores dos serviços de saúde, esses procedimentos hospitalares passaram a ser questionados pela carência de evidências científicas, a existência de evidências que os contra-indiquem, e por trazerem desconforto à mulher, o Governo Brasileiro, em junho de 2011, por meio da Portaria nº 1.459, instituiu no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, visando “assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2017, p. 6-7).

Em fevereiro de 2017, foi publicada a Portaria nº 353, que aprovou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, na qual recomenda que a manobra de Kristeller não



---

deve ser realizada no segundo período de trabalho de parto, e recomenda a não realização de episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo, e, caso seja realizada, sua indicação deve ser justificada e a analgesia assegurada (BRASIL, 2017, p. 26-28).

Diante o exposto, o desenvolvimento técnico-científico foi crucial para a redução da mortalidade materna e neonatal, e trouxe tantos outros benefícios para a humanidade, especialmente na área da saúde, que consequentemente ensejou a ascensão da qualidade de vida dos cidadãos. Contudo, o excesso de intervenções sem embasamento científico e o tratamento desumano e degradante pelo qual as mulheres são submetidas, resultam na violação constante de direitos humanos da mulher.

#### 4 RESPONSABILIDADE CIVIL

Toda atividade que causa prejuízo a outrem gera responsabilidade ou dever de indenizar. O termo *responsabilidade* significa que qualquer pessoa, natural ou jurídica, ao realizar ato, fato ou negócio danoso, deverá arcar com suas consequências. Nesse entendimento, toda atividade humana pode acarretar na obrigação de reparar o dano causado, e o estudo da responsabilidade vem para trazer o conjunto de normas e princípios que regem a obrigação de indenizar (VENOSA, 2015, p. 1).

O art. 186 do Código Civil dispõe 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). Mais à frente, verifica-se o art. 927, como consequência jurídica àquele que comete o ato ilícito danoso contra alguém, está obrigado a repará-lo.

A ordem jurídica estabelece deveres para atingir esse objetivo, os quais podem ser deveres positivos, de dar ou fazer, ou negativos, de não fazer ou tolerar alguma coisa. Fala-se até, em um dever geral de não prejudicar a ninguém, expresso pelo Direito Romano através do princípio *neminem laedere* (CAVALIERI FILHO, 2009, p. 1).

Assim, entende-se por um *dever jurídico* que regula a conduta externa do indivíduo, imposta pelo Direito Positivo, por exigência de convivência social. Não se tratando de mero conselho, advertência ou recomendação, mas de uma ordem ou comando dirigido à inteligência e à vontade das pessoas, de forma que impor deveres jurídicos importa criar obrigações (CAVALIERI FILHO, 2009, p. 1).



---

O Código Civil impõe no art. 927, que aquele que comete ato ilícito (arts. 186 e 187), e causa dano a outrem, é obrigado a repará-lo. A partir dessa reparação do dano, busca-se restaurar o equilíbrio moral ou patrimonial que foi violado, ou seja, restituir o *status quo* da vítima.

Assim, verifica-se que não há que se falar em indenização sem que haja o dano, tratando-se de elemento essencial e indispensável para a responsabilização do agente, seja essa responsabilidade objetiva ou subjetiva, contratual ou extracontratual.

#### 4.1 ESPÉCIES DE RESPONSABILIDADE

A responsabilidade civil subdivide-se em responsabilidade objetiva e subjetiva, contratual e extracontratual. Primordialmente, cumpre ressaltar que a doutrina da culpa era fundamento essencial ao princípio de responsabilidade, desde 1916 pelo Código Civil revogado. O atual Código Civil mantém a culpa como um dos pressupostos fundamentais da responsabilidade, sem afastar a possibilidade da responsabilidade objetiva nas hipóteses que especifica (STOCO, 2013, p. 210).

240

Em outras palavras, o Código revogado expressava que não havendo culpa, não havia responsabilidade, e o Código Civil de 2002 veio para trazer ocasiões específicas em que não é exigido a prova de culpa para que haja responsabilização ao causador do dano.

Dessa forma, a lei impõe em casos específicos, a reparação de um dano cometido sem culpa. Nessa ocasião, diz-se que a responsabilidade é legal ou “objetiva”, uma vez que somente o dano e nexos de causalidade já acarretam na responsabilização do agente. Essa teoria, chamada de objetiva ou do risco, afirma que todo dano é indenizável e deve ser reparado por quem a ele se liga por meio do nexos causal, independentemente de culpa (GONÇALVES, 2014, p. 59).

O Código Civil vigente regula no parágrafo único do art. 927, que aquele que desenvolve atividade de risco, deve reparar o dano independentemente de comprovação de culpa:

Art. 927. Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem (BRASIL, 2002).



---

Em relação à violência obstétrica, esta pode se operar por meio da responsabilidade objetiva se a violência for praticada por profissional da saúde ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS), configurando-se como responsabilidade do Estado e dos prestadores de serviços públicos.

A responsabilidade do Estado, conforme ensina José Cretella Júnior (2002, p. 105) pode ocorrer em qualquer momento ou lugar, em razão da verificação de evento danoso, derivado de fato, ato, operação ou comportamento de pessoas ligadas ao serviço público.

Já ao ato danoso praticado pelo médico em esfera privada, encontra-se respaldo no Código de Defesa do Consumidor, que regula a responsabilidade nas relações de consumo. Em regra, a responsabilidade do fornecedor no CDC é objetiva, mas se torna subjetiva quando o fornecedor é profissional liberal.

Na responsabilidade subjetiva, o centro de exame é o ato ilícito, e a transgressão ao dever de conduta que constitui o ato ilícito, é o que irá ensejar no dever de indenizar (VENOSA, 2015, p. 27).

Ressalta-se ainda que, na responsabilidade do médico também é necessário fazer a divisão entre a obrigação de resultado e a obrigação de meio.

A obrigação é de meio quando o profissional assume prestar um serviço no qual dedica atenção, cuidado e diligências exigido pelas circunstâncias e com os recursos disponíveis, no entanto, não se compromete a obtenção de um certo resultado. Já a obrigação é de resultado, quando o devedor se comprometer a realizar um certo fim (AGUIAR JÚNIOR, 2010, p. 511).

Em relação a obrigação do médico obstetra, está é, portanto, uma obrigação de meio, no qual o obstetra não se compromete a entregar determinado resultado e nem comete inadimplemento contratual quando o tratamento realizado não produza o efeito esperado pela paciente. Sendo assim, a obrigação do médico obstetra contratado é a de meio, e sua responsabilidade é subjetiva, que deverá ter sua culpa provada por negligência, imprudência ou imperícia, nos ditames do art. 186 e 927 do Código Civil.

O art. 927 dispõe que “aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo” (BRASIL, 2002). O mesmo dispositivo, faz menção ao art. 186 do Código, o qual menciona 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).



---

Os artigos referidos, representam a responsabilidade subjetiva, que se trata de atividade ilícita e danosa, na qual demanda a comprovação da conduta culposa, o dano e a relação de causalidade, elementos que compõem os pressupostos da responsabilidade civil.

Ambas as formas de responsabilidade se interligam, e o que as difere é a subjetiva analisar a culpa do agente, enquanto que a objetiva é a responsabilidade expressa no Código, fundada no risco e independe de culpa, que pode ou não existir, mas será irrelevante para a configuração do dever de reparar o dano.

Além da divisão entre responsabilidade objetiva e subjetiva, a doutrina também a divide entre responsabilidade civil contratual e extracontratual. Como visto, aquele que infringe um dever jurídico, é obrigado a indenizar. Esse dever tem como fonte uma relação jurídica obrigacional, ou seja, a obrigação pode advir de um contrato ou ser uma obrigação imposta por preceitos gerais do Direito.

A responsabilidade contratual configura-se quando há vínculo obrigacional, sendo o dever de indenizar uma consequência do inadimplemento. Quando o dever surge em razão de lesão a direito subjetivo, sem que exista qualquer relação jurídica preexistente entre o ofensor e a vítima, temos a responsabilidade extracontratual (CAVALIERI FILHO, 2009, p. 15).

242

Nesse sentido, a responsabilidade do profissional da saúde pode ser contratual, quando se trata de um serviço prestado em âmbito privado, derivado de um contrato estabelecido entre as partes. Também poderá ser extracontratual, quando não há contrato entre paciente e profissional, como no caso do médico que presta atendimento em hospital público ou aquele contratado por empresa para prestar assistência aos empregados.

#### 4.2 PRESSUPOSTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL: CONDOTA CULPOSA, DANO E NEXO DE CAUSALIDADE

A responsabilidade civil se trata de toda ação danosa que gera o dever de indenizar. Para que haja a configuração dessa responsabilidade, é indispensável que estejam presentes os requisitos de ação ou omissão voluntária, culpa ou dolo do agente, dano e o nexo causal, elementos estes evidenciados no art. 186 do Código Civil.

Em se tratando da conduta, o art. 186 expressa em seu dispositivo o termo “ação ou omissão” (BRASIL, 2002). No entendimento de Sérgio Cavalieri Filho (2009, p. 23-24), opta-se por utilizar o termo “conduta”, uma vez que esta é gênero de que são espécies a ação e



---

omissão, também denominadas por conduta comissiva ou omissiva.

Entende-se por conduta, o comportamento humano voluntário exteriorizado por uma ação ou omissão, que acarreta em consequências jurídicas (CAVALIERI FILHO, 2009, p. 24).

Assim, a conduta é uma atitude praticada pelo homem de maneira voluntária, com o ato ilícito comprovado, comissiva ou omissivamente, que resulte em dano a outrem. Logo, observa-se que não há que se falar em responsabilidade civil sem que haja uma conduta humana contrária às normas jurídicas.

A forma mais comum de exteriorização da conduta é pela ação, haja vista que fora do domínio contratual, os indivíduos estão obrigados a abster-se de práticas que possam causar danos. A violação desse *dever geral de abstenção* é obtida por meio de um *fazer* (CAVALIERI FILHO, 2009, p. 24).

Já a omissão é entendida por uma atitude negativa que possui relevância jurídica, tornando o omitente responsável quando este tem o dever jurídico de agir para impedir um resultado danoso. Esse dever pode ser proveniente da lei, do negócio jurídico ou de uma situação que obrigue a pessoa a impedir a ocorrência do resultado. (CAVALIERI FILHO, 2009, p. 24).

Em relação à culpa, sob os princípios consagrados da negligência, imprudência e imperícia, trata-se de uma conduta voluntária, mas com resultado involuntário, provocada por uma falta de cuidado, cautela ou atenção, em situação onde as consequências da conduta são previsíveis (VENOSA, 2015, p. 33).

Desse modo, a culpa civil é caracterizada não somente por ação ou omissão, mas também por condutas associadas a negligência, imprudência ou imperícia, e para que haja a devida indenização nos casos de responsabilidade subjetiva, a vítima deverá provar o dolo ou a culpa do agente.

Referente ao dano, este trata-se de uma lesão a um bem jurídico protegido, que causa prejuízos na esfera material e imaterial. O direito ao ressarcimento de danos está previsto, além do Código Civil, no art. 5º, inciso X da Constituição Federal de 1988, o qual dispõe que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” (BRASIL, 2002).

Na ocasião da responsabilidade objetiva, independentemente da modalidade do risco que lhe sirva de fundamento, o dano será o elemento preponderante, haja vista que sem o



---

dano não há o que se reparar, ainda que a conduta tenha sido culposa ou até dolosa (CAVALIERI FILHO, 2009, p. 71).

O dano patrimonial, também conhecido como dano material, refere-se aos bens integrantes do patrimônio da vítima. Contudo, nem sempre o dano patrimonial resulta na lesão de bens ou interesses de fins pecuniários. A violação dos bens personalíssimos, como a reputação, a imagem, a saúde e a própria honra, é capaz de refletir no patrimônio da vítima, como por exemplo, o médico que é difamado e perde sua clientela, gerando perda de receitas (CAVALIERI FILHO, 2009, p. 71).

Tocante ao dano moral, este é o prejuízo que aflige o ânimo psíquico, moral e intelectual da vítima. Nesse campo, o prejuízo é imponderável em razão da dificuldade de se estabelecer uma recompensa justa pelo dano. Cabe frisar que na avaliação do dano moral, também se observará se não trata apenas de mero dissabor, atendendo também aos critérios do homem médico, o *bonus pater familias*, que significa que não será levado em conta o psiquismo do homem excessivamente sensível, nem do homem com pouca ou nenhuma sensibilidade (VENOSA, 2015, p. 51).

244

Assim, o dano moral refere-se a um prejuízo na esfera personalíssima de alguém, tendo raízes na dignidade da pessoa humana, e logo, é um direito não comercializável, sem valor exato e nem redutível a dinheiro, de forma que, mesmo nos casos de danos patrimoniais, o prejuízo sofrido pela vítima pode atingir seus direitos de personalidade.

Em relação ao nexo de causalidade, trata-se da relação de causa e efeito entre a ação ou omissão do agente e o dano verificado. Esse pressuposto está expresso no verbo “causar”, no art. 186, e sem ele, inexistente a obrigação de reparar o dano. Se a causa do dano não possuir relação com o comportamento do agente, não há que se falar em relação de causalidade e de obrigação de indenizar (GONÇALVES, 2014, p. 67).

Nesse sentido, não basta que o agente tenha praticado uma conduta ilícita, nem mesmo que a vítima tenha sofrido o dano. É essencial que esse dano tenha sido causado pela conduta ilícita do agente, havendo uma relação de causa e efeito entre ambos (CAVALIERI FILHO, 2009, p. 46).

Entretanto, no caso concreto, nem sempre se encontra com facilidade essa relação de causa e efeito, conforme elucida Venosa (2015, p. 59):

Na identificação do nexo causal, há duas questões a serem analisadas. Primeiramente, existe a dificuldade em sua prova; a seguir, apresenta-se a





---

problemática da identificação do fato que constitui a verdadeira causa do dano, principalmente quando este decorre de causas múltiplas. Nem sempre há condições de estabelecer a causa direta do fato, sua causa eficiente. Avulta a importância da definição do nexo causal em face da preponderância atual da responsabilidade objetiva. A ausência do nexo causal é, na verdade, nesse campo, a única defesa eficaz que tem o indigitado pela indenização.

Assim, quando não é identificado o nexo causal entre a conduta e o resultado danoso, fala-se das excludentes da responsabilidade civil, que se referem à culpa exclusiva da vítima, o fato de terceiro, o caso fortuito e a força maior, e no campo contratual, a cláusula de não indenizar.

Portanto, no caso da violência obstétrica, é necessário comprovar que a conduta do profissional da saúde foi determinante para dar causa ao dano. Como exemplo, deve-se comprovar que uma intervenção médica fora realizada sem respaldo científico e sem o consentimento da paciente, que resultou em complicações ou danos à mãe ou ao bebê.

#### 4.3 RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

245

A responsabilidade civil, conforme o exposto, trata-se do dever de reparar o dano causado, e para que isso seja possível, é necessário verificar se o caso concreto possui os pressupostos necessários para a caracterização da responsabilidade, seja ela objetiva ou subjetiva.

No presente trabalho, abordamos o assunto da responsabilidade médica, a qual pode ocorrer tanto em âmbito público quanto privado.

Sérgio Cavalieri Filho entende que a responsabilidade médica/hospitalar deve ser analisada por dois ângulos distintos:

Em primeiro lugar a responsabilidade decorrente da prestação de serviços direta e pessoalmente pelo médico como profissional liberal. Em segundo lugar a responsabilidade médica decorrente da prestação de serviços médicos de forma empresarial, aí incluídos hospitais, clínicas, casas de saúde, bancos de sangue, laboratórios médicos etc. (CAVALIERI FILHO, 2009, p. 370).

Ruy Rosado de Aguiar Jr. (2010, p. 510) menciona que a responsabilidade civil do médico não obedece a um sistema unitário. Ela pode ser contratual, por compreender as relações restritas ao âmbito da medicina privada, que deriva de um contrato estabelecido entre paciente e profissional. Também poderá ser extracontratual, na hipótese de não haver contrato



---

estabelecido entre as partes, como no caso do médico servidor público, que atende em instituição obrigada a receber os segurados da saúde pública, bem como o médico contratado pela empresa para prestar assistência a seus empregados (AGUIAR JÚNIOR, 2010, p. 510).

Nesse seguimento, a responsabilidade médica empresarial é objetiva, conforme estabelece o § 6º do art. 37 da Constituição Federal:

[...]

§ 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

Em se tratando do serviço médico prestado em âmbito privado, verifica-se a existência de uma relação jurídica negocial entre as partes, mediante o contrato de adesão, de forma contratual tipicamente de consumo e perfeitamente aplicáveis às normas do Direito do Consumidor (FRANÇA; ESPOLADOR, 2012, p. 326).

O art. 2º do Código de Defesa do Consumidor traz o conceito de consumidor, que é “toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final” (BRASIL, 1990). Nesse caso, o consumidor é o paciente que busca o serviço para a promoção de sua saúde.

Logo em seguida, o art. 3º conceitua o fornecedor, demonstrando que o médico é um prestador de serviços relativos à saúde de seus pacientes:

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 prestações de serviços.

Sendo assim, a relação entre médico e paciente é composta por três elementos: o consumidor, que é o paciente; o médico, na figura do fornecedor; e o serviço, que é o ofício especializado objeto da obrigação médica ou ato médico, portanto, configura-se manifestamente como uma relação de consumo (FRANÇA; ESPOLADOR, 2012, p. 326).

Em que pese o médico ser um prestador de serviços, o Código de Defesa do Consumidor estabeleceu uma exceção no sistema de responsabilidade objetiva prevista no § 4º de seu art. 14, que refere que a “responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa” (BRASIL, 1990). O CDC é claro em dizer que esta exceção



---

se refere somente à responsabilidade pessoal do profissional e não abrange a empresa na qual ele trabalhe como empregado ou faça parte da sociedade (CAVALIERI FILHO, 2009, p. 371).

Dessa forma, a parturiente que contratou o médico para assistir o seu parto e sofreu danos advindos da assistência médica, terá de provar a culpa do profissional e se este agiu com negligência ou imperícia, bem como comprovar que a conduta do médico foi essencial para o resultado danoso, para que seja devida a reparação do dano.

Sérgio Cavaliere Filho (2009, p. 371) expõe a dificuldade de se comprovar a culpa médica, tendo em vista que os Tribunais são rigorosos na exigência da prova, que deve demonstrar o erro grosseiro no diagnóstico, na medicação ministrada, no tratamento desenvolvido, ou, ainda, na omissão injustificável na assistência ao paciente. Ademais, a dificuldade de comprovação da culpa também ocorre devido a matéria ser essencialmente técnica, exigindo a prova pericial, e nessa classe profissional, ainda funciona o *esprit de corps*, a *conspiração do silêncio*, que leva o perito, por mais elevado que seja o seu conceito, à tendência de isentar seu colega pelo ato incriminado.

Portanto, a vítima da violência obstétrica percorre um dificultoso caminho para alcançar a reparação do dano. Não basta somente que tenha ocorrido ação ou omissão na conduta do médico, é necessário que a parturiente comprove que sofreu o dano físico ou moral e que esse dano foi causado pela conduta do profissional.

247

Muitas mulheres têm dificuldade em reconhecer a violência obstétrica, tendo em vista que por vezes essa violência ocorre de forma sutil, e na relação médico/paciente, o médico é aquele que detém a maior autoridade sobre o corpo e o tratamento a ser seguido, portanto, presume-se uma relação de confiança existente entre a gestante e o obstetra, que dificulta a vítima a saber que determinado ato realizado desrespeita a autonomia, a integridade e a inviolabilidade de seu corpo.

Assim, embora qualquer forma de violência obstétrica contra a mulher possa lhe causar dano, não são todos que irão se inserir na esfera da responsabilidade civil do profissional, pois precisa haver o dano efetivo e a configuração dos pressupostos da responsabilidade para que haja a possibilidade de ressarcimento.

Havendo êxito na comprovação da culpa do profissional, a vítima será indenizada nos termos do art. 949 do Código Civil, que dispõe que “no caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até o fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido”



---

(BRASIL, 2002).

Apesar de haver essa possibilidade de reparação do dano, uma breve análise dos julgados referente ao caso, nos permite concluir que os julgadores são propensos a isentar da responsabilidade o profissional ou a instituição que forneceu o serviço médico, uma vez que existe a cultura de que o profissional da medicina é o detentor do conhecimento e suas conclusões não podem ser contestadas, assim, deixa-se de ponderar que embora o procedimento adotado facilite a técnica médica, acaba danificando o corpo da mulher e ignorando a sua autonomia (ARSIE, 2015, p. 82).

Nesse sentido, é evidente as dificuldades em se comprovar a responsabilidade civil do médico na violência obstétrica, em razão das peculiaridades que essa responsabilização possui e pela atividade médica ser extremamente técnica, e por vezes, essas técnicas que acarretam em danos à mulher são intrínsecas aos procedimentos, eximindo a responsabilidade do profissional da saúde.

Apesar dos obstáculos em se comprovar o nexo de causalidade, é inquestionável a existência de um dano que fere os direitos de personalidade da mulher. Dessa forma, a sociedade e o Poder Judiciário não podem ser permissivos com a perpetuação dessa prática. A violência obstétrica ainda é um assunto que está em construção e vem sendo conhecido cada vez mais por parte da sociedade, sobretudo das mulheres. No entanto, ainda grande parte da população desconhece essa prática e banaliza a má prestação da assistência e o tratamento desumanizado.

248

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Quando se fala em violência, fala-se consequentemente em uma violação de direitos fundamentais e personalíssimos e, portanto, é indispensável a análise desses direitos previstos na Constituição e no Código Civil como ponto de partida.

Após a análise dos direitos fundamentais, de personalidade e a autonomia da vontade do paciente, abordou-se especificamente sobre o que é e como se caracteriza a violência obstétrica, a começar pelo processo histórico da hospitalização do parto, que antes era marcado por um evento doméstico, realizado somente por parteiras ou familiares, e com a evolução da sociedade e da tecnologia passou a ser evento médico, público e com a presença de outros atores sociais.



---

Essa assistência obstétrica altamente intervencionista resultou em inúmeros de casos de violência obstétrica e conseqüentemente no aumento do número de realizações de parto por cesárea no país, sendo o Brasil um dos países que possui maiores índices de cesarianas eletivas no mundo e a maioria dessas cesáreas não possuem recomendação clínica, sendo prejudiciais para a saúde da mãe e do bebê.

Assim, expôs-se quais são as formas de violência obstétrica, restringindo para a análise das violências de caráter físico, psicológico e sexual. As práticas mais conhecidas como caracterizadoras dessa violência são a violências são a tricotomia, manobra de Kristeller, episiotomia, uso rotineiro de ocitocina, cesariana sem indicação clínica, além das violências de caráter psicológico que consubstanciam-se através de toda ação verbal que causa nas mulheres sentimentos de inferioridade, abandono, medo, ludibriamento, etc.

Posteriormente, analisou-se o instituto da responsabilidade civil, suas conceituações e pressupostos, e logo em seguida tratou especificamente sobre a responsabilização civil do médico na violência obstétrica.

Evidenciou-se que a responsabilidade civil do médico não obedece a um sistema unitário, podendo ser contratual, por compreender as relações restritas ao âmbito da medicina privada, advindo de um contrato entre médico e paciente, como também pode ser extracontratual, na hipótese de não haver contrato estabelecido entre as partes, como no caso do médico servidor público.

249

A responsabilidade médica é difícil de ser comprovada uma vez que uma breve análise das jurisprudências demonstra que os Tribunais são rigorosos na exigência da prova, que deve demonstrar o erro grosseiro no diagnóstico, na medicação ministrada, no tratamento desenvolvido, ou, ainda, na omissão injustificável na assistência ao paciente.

Apesar dos obstáculos em se comprovar a responsabilidade civil do médico, é inquestionável a existência de um dano que fere os direitos de personalidade da mulher, e na maioria das vezes essa reparação do dano não é realizada em virtude das excludentes, ou até mesmo devido a mulher desconhecer os seus direitos como paciente e não entender que houve uma violência.

O que se contesta no presente trabalho não é a ciência médica, até porque a evolução da medicina e o desenvolvimento tecnológico trouxe inúmeros benefícios para a sociedade como um todo, sobretudo em relação à saúde da mulher. Os profissionais da medicina são as



---

peessoas dotadas do conhecimento técnico e teórico que os habilitam a tratar da vida e da saúde humana.

Diante do que foi apresentado, objetiva-se trazer a reflexão de que em razão da excessiva medicalização do parto, foi perdendo-se a sensibilidade com a parturiente por parte da assistência médica obstétrica. Os anos 90 e 2000 evidenciaram as excessivas realizações de procedimentos médicos danosos à saúde da mulher e do bebê no momento do parto. Assim, a má prestação de assistência médica foi capaz de intensificar a dor do parto, que já é naturalmente doloroso.

A gestante é dotada de autonomia para escolher o tipo de parto que mais lhe agrada, seja normal ou via cesárea, mas é inegável que os históricos da violência obstétrica ao longo dos anos causaram receios nas mulheres em realizar o parto natural, e conseqüentemente refletiu nas altas taxas de cesarianas eletivas no Brasil, que atualmente é um problema de saúde pública no país.

Assim, as altas taxas de cesáreas justificam-se pelo próprio desejo da mulher ou pela falta de informações necessárias que a levam a ter uma escolha consciente, como também pelo desejo do médico que realiza o parto cirúrgico por razões econômicas ou por suas próprias conveniências, podendo optar pela antecipação do nascimento do bebê sem precisar suportar as aflições da parturiente e as imprevisibilidades que podem ocorrer no parto normal, e conseqüentemente, expondo suas pacientes em risco quando o parto por cesárea não é recomendado.

Neste diapasão, a violência obstétrica é marcada pelo tratamento desumanizado e o abuso de intervenções desnecessárias no processo reprodutivo natural da mulher, ferindo sua autonomia, integridade e dignidade, isto é, violando os seus direitos de personalidade. A violência obstétrica ainda é um assunto que está em construção e vem sendo conhecido cada vez mais por parte da sociedade, sobretudo das mulheres. Entretanto, até então grande parte da população e principalmente as classes menos favorecidas, desconhecem essa prática e banaliza a má prestação da assistência médica na maternidade e o tratamento desumanizado.

Desse modo, é necessário a criação de maiores mecanismos de informação e proteção jurídica referente a violência obstétrica, para que, a partir do maior conhecimento da sociedade e de normativas específicas e mais rigorosas, possibilite-se o desencorajamento dos profissionais da saúde a realizem atos como bem entenderem, priorizando sempre o respeito à saúde, à integridade física e psíquica e a autonomia da paciente.



---

## REFERÊNCIAS

AGUIAR JÚNIOR. Ruy Rosado de. Responsabilidade civil do médico. *In*: NERY JUNIOR, Nelson; NERY, Rosa Maria de Andrade (Org.). **Responsabilidade civil: direito fundamental à saúde: atividades de prestação de serviços médicos e de saúde, serviços médicos, serviços hospitalares, risco, meio ambiente.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. v. 5. (Doutrinas essenciais). p. 507-541.

ARSIE, Jaqueline Gonçalves. **Violência obstétrica: uma violação aos direitos fundamentais da mulher.** 2015. Monografia (Bacharel em Direito) – Curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/163651/Monografia%20Jaqueline%20.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 15 maio 2022.

AZEVEDO, Álvaro Villaça. **Autonomia do paciente e direito de escolha de tratamento médico sem transfusão de sangue:** mediante os atuais preceitos civis e constitucionais brasileiros. Parecer Jurídico. São Paulo, [s.n.]. 2010.

BRASIL. [Código (1990)]. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.** Brasília: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm). Acesso em: 12 maio 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 7 maio 2022.

BRASIL. [Código (2002)]. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Brasília: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm). Acesso em: 12 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal:** versão resumida. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologias e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 18 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministro: **Diário Oficial da União**, 2000. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 18 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Gabinete do Ministro: **Diário Oficial da**



---

**União**, Brasília, 2011. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 18 maio 2022.

CARVALHO, Laetitia Cristina Varejão. **Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto**. 2014. Tese (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto 2014. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/62698832.pdf>. Acesso em: 23 maio 2022.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

CRETELLA JÚNIOR, José. **O Estado e a obrigação de indenizar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões Saúde Reprodução**, São Paulo, v. 1, n. 1, 2006, p. 80-91. Disponível em:

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod\\_resource/content/1/O%20E2%80%9Ccorte%20por%20cima%E2%80%9D%20e%20o%20E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%E2%80%9D.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20E2%80%9Ccorte%20por%20cima%E2%80%9D%20e%20o%20E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%E2%80%9D.pdf). Acesso em: 23 maio 2022.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro: teoria geral do direito civil**. 29 ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

FRANÇA, Loreanne Manuella de Castro; ESPOLADOR, Rita de Cássia Resquetti Tarifa. **Da inserção de cláusulas de não indenização nos contratos relacionados à reprodução humana assistida**. In: Congresso Nacional do CONPEDI, 21, 2012, Rio de Janeiro, **Anais**. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=7c220a2091c26a7f>. Acesso em: 7 jun. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A mãe sabe parir, e o bebe sabe como e quando nascer**. [S. I.]: Nascer no Brasil, 2012. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 19 maio 2022.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo curso de direito civil: parte geral**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade civil**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

MATOS, G. C. de; ESCOBAL, A. P; SOARES, M. C; HARTER, J; GONZALES, R. I. C. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa.

**Revista de enfermagem**. Recife, v. 7, n. 3, p. 870-878, mar. 2013. DOI: 10.5205/reuol.3934-31164-1-SM.0703esp201307. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11552/13485>. Acesso em: 18 maio 2022.





---

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232005000300021&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232005000300021&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 18 maio 2022.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica**: parirás com dor. [S. l.]: Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, p. 1-188, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2022.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

STOCO, Rui. **Tratado de responsabilidade civil**: doutrina e jurisprudência. 9. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

VENEZUELA. **Lei nº 38.668, de 23 de abril de 2007**. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Venezuela: La Asamblea Nacional, [2007]. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2022.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil**: responsabilidade civil. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

253

