

**CENTRO DE ENSINO SUPERIOR CESUL**

**ANA CARLA CLOTH ARLATI**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E RESPONSABILIDADE CIVIL**

**FRANCISCO BELTRÃO – PR  
2023**

**ANA CARLA CLOTH ARLATI**

## **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E RESPONSABILIDADE CIVIL**

Projeto de monografia apresentado como requisito parcial para avaliação da Disciplina de Orientação à Monografia II, do 9º período do Curso de Graduação em Direito do Centro de Ensino Superior Cesul.

Orientador: Alexia Brotto Cessetti

**FRANCISCO BELTRÃO – PR  
2023**

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**ANA CARLA CLOTH ARLATI**

### **RESPONSABILIDADE CIVIL E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

**Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito do CESUL – Centro de Ensino Superior.**

---

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Alexia A. Rodrigues Brotto Cessetti**

---

**Professora Me<sup>a</sup>. Camila Cararo Tonkelski**

---

**Professor Me. Lourenço Antonio Rodrigues Figueira**

**FRANCISCO BELTRÃO – PR  
2023**

## AGRADECIMENTOS

Escrever um trabalho de conclusão de curso é uma tarefa desafiadora, mas com o apoio de pessoas especiais, que fazem parte de nossa vida, acaba por ajudar a passar por esse caminho de uma forma mais leve e com mais entusiasmo para a pesquisa.

Diante disso, gostaria de começar a agradecer à Deus pelo cuidado de ter colocado pessoas tão maravilhosas em meu caminho, que sem sombra de dúvidas, me ajudaram a chegar até aqui, pessoas que me inspiraram, que, todo tempo estão demonstrando o seu amor e carinho por mim das mais diferentes formas. À Deus também, agradeço pela vida e pela força que meu deus durante todo o tempo para chegar a até aqui, o Senhor é bom e cuidadoso o tempo todo.

Em meio à essas pessoas que Deus me presenteou, estão os meus pais, Carlos Domingos Arlati e Clair Mara Cloth Arlati, que me ensinaram o valor do trabalho e cuidado com a família. Lhes agradeço imensamente pelo apoio contínuo e amor irrepreensível.

À minha avó Eliane Kaktin pelas orações diárias, por cada palavra de afeto que demonstra o cuidado que sempre teve por mim, por continuamente estar me lembrando dos meus sonhos e me incentivando a lutar por aquilo que almejo.

Não poderia deixar de agradecer às minhas amigas Tamara de Miranda e Cauane Horbach, vocês são pessoas inspiradoras, que sempre estiveram comigo nos melhores e piores momentos da minha vida. Não há palavras nesse mundo para descrever o amor e carinho que eu sinto por vocês, só consigo expressar através das minhas orações à Deus, agradecendo o cuidado que Ele teve de colocar vocês duas em minha vida. Ter a amizade de vocês é sinônimo de felicidade.

Estendo os meus agradecimentos à minha orientadora Alexia Brotto Cessetti, que é exemplo de professora e advogada, sem falar que é a responsável por eu ter me apaixonado pelo Direito Civil. Sempre esteve comprometida com o ensino, e isso demonstra o seu cuidado com os seus alunos, ser sua orientanda é um privilégio.

## RESUMO

A presente monografia buscou tratar sobre o tema violência obstétrica e responsabilidade civil, elencando os principais pontos envolvendo a temática, tendo em vista que sua importância para o meio acadêmico, social e jurídico se comprova através da exposição da relação médico e parturiente. De início, foi exposto a história do parto, com os principais aspectos que marcaram a sua evolução. Em seguida, é conceituado no que consiste violência obstétrica, o surgimento da terminologia e suas principais formas. O segundo capítulo buscou traçar formas de se evitar a violência obstétrica, com a implementação do parto humanizado, a observância ao direito de acompanhante e a função da doula no processo gestacional e trabalho de parto, pois sua presença pode proporcionar alívio significativo para a gestante, em relação ao medo e insegurança que a gravidez pode trazer, sendo portanto, a principal hipótese para prevenir a ocorrência da violência obstétrica. O terceiro capítulo demonstrará o papel da responsabilidade civil ao profissional de saúde e a instituição hospitalar que perpetua a violência obstétrica, considerando a dificuldade para a gestante fazer prova do ocorrido e de não haver a devida responsabilização dos agressores. Ademais, apresentou-se um caso julgado do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em que a instituição hospitalar foi condenada, a título de danos morais, a indenizar a vítima.

O tipo de pesquisa utilizado para realizar a presente monografia foi a análise bibliográfica e documental, seguindo uma abordagem mista, em que foram analisados livros, artigos científicos e a legislação pertinente sobre o tema violência obstétrica e responsabilidade civil, referente a abordagem quantitativa utilizou-se dados referente o número de partos cesárea e o natural como forma de ilustrar a problemática da violência obstétrica em comparação com o recomendado pela OMS.

**Palavras-chave:** Gestante; Violência Obstétrica; Parto Humanizado; Responsabilidade Civil; Direitos Humanos.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 7  |
| <b>1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA</b> .....   | 9  |
| 1.1 EVOLUÇÃO DO PARTO.....  | 9  |
| 1.1.1 Conceito de violência obstétrica.....                                 | 11 |
| 1.2 FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUA OCORRÊNCIA DURANTE A PANDEMIA..... | 15 |
| <b>2 MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO</b> .....                            | 20 |
| 2.1 HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....   | 20 |
| 2.2 DOULAS E A BUSCA PELO PARTO HUMANIZADO.....                             | 27 |
| 2.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E TRANSGÊNEROS.....                                | 31 |
| <b>3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E RESPONSABILIDADE CIVIL</b> .....                | 34 |
| 3.1 CONCEITO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA RESPONSABILIDADE CIVIL.....            | 34 |
| 3.2 ELEMENTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL.....                                | 42 |
| 3.2.1 Nexo de Causalidade.....  | 44 |
| 3.2.2 Dano.....   | 48 |
| 3.2.3 Culpa.....  | 50 |
| 3.3 RESPONSABILIDADE CIVIL DOS MÉDICOS E DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES..... | 51 |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 56 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 5  |

## INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento da técnica e a inserção da figura do médico no momento do parto, surge uma nova forma de violência de gênero, que vem a ser o tema central dessa monografia, a violência obstétrica. Considerando tal situação, o presente trabalho pretende responder como pode o agente causador do dano ser responsabilizado civilmente por tal violência?

Assim, essa monografia busca compreender no que consiste a violência obstétrica e como responsabilizar civilmente o agente causador do dano, tal objetivo foi demonstrado no primeiro capítulo, o qual aborda a história do parto, remonta desde os tempos primitivos até os dias atuais, o conceito de violência obstétrica e suas formas, as quais se expressam através de violência física, verbal, psicológica e sexual.

O segundo capítulo aborda o movimento do parto humanizado, o seu surgimento, a importância das doulas, no que consiste o seu trabalho e sua função na ajuda para coibir a violência obstétrica. Nesse capítulo, também é demonstrado a relação da violência obstétrica e as pessoas transgênero.

O terceiro capítulo adentra na temática da responsabilização civil, de plano é essencial descrever o processo histórico, em seguida os elementos que a compõe e depois a responsabilidade civil dos médicos e instituições hospitalares, diante da ocorrência dessa prática violenta.

Ante o exposto, a presente monografia é importante para o meio acadêmico, pois resta comprovada que existem práticas desrespeitosas acontecendo durante o ciclo gravídico-puerperal em instituições de saúde, evidenciando ser de grande interesse dos estudiosos tomarem conhecimento dos fatos e entender no que consiste a violência obstétrica. Para os operadores do Direito, se faz necessário tomar conhecimento das situações que violam direitos e responsabilizar os agentes causadores dos danos. Tendo em vista a ocorrência de tais fatos e o preconceito que historicamente esta intrínseco quando o assunto é direito integral à saúde das mulheres, se faz necessário que, cada vez mais, estas tomem conhecimento dos seus direitos reprodutivos, bem como conduzir o seu parto, se as manobras utilizadas são realmente necessárias ou abusivas. E mostrar que há possibilidade da realização de um parto humanizado.

Para tal, foi utilizado para realizar a presente monografia, a análise bibliográfica e documental, seguindo uma abordagem mista, em que foram analisados livros, artigos científicos e a legislação pertinente sobre o tema violência obstétrica e responsabilidade civil. Referente a abordagem quantitativa, utilizou-se dados referentes ao número de partos cesária e o natural, como forma de ilustrar a problemática da violência obstétrica em comparação com o recomendado pela OMS.

Utilizando-se do método histórico-dialético, foi descrito o conceito de violência obstétrica, as formas pelas quais ela é praticada, do cerceamento do direito ao acompanhante durante a pandemia, o movimento de humanização do parto, no qual consistiu em apresentar os seus objetivos e, por fim, será abordada a responsabilidade civil e o enquadramento da violência obstétrica.

Para tanto, será feito buscas nos sites de pesquisas como o Google Acadêmico e Pubmed, na busca por artigos científicos acerca da violência obstétrica. A respeito da responsabilidade civil, realizou-se a busca pelo conceito e dos seus elementos caracterizadores em bibliográficas clássicas, como Maria Helena Diniz (2008), Carlos Roberto Gonçalves (2014) e Flávio Tartuce (2014).



# 1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Esse capítulo será dividido em três seções. Na primeira seção será descrita a evolução do parto, sendo elencados os principais pontos que marcaram a história até os dias atuais. A segunda seção preocupar-se-á em discorrer sobre o conceito de violência obstétrica, já a terceira seção adentrará nas formas de violência obstétrica, dando o fechamento para esse capítulo.

## 1.1 EVOLUÇÃO DO PARTO

É de grande valia destacar de plano, a evolução do parto, tendo em vista as mudanças culturais, o avanço da tecnologia e da medicina, as quais trouxeram profundas transformações, um novo olhar e uma institucionalização do nascimento.

O parto não despertava o interesse da coletividade, portanto, a mulher primitiva dava à luz de forma isolada, reagindo através do instinto e se assemelhando aos animais. Esse mesmo instinto auxiliou no desenvolvimento da vida materna que, no transcorrer do tempo, foi substituído pela medicina (KAPPAUN; COSTA, 2020, p. 73).

De acordo com as autoras, no início a mulher, assim como os animais irracionais, valia-se do instinto para conduzir o parto, esse mesmo instinto ajustou os outros interesses da maternidade, proporcionando o evoluir da espécie, portanto, percebe-se que o parto vai além das mudanças físicas, trazendo consigo grandes transformações psicológicas, uma vez que a gestante, ao tomar em seus braços o recém-nascido, compreende que esse, que ali estava dentro de seu útero, agora passa a sofrer interferências do mundo externo. Para muitas, esse momento torna-se também um marco, separando a mulher em antes e depois de tornar-se mãe. Constata-se que o parto vai além de ser o nascimento de uma criança, é também o surgimento de uma nova mulher.

O conhecimento empírico desenvolvido com esse isolamento, favoreceu para o surgimento das parteiras, as quais alcançaram o saber a partir das suas vivências, conseqüentemente, pode-se dizer que a obstetrícia surgiu com essas mulheres de

perfil popular, que auxiliavam não só no parto, mas em outras situações envolvendo a saúde, como os cuidados com o corpo e as situações que envolviam o aborto (KAPPAUN; COSTA, 2020, p. 73 e 74).

A obstetrícia surge com a realidade cotidiana das mulheres, apesar de não serem detentoras de um conhecimento baseado em evidências científicas, mas é através dos percalços envolvendo esses momentos e enfrentando o que, para algumas civilizações, era visto como um assunto proibido e místico, resultou em uma união de esforços em torno da sobrevivência e da dor do parto, uma ajudando à outra.

A fertilidade sempre foi um assunto presente, visto como uma benção divina, principalmente na Europa no séc. XVI, e por conta da peste negra, uma doença que dizimou um terço da população, ter filhos tornou-se uma necessidade, em contrapartida, a esterilidade era vista como um castigo divino (DONELLI, 2003, *online*).

Percebe-se que, se tornar mãe ao longo dos tempos foi interpretado como algo sobrenatural, pois uma mulher fértil era vista como uma mulher abençoada, resultando em famílias com grande número de pessoas, as quais também se faziam necessárias para o trabalho, ocasionando para homens e mulheres uma forma de se perpetuar no tempo, passando seus genes para frente quando se tinha filhos.

No começo do século XVII, as parteiras, que até então eram as detentoras dos conhecimentos de como conduzir o parto, passaram a perder o seu espaço para o médico cirurgião, o que sucedeu em uma perda para as mulheres, de um espaço muito importante que era o seu trabalho. Um dos motivos que enfatizou a desconsideração do saber das parteiras, foi o período de caça às bruxas, ocorrido entre os séculos XIV e XVII, pois eram vistas como uma afronta às autoridades, principalmente a Igreja, uma vez que davam conselhos e buscavam diminuir a dor do parto, em um momento em que se acreditava na ideia do pecado original, entendendo-se que fazia necessária a mulher passar pelas dores do parto (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015, p. 98).

Ao analisar essa passagem, nota-se que a vida e, conseqüentemente, o nascimento era entendido por muitos, como algo sobrenatural, envolvendo o místico e o não explicável e que, para as dores do parto, existiria o argumento do pecado original e a mulher deveria aceitar esse destino.

No século XVIII, o parto realizado no hospital era apenas para mulheres pobres, as quais não tinham amparo familiar ou de um companheiro, as gestantes mais privilegiadas só procurariam o hospital maternidade caso não conseguisse ser atendidas em uma clínica especializada. Foi logo após a Segunda Guerra Mundial que a prática de procurar o hospital se generalizou e o parto realizado em casa se tornou exceção (KAPPAUN; COSTA, 2020, p. 74).

As condições sociais e financeiras da parturiente também influenciaram na tomada de decisões de como o parto e o recém-nascido iriam ser tratados, havendo uma distinção entre a mulher pobre, que não tinha o amparo da família ou de um companheiro, ficando essa subordinada em aceitar o que lhe for oferecido, sem opções de escolha; já a detentora de recursos, possuía liberdade de escolhas, podendo ser cuidada por conhecidos, de forma especializada e confortável.

A forma de dar à luz sofreu modificações no transcorrer do tempo, dependendo da cultura em que a gestante estava inserida, mas algo que pode ser vislumbrado em sua grande maioria, é que durante o trabalho de parto, esse evento era assistido por uma ou mais pessoas, sendo essas na sua maior parte, representantes do sexo feminino (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015, p. 97).

Delineada essa passagem de tempo, as transformações envolvendo onde e como ter o seu filho, repercutem atualmente. Essa chegada não foi linear, marcada pela luta em prol da liberdade, dignidade e respeito às mulheres, que resultou no tema violência obstétrica.

### 1.1.1 Conceito de violência obstétrica

Traçada a evolução histórica do parto, delineados os acontecimentos que marcaram esse evento até os dias atuais, o qual agora é marcado pela realização em uma instituição e por um profissional de saúde. Surge consigo um debate sobre a existência de um tipo de violência, a qual se denomina violência obstétrica. Portanto, será tratada nessa seção, delineando como surgiu essa ideia e no que ela consiste, levando em consideração os dados e a política nacional sobre esse tema.

Com início do século XX, o parto realizado no hospital tornou-se regra. No final do século, registrou-se um percentual de 90% de hospitalização do parto, essa

hospitalização tinha como objetivo melhorar a assistência ao parto, mas essa meta não foi alcançada, pois se passou a utilizar técnicas equivocadas e desnecessárias, sem amparo em evidências, pondo em risco a vida da parturiente e do bebê (ZANARDO et al, 2017, p.3).

Apesar do avanço da tecnologia e do conhecimento científico, percebe-se a falta de um conhecimento político para administrar esse progresso, pois os resultados experimentados não são satisfatórios e desaguam em uma falta de atenção ao parto.

Como demonstrado, a violência obstétrica apresenta múltiplas fontes históricas, dentre elas pode-se destacar a ideia de tornar o parto em um evento patológico, o qual rompe com a essência de ser um evento natural. Nesse sentido, se deve levar em consideração como vem sendo tratada a relação entre médico e paciente, pois há uma ideia original de que é o médico quem deve estabelecer como o parto tem que ser conduzido, mas essa visão está equivocada, pois silencia os interesses da gestante. Lançado o olhar sob essa ideia, pode-se ensaiar uma nova hipótese de cuidado com o nascimento (TEIXEIRA; MOUREIRA; SÁ, 2020, p. 69).

Nesse mesmo sentido, com a hospitalização do parto, surge uma centralização desse momento no médico, excluindo os profissionais que também são habilitados para conduzir esse evento, como as enfermeiras na realização do parto normal. Outro aspecto negativo dessa centralização é a manifestação de um sentimento de insatisfação em relação à mulher, pois esse médico passa atuar no controle dos saberes em relação ao corpo humano e da sexualidade (ZANARDO et al, 2017, p.3).

Constata-se que existe um depósito de confiança muito grande em relação à figura do médico, uma certeza de que ele sabe o que está fazendo, e conseqüentemente, se espera bons frutos dessa relação, mas o que vem sendo colhido dessa superestima são frutos amargos de insatisfação e violência, portanto, deve-se ressaltar que atuação do médico e sua equipe são também de grande relevância, pois, por muitas vezes acabam salvando a vida da mãe e do bebê, quando se tem grandes chances de óbito.

Trazendo para a realidade do Brasil, conforme Zanardo et al (2017, p.3):

A realidade brasileira é caracterizada por um atendimento com abuso de intervenções cirúrgicas, muitas vezes humilhante, em que há falta de informação às mulheres e até a negação ao direito ao acompanhante, o que é considerado um desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das

mulheres, além de uma violação dos direitos humanos (ZANARDO et al, 2017, p.3).

De acordo com o exposto, a realidade nacional é de desrespeito e de desconsideração em como vem sendo conduzido esse nascer, apesar de ser um país pró-vida, percebe-se uma despreocupação a respeito de se questionar em como esse parto vem sendo conduzido e se os anseios da gestante estão sendo levados em consideração. Esse desprezo resulta em mais um tipo de violência de gênero: a violência obstétrica.

Conforme Teixeira, Moureira e Sá (2020, p. 70):

A violência obstétrica pode acontecer de várias formas, principalmente em situações em que a mulher em condições de fazer escolhas (= paciente competente) tem seu corpo apropriado por outrem, geralmente profissionais de saúde que acabam assumindo o comando do pré-natal, do parto e do pós-parto, por meio de tratamento abusivo e desumanizado, que gera a perda da autonomia das mulheres. O que se visa reconhecer para combater, portanto, são ações ou omissões – geralmente cometidas por profissionais de saúde – geradoras de má qualidade da assistência de saúde na gestação e no parto que violam direitos fundamentais da mulher ou de seu bebê, causando-lhe dor ou sofrimento desnecessário (TEXEIRA; MOREIRA; SÁ, 2020, p.70).

A violência obstétrica tem inúmeras formas, mas em especial uma chama a atenção, que é o cerceamento do direito da mulher em fazer escolhas, ocasionando em uma apropriação, por parte do profissional de saúde, da autonomia dessa gestante e que resulta em um tratamento desumanizado.

No mesmo sentido, Zanardo et al (2017), assevera que a violência obstétrica resulta de uma violação dos direitos reprodutivos das mulheres, que acarreta em uma perda de independência sobre os seus corpos, ocasionado por parte do profissional de saúde, o que passa a interferir diretamente no processo reprodutivo da mulher, pois não atende às necessidades dessa e trabalha de forma mecanizada e massificada.

A título de exemplificação, Teixeira, Moureira e Sá (2020, p. 73):

Um caso de violência obstétrica no Brasil tomou proporções internacionais. Em novembro de 2002, Alyne Pimentel buscou atendimento médico na rede pública de saúde de Belford Roxo-RJ, por estar com seis meses de gestação. Apresentava fortes dores e, mesmo assim, foi liberada apenas com analgesia. Retornou ao hospital sem melhoras, quando foi verificado o falecimento de seu bebê. Depois de muito esperar, foi submetida a uma cirurgia para retirar a placenta, quando se agravou e foi necessária sua transferência para outro hospital. Alyne faleceu no corredor do segundo

hospital por hemorragia digestiva, causada por falta do atendimento médico necessário. O caso foi levado ao Comitê para a Eliminação de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) da ONU e, pela primeira vez, em 2011, o Brasil foi condenado em razão da morte por negligência no serviço público de saúde, por ter falhado ao proteger os direitos à vida, à saúde, à igualdade e a não discriminação no acesso à saúde. Além de condenar o Brasil a pagar uma indenização à família, o Comitê também fez uma série de recomendações para se evitar outras mortes semelhantes (TEIXEIRA; MOUREIRA; SÁ, 2020, p.73).

Conforme a citação acima, a violência obstétrica pode ter consequências irreversíveis, como no caso em tela, o qual chegou ao resultado morte, e esse poderia ter sido evitado se o atendimento a essa gestante tivesse levado em consideração as fortes dores que ela estava sentindo e que evidenciavam que algo não estava certo, existe, portanto, por parte de quem atende a gestante, e não só nesse caso, mas em outros casos também, a falta de consideração em relação à dor que uma parturiente pode sentir.

Em uma mesma direção Zanardo et al (2017, p. 5):

Essas práticas podem ter consequências adversas para a mãe e para o bebê, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher. Porém, apesar da disseminação dessas experiências, a OMS aponta que “atualmente não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidas” (OMS, 2014, p. 1). A Organização aponta a necessidade de realizar pesquisas com intuito de definir, medir e compreender melhor as práticas desrespeitosas e abusivas durante o parto, assim como elaborar formas de prevenção e eliminação dessas condutas (ZANARDO et al, 2017, p.5).

Na busca em traçar uma definição sobre o que seria violência obstétrica, verifica-se que não há um entendimento consolidado e único sobre a temática, mas com maior proporção são observados os seguintes acontecimentos: a negligência, a violência psicológica, violência física, a violência sexual, a utilização excessiva de medicamentos e as intervenções desnecessárias sem evidências científicas (ZANARDO et al, 2017, p. 5).

As formas de violência obstétrica serão tratadas em uma seção específica, dedicada a descrever cada uma em sua completude, portanto, nesse momento busca-se somente expor o vasto campo de conceitos acerca da violência obstétrica e que se desdobra em diferentes formas.

De acordo com Brito, Oliveira e Costa (2020, p.122):

Definida como qualquer conduta, comissiva ou omissiva, realizado por profissionais de saúde, em instituição pública ou privada que, direta ou indiretamente, leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres. Expressa-se em tratamento desumano, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e capacidade para decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida. Para tanto, aludida agressão se consubstancia como o somatório de condutas que causam constrangimento ou danos às mulheres durante o acompanhamento pré-natal, o trabalho de parto, o parto propriamente e o pós-parto. Esse tipo de violência é caracterizado por agressões verbais, procedimentos médicos desnecessários e abusivos, lesões corporais e negação dos direitos da parturiente, dentre outros (BRITO; OLIVEIRA; COSTA, 2020, p.122).

Assim, a violência obstétrica passa por inúmeras tentativas de conceituação, como o exposto na citação acima, mas algo que a grande maioria dos autores têm em comum é a ideia de apropriação do corpo da mulher e de seus direitos reprodutivos. Não é de hoje que essa ideia vem sendo utilizada, pois a apropriação dos corpos femininos é algo que marca a história, presente na grande maioria das sociedades e que, ao logo do tempo, foi internalizado e tido como algo natural, conseqüentemente, ao trazer sob a luz o debate sobre o tema violência obstétrica, não estará tão somente falando sobre a gestante e o bebê, mas também sobre inúmeras outras formas de violência contra a mulher.

## 1.2 FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUA OCORRÊNCIA DURANTE A PANDEMIA

Essa seção preocupar-se-á em discorrer sobre as diferentes formas de violência obstétrica, conceitua-la e como identificá-la, em paralelo, será trazido a sua ocorrência durante pandemia da COVID-19, com o objetivo de mostrar como ficou essa questão do parto durante o período pandêmico.

Conforme Luz (et al, 2019, p. 79-80):

Define-se como violência obstétrica uma forma de violência contra a mulher, atos realizados por profissionais de saúde em relação ao corpo e os processos reprodutivos das mulheres, ocorrendo ao longo do processo de parto. Esse tipo de violência ocorre por meio do excesso de intervenções em que os processos naturais sejam medicalizados e patologizados. Compreende ainda o uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, como práticas dolorosas, não baseadas em evidências científicas. Alguns exemplos são a raspagem dos pelos pubianos, episiotomia de rotina, realização de enema, indução do trabalho de parto entre outros (LUZ et al, 2019, p.79-80).

De acordo com a citação acima e com o demonstrado na seção anterior, a violência obstétrica é uma forma de violência contra a mulher, que ocorre durante a assistência à gravidez, parto, pós-parto e nos casos de abortamento. Os agentes causadores dos danos, infelizmente, são os profissionais de saúde, em sua grande maioria médicos, os quais a princípio deveriam dar apoio, conforto e cuidado durante um momento tão significativo.

Um exemplo para ilustrar os casos de violência obstétrica, é o acontecimento envolvendo a atriz Klara Castanho, após ter sido vítima de um estupro. A atriz descobriu que estava grávida quase no final da gestação, a descoberta foi durante exames médicos, pois havia a suspeita de ser uma gastrite, mas foi descoberta uma gestação. O profissional que atendeu Klara, não foi nada empático, tendo a atriz relatado: “E mesmo assim esse profissional me obrigou a ouvir o coração da criança, disse que 50% do DNA eram meus e que eu seria obrigada a amá-lo. Essa foi mais uma da série de violências que aconteceram comigo”<sup>1</sup>

A atitude do médico que atendeu a atriz, revela como a violência obstétrica pode ser praticada e se perpetuar em diferentes casos, e que, mesmo em se tratando de uma pessoa famosa, isso não a blindava. No caso de Klara, ela foi duplamente vitimada, pois primeiro, foi vítima de um crime de estupro e depois, na busca por ajuda e cuidado, foi vítima de violência obstétrica.

Segundo Diniz et al (2015), a violência obstétrica pode apresentar as seguintes formas: abuso físico; imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; cuidado não confidencial ou não privativo; cuidado indigno e abuso verbal; discriminação baseada em certos atributos; abandono, negligência ou recusa de assistência e detenção nos serviços.

Indo ao encontro disso, Diniz et al (2019, p.80) ensina que:

Violência obstétrica institucional é aquela cometida por instituições contra a mulher grávida e sua família em unidades de saúde, no momento do atendimento, pré-natal, ao parto ou ao aborto. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras, às vezes explícitas e às vezes veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência é fortemente condicionada por preconceitos de gênero

---

<sup>1</sup> FANTÁSTICO. Em carta, Klara Castanho diz que foi violentada não só pelo homem que a estuprou, mas também pelo julgamento das pessoas. Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2022/06/26/em-carta-klara-castanho-diz-que-foi-violentada-nao-so-pelo-homem-que-a-estuprou-mas-tambem-pelo-julgamento-das-pessoas.ghtml>. Acesso em: 30 mar. 2023.



(sexismo). Neste sentido, significa a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, por meio de uma atenção mecanizada.

Em concordância com o referenciado, a violência obstétrica apresenta e acumula em seu âmago uma diversidade de danos que são praticados durante os cuidados com a gestante, o primeiro deles é a violência verbal, a qual consiste em “formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda; humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando” (DINIZ et al, 2015).

Dessa maneira, verifica-se que a violência verbal possui um caráter machista e é uma violação ao direito de um tratamento digno e humanizado, a qual acaba ferindo a sua liberdade, acuando a gestante para um lugar de culpa, vergonha e de submissão, favorecendo para a prática das demais formas de violência.

A violência física pode se expressar na utilização de manobras desnecessárias como a de *kristeller* “a qual consiste na aplicação de uma força “extra” na parte superior do útero em direção ao canal de parto, para que o trabalho de parto tenha uma duração mais curta” (LUZ et al, 2019, p. 80).

Essa, e entre outras manobras, como o uso de ocitocina, episiotomia e os exames de toque vaginal, exemplificam a ocorrência da violência física, a qual fere o direito a integridade corporal e que podem ser evitadas pelo uso de alternativas que podem trazer melhores resultados para a gestante.

Outro ponto importante a ser destacado sobre a violência obstétrica é o racismo estrutural presente nas instituições. Conforme Rocha (2022), estudos realizados pelo Painel de Monitoramento de Mortalidade Materna do Brasil traz à tona que a grande maioria das vítimas de violência obstétrica no país são as mulheres negras, os estudos revelaram que 61,3% das vítimas são as gestantes negras<sup>2</sup>.

A partir desses dados, percebe-se que existe no Brasil uma lógica de um racismo institucionalizado, que tem suas raízes de no colonialismo, e vem se perpetuando até os dias atuais por meio de uma precarização e subalternização dos

---

<sup>2</sup> ROCHA, Igor. **Violência obstétrica: 61% das vítimas são mulheres negras**. 2022. Disponível em: <https://noticiapreta.com.br/violencia-obstetrica-61-das-vitimas-sao-mulheres-negras/>. Acesso em: 30 mar. 2023.

corpos, nas estruturas públicas ou privadas e apoiadas pelo Estado, o qual resulta em um extermínio das mulheres negras (PIRES; STANCHI, 2020, p. 218).

Além das formas de violência obstétrica, essa seção também se preocupa em trazer a sua ocorrência durante a pandemia da COVID-19, a qual será tratada nos parágrafos a seguir, pois esse momento pandêmico fez com que um dos principais direitos da gestante fosse violado, que é o direito ao acompanhante, o qual é de grande valia, pois é o acompanhante que vai vir a testemunhar caso ocorra alguma das práticas desrespeitosas e violentas contra a mulher em trabalho de parto.

Conforme o demonstrado, vale ressaltar a sua ocorrência durante a pandemia, pois muitas parturientes tiveram seu direito ao acompanhante durante o parto cerceado pelas instituições de saúde, com a justificativa de evitar aglomerações. Porém, tal medida foi contrária a Lei 11.108 de 2005 em seu artigo 19-J, o qual assegura que os serviços de saúde ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e esse é de escolha da gestante/parturiente.

De acordo com Cappello (2020, p.31):

Em artigo intitulado “Q&A COVID-19, pregnancy, childbirth and breastfeeding”, a OMS recomendou que, mesmo durante a pandemia, o direito ao acompanhante seja mantido à parturiente. Essa recomendação foi ratificada pelo Ministério da Saúde em Nota Técnica n. 6/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS que estabeleceu que: “1.1.5. Acompanhantes: garantido pela Lei Federal n. 11.108/2005, sugere-se a presença do acompanhante no caso de pessoa assintomática e não contato domiciliar com pessoas com síndrome gripal ou infecção respiratória comprovada por SARSCoV-2”.

Portanto, tais medidas foram equivocadas e afrontaram as orientações da OMS e do Ministério da Saúde, que visaram assegurar o direito da gestante de ter o seu parto acompanhado por uma pessoa de sua confiança. Além do mais, vale ressaltar que, além da insegurança que normalmente é gerada durante o parto, havia o medo de contaminação pelo vírus da COVID-19, demonstrando assim a importância para uma parturiente ter um acompanhante para dar apoio e segurança nesse momento de complexidade.

Conforme De Castro (2020), o direito ao acompanhante é fundamental para a parturiente, pois este auxilia na prevenção e ao combate à violência obstétrica, geram assim, uma rede de suporte emocional e afetivo por ter a presença de uma pessoa de sua confiança durante e após o parto.

Destacado o cerceamento do direito da gestante de ter um acompanhante durante o parto e no pós-parto, em um momento tão complexo e inseguro que foi a pandemia da COVID-19, é de grande valia destacar um movimento que vem tomando força e conscientizando mulheres de seus direitos reprodutivos e dos cuidados, que vem ser a tomados durante o parto, que é o da humanização do parto. Essa temática será tratada no capítulo a seguir, juntamente com outros temas que se desdobram quando evocado esse assunto.

## 2 MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Esse capítulo terá como conteúdo a humanização do parto, o qual será disposto na primeira sessão, que consistirá em traçar os principais aspectos do movimento. Durante a segunda sessão, será abordada a figura das doulas, explicando o conceito e o que envolve esse trabalho. Por fim, a terceira sessão terá como objeto o parto das pessoas transexuais, elencando as particularidades envolvendo a temática.

### 2.1 HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Em consonância com o que foi abordado no primeiro capítulo, o qual evidenciou a problemática da violência obstétrica, se faz necessário observar a existência de um movimento de humanização do parto, que tem como desígnio o respeito aos direitos da parturiente. Esse movimento é o caminho que deve ser trilhado para superar o desrespeito aos direitos da gestante.

Com o avanço das técnicas obstétricas, passou-se a tratar o parto como um evento patológico, colocando a gestante em uma posição de inatividade, a qual não participa mais de forma ativa no seu processo de parturição, e o parto deixou de ser visto como algo natural. Conseqüentemente, junto com essa medicalização do parto, no Brasil surgiu um movimento governamental pela assistência e humanização do parto (MATEI et al, 2003, p.16).

De acordo com Diniz (2005, p.628):

Na assistência ao parto, o termo humanizar é utilizado há muitas décadas, com sentidos os mais diversos. Fernando Magalhães, o Pai da Obstetrícia Brasileira, o empregou no início do século 20 e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século. Ambos defendem que a narcose e o uso de fórceps vieram humanizar a assistência aos partos (Rezende, 1998). Esses conceitos eram difundidos por autoridades em obstetrícia médica no cenário internacional, entre eles o norte-americano Joseph DeLee.

O movimento pela humanização do parto passou por diversos entendimentos, e para alguns estudiosos da obstetrícia, a utilização do fórceps era visto como um instrumento de auxílio na assistência ao parto, e conseqüentemente, humanizar esse momento, mas esse entendimento já foi superado.

Para Barboza (2020, p.1):

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento evitando práticas intervencionistas desnecessárias, embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascidos, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

De acordo com o autor, a humanização do parto também passa pelo tratamento que é dado à gestante, pois o parto é o primeiro encontro entre a mãe e o bebê, à vista disso, o médico e sua equipe têm que estar preparados para dar o melhor suporte possível, deixar a parturiente à vontade, para que esse contato se dê da forma mais genuína.

Para contextualização dessas várias percepções e entendimentos acerca da humanização do parto, se faz necessário fazer um resgate histórico. A busca pela assistência humanizada passa também pelo entendimento sobre a dor do parto, no decorrer dos tempos esse evento teve várias explicações. Para a Igreja Católica, as dores do parto seriam um desejo divino, e, conseqüentemente, qualquer ajuda para aliviar esse sofrimento era visto como ilícito. Essa tradicional ideia foi rompida com o surgimento da obstetrícia, a qual pleiteia uma humanização da assistência ao parto, e que esse deveria ocorrer sem dor (DINIZ, 2005, p.628).

De acordo com o exposto, a assistência humanizada ao parto está intrinsecamente relacionada com a dor que a parturiente sente ao entrar em trabalho de parto, e para além das explicações divinas, o surgimento de uma área da medicina especializada em melhor atender a gestante, influenciou no resgate dos corpos femininos e trouxe consigo um novo sentido para esse evento, porém, como já demonstrado, essa especialização não foi suficiente e a gestante foi perdendo espaço e o parto foi sendo visto como evento patológico.

De acordo com Diniz (2005, p 628):

Uma vez que o parto é descrito como um evento medonho, a obstetrícia médica oferece um apagamento da experiência. Durante várias décadas do século 20, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz inconscientes. O parto sob sedação total (“sono crepuscular”, ou twilight sleep) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolve uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas. Para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos eram cobertos, como uma barraca.

Algumas consequências dessa medicalização podem ser vislumbres quando a gestante entra em trabalho de parto e vai para a internação, sendo separada de sua família e isolada em uma sala de pré-parto, a equipe médica passa então a interferir ativamente, ditando a todo tempo as ações que devem ser tomadas, ao colocar a parturiente em uma situação de passividade o real sentido do nascimento de uma criança é desvirtuado, o qual deveria ocorrer em um sentido de fortalecimento dos laços maternos (FIALHO et al, 2018, p. 4).

Conforme o exposto, a dor do parto deixa de ser vista como algo fisiológico, inerente ao momento, e a medicina passa, então, a tentar reduzir a todo custo esse sofrimento, mas esquece de levar em consideração os aspectos negativos que esse intervencionismo pode causar na parturiente e no recém-nascido.

Ocorre que a sedação completa associada ao parto instrumental só deixa de ser a regra algumas décadas depois, pois a morbimortalidade materna e a perinatal passaram a ser vistas como intoleráveis. Com o advento de uma forma mais segura de anestesia, surge também um novo modelo de hospitalização do parto, o qual se difundiu e se tornou amplamente conhecido em diversos países, que é a assistência ao parto dividida em etapas: pré-parto, parto e pós-parto, podendo ser comparado como uma linha de montagem, e na metade do século 20, o parto hospitalizado passa a se tornar regra e o parto realizado em domicílio visto como algo ilegal (DINIZ, 2005, p. 628-629).

De acordo com Diniz (2005, p. 629):

No Brasil, aí se incluem como rotina a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia), e em muitos serviços como os

hospitais-escola, a extração do bebê com fórceps nas primíparas. Este é o modelo aplicado à maioria das pacientes do SUS hoje em dia. Para a maioria das mulheres do setor privado, esse sofrimento pode ser prevenido, por meio de uma cesárea eletiva.

O movimento pela humanização do parto vem sendo desenvolvido e reivindicando aos direitos da parturiente há mais de 25 anos, essas reivindicações não surgiram de forma isolada, mas a partir da influência de outros movimentos como, por exemplo, o pelo parto sem dor na Europa, na década de 1950. No mesmo ano, o movimento feminista, em suas várias frentes nos Estados Unidos chamado de Reformar no Parto, acarretou na criação dos centros de saúde feministas e os coletivos de saúde das mulheres (DINIZ, 2005, p. 629).

Em 1985, ocorreu uma conferência entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e os escritórios regionais da OMS na Europa e Américas, que debateram sobre as tecnologias apropriadas para o parto, e de acordo com Diniz (2005, p. 630):

Esse encontro foi um marco, com forte apelo de saúde pública e de defesa de direitos das mulheres, assim como a resultante Carta de Fortaleza, texto que teve a capacidade de inspirar muitas ações de mudança. Recomenda a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto. Argumenta que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e afirma que nada justifica taxa maior que 10% - 15%. Publicado no prestigioso Lancet, o texto provocou reações indignadas por parte de entidades médicas. Em 1989 esta Colaboração, já com centenas de integrantes, publicou uma revisão exaustiva dos procedimentos, e em 1993 publicou uma revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre o tema desde 1950, incluindo 275 práticas de assistência perinatal, que foram classificadas quanto à sua efetividade e segurança. Uma síntese desse trabalho foi publicada pela primeira vez pela Organização Mundial de Saúde em 1996, sendo desde então conhecidas como as Recomendações da OMS. Uma coletânea bastante completa dessas revisões, em uma versão popular dirigida a profissionais e usuárias, foi coordenada pelo canadense Murray Enkin.

Diante disso, o movimento pela humanização do parto anseia pela observância dos direitos humanos e sexuais da gestante e que a mulher participe de forma ativa na construção de políticas públicas para melhorar o atendimento da gestante nos hospitais, que o parto venha a ser entendido como um processo fisiológico natural e não como uma patologia, visando à redução das intervenções desnecessárias para preservar a privacidade e autonomia da parturiente.

De acordo com Silva et al (2020, p. 7618):

O Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento (MHPN) baseia-se nas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as práticas de assistência ao parto e ao nascimento. No documento a OMS incentiva o parto vaginal, o aleitamento materno no pós-parto imediato, alojamento conjunto da mãe e bebê, presença do pai ou outro acompanhante, dá preferência à atuação das enfermeiras obstétricas no cuidado do parto normal e estimula a inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde das regiões em que a assistência hospitalar não está presente. A OMS sugere ainda que a rotina hospitalar seja modificada, eliminando os procedimentos invasivos desnecessários que colocam em risco a saúde da gestante e da criança, como por exemplo, a prática da episiotomia e os partos cirúrgicos eletivos, que deverão ser utilizados apenas em casos de necessidade comprovada, não sendo necessária sua total abolição. Tais medidas, chamadas humanizadoras, consideradas mais adequadas à fisiologia do parto por serem mais naturais e menos agressivas.

De acordo com Diniz (2005, p. 631):

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiências em vários Estados. Na década de 1970, surgem profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Na década de 1980, vários grupos oferecem assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco.

De acordo com a autora, observa-se que o movimento de humanização do parto no Brasil teve início através de um resgate de práticas tradicionais de parteiras e índios, que grupos alternativos como o da Yoga, também influenciaram na construção do pensamento de humanização do parto no país, e, em conjunto com as orientações da OMS acerca do tema, buscassem, portanto, através do termo humanização, uma redefinição das relações entre médico e paciente à luz dos direitos humanos.

Diante dessa problemática que é a violência obstétrica, no ano de 2000 o Ministério da Saúde instituiu, através da portaria 569, um programa chamado Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, cujo objetivo primordial é garantir o melhor atendimento e assistência ao parto e puerpério as gestante e aos recém-nascidos, trazendo consigo a concepção dos direitos de cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).



A Portaria n. 569 de 2000 em seu art. 2º, alíneas “a” a “f”, elenca as suas diretrizes e princípios, os quais são:

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

Essa portaria veio para assegurar os direitos da gestante assim como os do recém-nascido, pois no Brasil existe a chamada “epidemia de cesáreas”, sendo essa a primeira maneira que a gestante escolhe ou é orientada a escolher. Dados revelam que cerca de 55% dos partos são realizados por meio da cesárea e que nos serviços privados de prestação de saúde chegam a 84,6%; no SUS, os números chegam a 40%. Esses números vão contra as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde, os quais orientam que a taxa de cesariana não deve ultrapassar o percentual de 10% a 15% (SILVA et al, 2020, p. 7617).

Esse alto índice do uso da cesárea como principal via de nascimento, evidencia que a assistência ao parto no Brasil é marca pelo abuso de tecnologia e altamente intervencionista e o parto pela via natural não vem sendo motivado pelos profissionais de saúde.

Outro ponto crucial que deve ser destacado é o da mortalidade materna. Cerca de 303 mil mulheres no mundo morrem por complicações na gravidez ou no parto, complicações que poderiam ser evitadas. Esses dados foram coletados pela OPAS, a qual elencou alguns fatores que devem ser observados, como o percentual de 99% das mortes ocorrem em países em desenvolvimento, a mortalidade materna é maior em mulheres que vivem em áreas rurais e comunidades mais pobres e, em comparação entre mulheres, as jovens adolescentes enfrentam um maior risco de complicações e morte como o resultado da gravidez.

Esses dados revelam outro aspecto que deve ser observado dentro do movimento de humanização do parto, que vai além das reivindicações por melhores condições de atendimento, da observância aos direitos humanos e sexuais

da parturiente e a questão socioeconômica, pois essa interfere ativamente na qualidade e assistência ao parto.

Essa questão se evidencia através dos altos números de partos realizados através da cesárea, a escolha por esse meio se dá em razão do medo que a gestante tem em relação à dor, a flexibilidade de escolher o dia e horário do nascimento e à ideia equivocada de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que a cesariana (GUIMARÃES et al, 2021, p.11944).

Dados foram colhidos entre os anos 2000 a 2018 e demonstram que a região Norte apresentou um percentual de 47,2% de partos cesáreos, no Nordeste 51,6%, no Sudeste 58,4%, no Sul 61% e na região Centro Oeste 63%, tendo totalizado 56.314.895 de partos pelo SUS em todo o Brasil, sendo 51,3% partos vaginais e 48,7% partos cesáreos (GUIMARÃES et al, 2021, p. 11945-11946).

Portanto, fatores como raça, etnia, classe social e gênero estão intrinsecamente relacionados à violência obstétrica, pois essas práticas foram normalizadas e institucionalizadas, provocando grande sofrimento psíquico nas mulheres e associando o parto a um evento traumático.

De acordo com Barboza e Mota (2016, p. 127):

A política de humanização valoriza a participação ativa da mulher no momento do parto, respeitando seus valores, crenças e desejos, respeitando o momento de dor e eliminando as agressões verbais e não verbais que rotineiramente ocorrem nas maternidades. Além da participação da mulher, a política recomenda fortemente o envolvimento dos familiares neste momento e o direito ao acompanhante, que comprovadamente aumenta o grau de satisfação da mulher e melhora os resultados maternos e neonatais, recomendação que se tornou lei em 2005 com a “lei do acompanhante no parto.

Em 2005, foi promulgada a Lei n. 11.108, que consiste na possibilidade de a parturiente escolher um acompanhante para estar junta a ela no momento do parto e pós-parto, essa escolha traz segurança para a gestante que no momento do parto necessita de uma companhia amiga. Esse acompanhante pode participar de todas as atividades de manejo da dor e oferecer apoio emocional através do contato visual e físico, cabe à equipe de saúde respeitar essa escolha e complementar as atividades envolvendo o trabalho de parto (FIALHO et al, 2018, p. 5).

Além do acompanhante que pode oferecer um suporte emocional, o profissional de saúde que está atendendo a gestante também tem o dever de prestar todos os esclarecimentos de forma ética e terapêutica, essa troca de informações

garante um cuidado com a parturiente, tornado o momento mais confortável e seguro.

A lei compreende como acompanhante a pessoa que a gestante escolhe, que pode ser o profissional de saúde que lhe acompanhou durante o pré-natal, o seu cônjuge, familiar, amigos ou doulas, porém, vem ocorrendo um descumprimento da lei em hospitais que não apresentem uma estrutura ou suporte para abrigar esse acompanhante (FIALHO, 2018, p.5).

Dentro desse resgate histórico do movimento de humanização do parto, dos avanços e direitos conquistados através da luta do movimento e com a implementação da política nacional de humanização do parto adotada pelo Brasil desde os anos 2000, conclui-se que além de políticas de saúde se faz necessário a participação de todos, como o cônjuge ou companheiro, médico, família e amigos, para desenvolverem um ambiente saudável, amigável e respeitoso para a gestante e ao bebê. Diante dessa perspectiva, será abordado na próxima sessão, o trabalho da doula, elucidando os principais aspectos e benefícios desse trabalho para o parto humanizado.

## 2.2 DOULAS E A BUSCA PELO PARTO HUMANIZADO

Conforme o demonstrado na sessão anterior, o acompanhamento de uma pessoa de confiança da gestante é de suma importância para trazer conforto, segurança e para testemunhar o nascimento de uma nova vida, portanto, diante disso vem crescendo cada vez mais no Brasil o trabalho das doulas, mulheres que ajudam outras mulheres nesse processo que é o trabalho de parto.

De acordo com Grecia et al (2019, p. 2):

A história sobre doulas no mundo e no Brasil está inserida no contexto de intervenção social de pessoas cuidadoras de parturientes frente ao processo de institucionalização e medicalização do parto, situações de risco da mulher em parturição, violência obstétrica, desrespeito aos direitos humanos da mulher no parto e robotização do atendimento à parturiente. É nesse cenário de necessidade de humanização do cuidado que a atuação das doulas emerge como um suporte às parturientes vulneráveis de assistência à saúde da mulher voltada para a incorporação de atos indutores de conforto e segurança, devolvendo a ela o protagonismo e o respeito no processo de partear.

Diante da vulnerabilidade em que a gestante se encontra ao entrar em trabalho de parto, a doula se torna presente para dar assistência por meio do apoio físico ou emocional, ajudando a gestante a manter o plano de parto elaborado durante a gestação, trazendo humanização para esse momento.

Conforme Silva et al. (2011, p.2784)

A palavra doula tem origem grega e significa “escrava”. Naquela cultura, ela assistia a mulher em casa após o parto, auxiliando no cuidado com o bebê e em seus afazeres domésticos. Atualmente, a doula interage com a mulher durante o período perinatal, tanto na gravidez, no parto como durante a amamentação.

No princípio, a doula tinha o seu trabalho tomado de forma forçada, mas essa concepção mudou e atualmente o entendimento adotado é que a doula vem para ajudar a gestante desde a gestação até o nascimento, mantendo um vínculo de afeto entre a mãe e o bebê.

Em 1976, o papel da doula ganha visibilidade com Dana Raphael, antropóloga que apresentou a experiência de uma mulher que acompanhou o trabalho de parto, o parto e a amamentação de outra mulher, isso ajudou a popularizar a ideia, mas foi em 1980 que as doulas ganharam ampla visibilidade, diante do alto número de cesarianas que vinham sendo realizadas, as mulheres, preocupadas com esse cenário, passaram a procurar o trabalho das doulas para ajudá-las nesse momento (FERREIRA JUNIOR, 2015, p.13).

Com o decorrer do tempo, o trabalho da doula foi se aperfeiçoando e ganhando espaço, hoje se conceitua o trabalho prestado por essa profissional como sendo um serviço treinado para dar apoio físico e emocional, auxílio no começo da gestação e durante o parto, o qual inclui medidas que trazem conforto e comunicação terapêutica, porém, ressalva-se que o trabalho da doula não substitui o profissional de enfermagem ou outro profissional de saúde, e nem o acompanhante que a gestante deseja ter junto nesse momento (GRECIA, 2019, p. 2).

De acordo com Silva (2017, p. 56):

[...] na maioria das culturas tradicionais, as mulheres ganham um conhecimento profundo sobre a “arte da amamentação” desde a infância e aprendem a lidar com bebês por cuidar dos irmãos mais novos; já nas sociedades de tipo ocidental moderno industrializadas, com o desaparecimento das grandes famílias e a separação geográfica entre as

famílias nucleares, as mulheres jovens recebem pouca ou nenhuma informação sobre amamentação durante a infância e raramente observam uma mãe que amamenta. Deste modo, a informação do “como fazer”, que dependia de parentes mais “experientes”, não estaria mais disponível.

Diante da industrialização da sociedade, as mulheres foram perdendo contato com outras mulheres e as experiências em relação ao parto e amamentação foram ficando de lado, pois antes, essa troca se dava entre mãe e filha. Com isso, surge a necessidade de uma pessoa que ajude essa gestante a como fazer isso, então surge o trabalho da doula.

Além do apoio emocional e orientações acerca do parto e amamentação, existem vários estudos que demonstram que a presença da doula pode ajudar a diminuir custos dentro do sistema de saúde, de acordo com Silva (2017, p. 59):

[...] o estudo realizado pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Minnesota, nos EUA, e publicado em março de 2016 na revista *Birth: issues in perinatal care*. Esta pesquisa procurou verificar o potencial custo-efetividade da cobertura de serviços de doulas pelo programa de assistência em saúde Medicaid Program. De acordo com os resultados, as mulheres que receberam apoio de uma doula apresentaram menores índices de partos prematuros e de cirurgia cesariana. Considerando que, nos EUA, um em cada nove bebês nasce antes de 37 semanas de gestação e que um em cada três nasce via cesariana – situações que acarretam o aumento de custos médicos –, ainda que o programa reembolsasse U\$986,00 pelo serviço da doula e arcasse com todos os gastos, do pré-natal ao nascimento, o estudo sugere que haveria uma redução nos custos que poderia representar uma economia total de U\$58,4 milhões por ano.

Esses estudos revelam a importância da doula para o sistema de saúde, pois sua presença pode reduzir gastos, além dos benefícios trazidos para a mãe e ao bebê. No cenário brasileiro, no hospital Sofia Feldman, desde 1997 foi introduzido um programa intitulado de Doula Comunitária. Nesse projeto, mulheres da comunidade prestam um trabalho voluntário de acompanhamento de gestantes, reconhecendo assim uma estratégia de humanização do parto ao introduzir a doula no sistema de saúde (SILVA, 2017, p. 59)

Portanto, ante a presença das doulas no acompanhamento das gestantes, o Ministério do Trabalho e Emprego incluiu, em 2013, a categoria doula como uma ocupação, recebendo o código 3221-35 e a descreveu como sendo uma “ocupação que visa prestar suporte contínuo à mulher no ciclo gravídico-puerperal, para, por meio do seu agir, favorecer a evolução do parto e o bem-estar geral da gestante e parturiente (GRECIA, 2019, p. 2).

A título de exemplo, no Brasil existem duas entidades que prestam cursos para formação de doulas profissionais ou voluntariadas, como o Doulas do Brasil e a Associação Nacional de Doulas, as quais fornecem certificados ao final e atualmente, junto ao curso de formação Educadora perinatal, tem 201 profissionais, que estão espalhadas pelo país, prestando os seus serviços de forma voluntária ou contratadas por gestantes que desejam os seus serviços (FERREIRA JUNIOR, 2015, p. 14).

A formação de doulas tem como objetivo primordial capacitar mulheres para acompanhar a gestante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e, em linhas gerais, pode ser elencado algumas outras características dessa formação, de acordo com Silva (2017, p. 84):

Eles são formados por basicamente três partes: a primeira seria o objetivo principal do curso (“Formar acompanhantes de parto capacitadas a acompanhar parturientes em qualquer estágio do trabalho de parto”); a segunda parte mostra como se daria esse “acompanhamento” (“proporcionando conforto físico, apoio emocional e suporte cognitivo durante o trabalho de parto, parto e imediato pós-parto”); e a terceira parte indica que o objetivo principal não possui um fim em si mesmo, isto é, ele é sucedido de objetivos secundários que exprimem uma ideia de progressão do “acompanhamento” feito por doulas capacitadas (“contribuindo para a qualidade da vivência da parturiente e para o positivo desenvolvimento dos vínculos familiares”).

O principal perfil que procura a formação para se tornar uma doula são psicólogas, enfermeiras, fisioterapeutas e médicas, cujo objetivo é se especializar ou atualizar os seus conhecimentos acerca do tema, para ajudar outras mulheres e para entender no que consiste o parto humanizado, apesar do perfil que mais procura pelo curso ser profissionais que estão ligados com a área da saúde, não é necessário que a pessoa que queira se tornar uma doula esteja ligada a essas profissões (SILVA, 2017, p.85).

Apesar dos benefícios trazidos pelas doulas, no Brasil ainda existe uma resistência em aderir a sua presença, essa resistência é demonstrada por parte de alguns profissionais que se tornam relutantes com a presença de mais de um acompanhante que vem assistir a parturiente (SILVA et al, 2011, p. 2792).

Pode-se concluir que a presença das doulas durante a gestação, no parto e no pós-parto tem muito a beneficiar a gestante e o recém-nascido, pois conforme o demonstrado, elas ajudam com o suporte emocional, trazem informações a respeito

do parto, gerando encorajamento e proporcionando o tão almejado parto humanizado.

### 2.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E TRANSGÊNEROS

A violência obstétrica pode ser entendida também como sendo um tipo de violência de gênero, portanto, com o avanço e organização do movimento LGBTQIAP+ surgem diferentes denominações que não se encaixam nas categorias convencionais de homem e mulher, feminino e masculino, que são os gays, lésbicas e os transgêneros, diante da diversidade surge a questão do homem grávido, que será abordado nessa sessão.

Conforme matéria publicada no *site* Agência Brasil, por Heloisa Cristaldo em 2023, o Brasil pelo 14º ano consecutivo, ocupou o lugar do país que mais mata pessoas trans e travestis. Percebe-se que há uma perseguição a esse grupo de pessoas que acabam sendo marginalizadas, desprezadas pelas políticas públicas, ficando para os movimentos sociais o papel de serem voz e reivindicarem o respeito aos direitos da comunidade. Diante dessa problemática, que além de ter as suas vidas interrompidas, as pessoas trans passam por intolerância e desrespeito quando o assunto é direitos reprodutivos.

De acordo com Souza (2022, p.25):

A identidade de gênero, bem como a orientação sexual são fatores que devem ser considerados nos debates sobre determinação social em saúde, pois interferem diretamente na mesma. Os indivíduos que escapam à norma do binarismo sexual são expostos a inúmeras situações de vulnerabilidade todos os dias. Assim, é necessário compreender e diferenciá-los entre si. A expressão de gênero é a maneira como a pessoa se apresenta à sociedade, versa com sua aparência e comportamento que vão de encontro ao gênero adotado. De maneira semelhante, a identidade de gênero é o gênero a qual a pessoa se identifica, que pode ou não ser o mesmo a qual lhe foi atribuído ao nascer.

A orientação sexual e a identidade de gênero são pontos a serem debatidos, tendo em vista que a nossa sociedade tem um entendimento conservador e, por muito tempo estava dividida em um entendimento binário homem e mulher. Quando aparecem sujeitos que afrontam esse sistema, acaba por acarretar exclusão e

violações de direitos básicos como o acesso a saúde. E de acordo com o demonstrado, tanto as mulheres como os integrantes da comunidade LGBTQIAP+ sofrem as consequências de uma sociedade construída no patriarcado e machismo.

Dentro da diversidade, destaca-se as pessoas transexuais, que ao longo do tempo, vem enfrentando dificuldades para ter seus direitos reconhecidos, dentre eles o direito de constituir família.

Um caso ganhou grande repercussão na *internet* de acordo com Barboza (2020, p. 17):

[...] Thomas Beatie nasceu mulher, mas trocou de sexo. Sua mulher Nancy, sofreu uma histerectomia (retirada do útero) e quando o casal decidiu iniciar uma família, coube a ele engravidar. Para tanto, parou de tomar suas doses regulares de testosterona e voltou a ovular naturalmente, não sendo necessário o uso de nenhuma droga para aumentar a fertilidade.

O exemplo que autora traz é de um caso que aconteceu nos Estados Unidos, de um casal composto por um homem transexual que decide gerar o seu próprio filho, pois a sua esposa não podia. Diante desse caso e outros, independente da orientação sexual todos têm direito a exercer a sua autonomia reprodutiva.

Nesse caso, a autora traz que Thomas e sua esposa, quando foram procurar ajuda profissional, sofreram discriminação por parte dos médicos que não queriam fazer a inseminação artificial. Portanto, diante desse caso de rejeição, pode-se dizer que Thomas e sua esposa sofreram violência obstétrica.

Conforme Souza (2022, p.26):

Ser transexual versa sobre sua identidade, e não se trata de uma escolha, patologia mental ou desvio de caráter. No entanto, infelizmente a diversidade de gênero e sexual ainda é ininterruptamente considerado inadequado para a sociedade, com destaque para homossexualidade que duramente criticada e em contrapartida a heterossexualidade é vista como algo inato e natural, o mesmo olhar recai sobre o indivíduo transexual em que a norma social vigente é ser cisgênero e qualquer indivíduo divergente é considerado anormal. Dissolver essa cultura vexatória exige uma mudança profunda capaz de romper com a cultura heteronormativa.

A discriminação dentro do sistema de saúde envolvendo o indivíduo transexual deve ser cada vez mais vista, pois se trata de uma violação da dignidade da pessoa humana, dos direitos do usuário, tendo este que ser reconhecido como um sujeito de direitos e deveres.



De acordo com a portaria 1.820 de 2009, em seu art. 4º, parágrafo único, preconiza que:

[...] É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência [...].

Independentemente da orientação sexual que a pessoa tenha, ela merece ser tratada com dignidade e respeito. Cabe ao profissional de saúde atender às necessidades do usuário e não fazer juízo de valor sobre as suas escolhas, pois o usuário tem o livre arbítrio e ele está exercendo os seus direitos quando escolhe construir uma família.

### **3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E RESPONSABILIDADE CIVIL**

Traçado os conceitos iniciais acerca da violência obstétrica, esse capítulo cuidará de expor os elementos cruciais para a caracterização da responsabilidade civil dos agentes causadores de tal dano, ou seja, na primeira sessão será abordada a evolução histórica e traçado um conceito de responsabilidade civil. Na segunda sessão, será tratado dos elementos que compõem a responsabilidade civil e na terceira e última sessão será falado da responsabilidade civil dos médicos e das instituições hospitalares em espécie.

#### **3.1 CONCEITO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA RESPONSABILIDADE CIVIL**

Com a Constituição Federal de 1988, as mulheres ganharam uma maior visibilidade, pois trouxe em seu texto a proteção aos direitos fundamentais, a igualdade e, conseqüentemente, o rompimento com os padrões anteriormente tidos como ideais. Em relação ao parto, que é o tema central desse trabalho, visualiza-se a proteção aos direitos reprodutivos das mulheres na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual traz em seu artigo 25, que a maternidade e a infância gozaram de cuidados e assistências específicos.

O marco na equiparação dos direitos reprodutivos das mulheres à uma categoria de Direitos Humanos, se deu em uma Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento que aconteceu em 1994 no Cairo (LIMA; DUPAS, 2021, p. 126).

Tendo em vista essa equiparação, observa-se a importância acerca do debate sobre a violência obstétrica sofrida por mulheres no momento do parto, e a responsabilização do profissional de saúde que a comete. Para tanto, se faz necessário trazer as seguintes ponderações e limitações, ou seja, em qual esfera será responsabilizado esse profissional, pois esse trabalho aspira demonstrar a responsabilização civil.

De acordo com Diniz (2008, p. 5), “o interesse em restabelecer o equilíbrio violado pelo dano é a fonte geradora da responsabilidade civil”, portanto, observa-se

que responsabilidade civil e dano andam lado a lado, pois só existirá responsabilidade se houver um dano.

Segundo Tartuce (2014, p. 305):

A responsabilidade civil surge em face do descumprimento obrigacional, pela desobediência de uma regra estabelecida em um contrato, ou por deixar determinada pessoa de observar um preceito normativo que regula a vida.

Conforme preceitua o referido autor, a responsabilidade civil desponta a partir do descumprimento de uma norma que pode ser contratual ou extracontratual, porém, esse atual entendimento, o qual coloca a responsabilidade civil em outro campo, diferente da responsabilidade penal, nem sempre foi assim.

De acordo com Diniz (2008, p. 23) a principal diferença entre responsabilidade civil e a penal está:

[...] Enquanto a responsabilidade penal pressupõe uma turbação social, ou seja, uma lesão aos deveres de cidadãos para com a ordem da sociedade, acarretando um dano social determinado pela violação da norma penal, exigindo para restabelecer o equilíbrio social investigação da culpabilidade do agente ou o estabelecimento da anti-sociabilidade do seu procedimento, acarretando a submissão pessoal do agente à pena que lhe for imposta pelo órgão julgante, tendendo, portanto, à punição, isto é, ao cumprimento da pena estabelecida na lei penal, a responsabilidade civil requer prejuízo a terceiro, particular ou Estado.

Apesar de ambas apresentarem um dano suportado pela vítima, a responsabilidade civil visa a responsabilização na esfera privada, já a responsabilidade penal propõe a responsabilização social do agente, pois este violou direitos inerentes a todos os cidadãos, causando um desequilíbrio social.

Conforme Gonçalves (2014, p. 19):

Toda atividade que acarreta prejuízo traz em seu bojo, como fato social, o problema da responsabilidade. Destina-se ela a restaurar o equilíbrio moral e patrimonial provocado pelo autor do dano. Exatamente o interesse em restabelecer a harmonia e o equilíbrio violados pelo dano constitui a fonte geradora da responsabilidade civil.

Toda e qualquer atividade tem seus riscos e pode causar algum dano a alguém, essa ofensa pode advir de um prejuízo patrimonial ou a um dano moral, portanto, a responsabilidade civil permeia todas as esferas da vida social, por

consequência, cabe ao aplicador do direito averiguar essa conduta e pela extensão dano, aplicar a norma civil.

De acordo com Cavalieri Filho (2014, p. 13):

O principal objetivo da ordem jurídica, afirmou San Tiago Dantas, é proteger o lícito e reprimir o ilícito. Vale dizer: ao mesmo tempo em que ela se empenha em tutelar a atividade do homem que se comporta de acordo com o Direito, reprime a conduta daquele que o contraria (Programa de Direito Civil, v.I/341, Ed. Rio). Podemos sintetizar a lição desse grande Mestre dizendo que o Direito se destina aos atos lícitos; cuida dos ilícitos pela necessidade de reprimi-los e corrigir os seus efeitos nocivos.

Tendo em vista que o principal objetivo da ordem jurídica é proteger direitos e consequentemente reprimir as violações, o profissional de saúde ao praticar tais condutas danosas, que geram a violência obstétrica, acaba por invadir um espaço ocupado por direitos da gestante, acarretando violações que devem ser reprimidas pela ordem jurídica e o responsabilizá-lo.

Como bem exposto no primeiro e segundo capítulo do presente trabalho, a violência obstétrica é uma violação do direito fundamental a saúde da mulher, pois, causa danos principalmente na esfera física e psíquica da parturiente, portanto, o aplicador do direito tem que estar atento a essas violações à dignidade da pessoa humana e responsabilizar.

Conforme Diniz (2008, p. 10):

*Historicamente*, nos primórdios da civilização humana, dominava a vingança coletiva, que se caracterizava pela reação conjunta do grupo contra o agressor pela ofensa a um de seus componentes. Posteriormente evoluiu para uma reação individual, isto é, vingança privada, em que os homens faziam justiça pelas próprias mãos, sob a égide da Lei de Talião, ou seja, da reparação do mal pelo mal, sintetizada nas fórmulas “olho por olho, dente por dente” [...]. Para coibir abusos, o poder público intervinha apenas para declarar quando e como a vítima poderia ter o direito de retaliação, produzindo na pessoa do lesante dano idêntico ao que experimentou.

A origem da responsabilidade civil remonta tempos em que a justiça era feita com as próprias mãos, portanto, a evolução de tal instituto esta intrinsecamente relacionada a formal pela qual o próprio Estado se relaciona com o seu povo, quais os direitos que são outorgados aos seus cidadãos.

Segundo a referida autora, Diniz (2008, p.11):

Depois desse período há o da composição, ante a observância do fato que seria mais conveniente entrar em composição com o autor da ofensa – para que ele repasse o dano mediante a prestação da *poena* (pagamento de certa quantia em dinheiro), a critério da autoridade pública, se o delito fosse público (perpetrado contra direitos relativos à res publica), e do lesado, se se tratasse de delito privado (efetivado contra interesses de particulares) – do que cobrar a retaliação, porque esta não reparava dano algum, ocasionando na verdade duplo dano: o da vítima e do seu ofensor, depois de punido.

Experienciado a ideia da retaliação e verificado que essa não funcionava, surgiu a reparação mediante pagamento em pecúnia, ao lesante competiria o ônus de suportar a reparação por meio da diminuição de seu patrimônio.

De acordo com Gonçalves (2014, p. 25):

[...] O prejudicado passa a perceber as vantagens e conveniências da substituição da vindita, que gera a vindita, pela compensação econômica, Aí, informa Alvino Lima, a vingança é substituída pela composição a critério da vítima, mas subsiste como fundamento ou forma de reintegração do dano sofrido. Ainda não se cogitava a da culpa.

Conforme Diniz (2008), como estabelecimento de uma autoridade, o Estado passa interferir nos conflitos privados, a vedar a vingança privada e a definir o valor das indenizações, fazendo com que a vítima aceitasse a composição. Nesse período em que vigorava o direito romano, não se existia uma distinção entre responsabilidade civil e penal, portanto, essa indenização tinha o caráter de pena e de reparação.

De acordo com Diniz (2008, p. 11):

Na Idade Média, com a estruturação da idéia de dolo de culpa *stricto sensu*, seguida de uma elaboração da dogmática de culpa, distinguiu-se a responsabilidade civil da penal. Mas a teoria da responsabilidade civil só se estabeleceu por obra da doutrina, cuja figura dominante foi o jurista francês Domat (*Lois civiles*, Liv. VIII, Seção II, art. 1º), responsável pelo princípio geral da responsabilidade civil [...].

Segundo Gonçalves (2014), o direito francês foi o responsável por aperfeiçoar o direito romano, o qual rompeu com a ideia de enumerar os casos de composição obrigatória, estabeleceu princípios que exerceram influência em outros povos.

De acordo com o referido autor (2014), em relação ao direito português, não se tem conhecimento profundo acerca de suas origens, mas sabe-se que, por influência dos povos germânicos e pelo entendimento religioso cristão, não havia distinção

entre responsabilidade civil e penal. Com a invasão árabe, passou-se a executar a reparação pecuniária em paralelo às penas corporais, ainda não se tinha distinção entre reparação, pena e multa, sob a égide das Ordenações do Reino, que também foi aplicado no Brasil Colonial.

Como aponta Gonçalves (2014), na primeira fase do direito brasileiro a reparação estava condicionada à condenação criminal, posteriormente foi aplicado o princípio da independência da jurisdição civil e criminal, o Código Civil de 1916 adotou a teoria subjetiva, a qual exige a comprovação do dolo ou culpa para que tenha a reparação. Por sua vez, o Código Civil de 2002 também adotou a teoria subjetiva, conforme leciona o artigo 927, caput, do referido Código.

Outrossim, vale destacar a diferença entre a responsabilidade moral e a jurídica. De acordo com Diniz (2008), a extensão da responsabilidade moral é mais ampla do que a do direito. É capaz de existir uma violação de uma responsabilidade moral que não gera uma responsabilidade jurídica, pois a responsabilidade jurídica aparece quando há infrações na esfera civil ou penal, que causem danos, prejuízos ou uma desordem social, e ao lesante cabe restabelecer o estado em que se encontrava antes da violação, através de indenizações ou o cumprimento da pena.

Há que se falar também, segundo Tartuce (2014), que o Direito Civil e, por consequência, a responsabilidade civil, devem ser analisados sob a perspectiva da Constituição Federal de 1988, a qual passa a dialogar com o Código nas relações privadas, surgindo assim o chamado Direito Civil Constitucional. O autor traz, que a interpretação com base em preceitos constitucionais e a norma privada, não acarretaria em uma fusão dos conceitos, mas uma compreensão do todo, da norma geral com a norma específica.

Outro ponto importante a ser destacado dentro do evoluir da responsabilidade, é a diferença entre obrigação e responsabilidade. Segundo Gonçalves (2014), essa distinção surgiu no direito alemão, o qual apontou dois momentos distintos na relação obrigacional, sendo *Schuld* (débito) e o *Hafutung* que consiste na responsabilidade, o débito traduz-se no dever de realizar a prestação e dependente da ação ou omissão, já a responsabilidade é a possibilidade de o credor executar o patrimônio do devedor, em decorrência do inadimplemento da obrigação.

Conforme o referido autor, Gonçalves (2014, p. 20 - 21):

A obrigação nasce de diversas fontes e deve ser cumprida livre e espontaneamente. Quando tal não ocorre e sobrevém o inadimplemento, surge a responsabilidade. Não se confundem, pois, obrigação e responsabilidade. Esta só surge se o devedor não cumpre espontaneamente a primeira. A responsabilidade é, pois, a consequência jurídica patrimonial do descumprimento da relação obrigacional.

A responsabilidade civil, como exposto, é distinta da relação obrigacional, não dependendo uma da outra para existir, são institutos do direito civil independentes, por sua vez, a responsabilidade causa efeitos na esfera patrimonial do devedor, em decorrência da inobservância de um direito ou de um dano.

Destacado a historicidade da responsabilidade civil, a diferença entre a responsabilidade civil e a penal, a distinção entre a responsabilidade moral e a jurídica, levando em consideração a importância do estudo da responsabilidade civil para o presente trabalho, é de grande valia destacar a diferenciação entre a responsabilidade subjetiva e a objetiva.

A responsabilidade subjetiva, conforme Gonçalves (2014, p. 48):

Diz-se, pois, ser “subjetiva” a responsabilidade quando se esteia na ideia de culpa. A prova da culpa do agente passa a ser pressuposto necessário do dano indenizável. Nessa concepção, a responsabilidade do causador do dano somente se configura se agiu com dolo ou culpa.

De acordo com o referido autor, a responsabilidade subjetiva existe dentro da ideia de culpa, pois, além do dano, se faz necessário a comprovação da culpa genérica do agente para a ocorrência da lesão ao direito ou o prejuízo, e o ordenamento jurídico brasileiro adotou a teoria da culpa, como regra geral do Código Civil.

Segundo Tartuce (2014, p. 482 – 483):

[...] para a conclusão de que a regra é a responsabilidade subjetiva, veja-se a própria organização do Código Civil, uma vez que a Parte Geral traz como regra, em seu art. 186, a responsabilização comente nos casos em que a culpa em sentido amplo estiver presente. Desse modo, para que o agente indenize o prejudicado é necessário a prova do elemento culpa, ônus que cabe, como regra geral, ao autor da demanda, pelo que prevê o art. 333, I, do CPC. Em reforço, cumpre lembrar que, de acordo com a ordem natural das coisas, a regra vem sempre antes da exceção. Percebe-se que o art. 927, caput, traz primeiro a responsabilidade com culpa, estando a responsabilização objetiva prevista em seu parágrafo único, nos casos ali taxados, justamente nas hipóteses em que não se aplica a primeira regra legal.

De acordo com o autor, percebe-se que o legislador optou pela responsabilidade subjetiva, com sendo a regra do ordenamento jurídico pátrio, pelo simples fato de como o referido Código foi estruturado, colocando-a, primeiro como regra geral o disposto no art. 927, caput, e depois traçou a exceção no seu parágrafo único.

Conforme Gonçalves (2014, p. 51 - 52):

A inovação constante do parágrafo único do art. 927 do Código Civil é significativa e representa, sem dúvidas, um avanço, entre nós, em matéria de reponsabilidade civil. Pois a admissão da responsabilidade sem culpa pelo exercício de atividade que, por sua natureza, representa risco para os direitos de outrem, da forma genérica como consta do texto, possibilitará ao Judiciário uma ampliação dos casos de dano indenizável.

Diante da referida citação acerca do parágrafo único do art. 927 do Código Civil, o qual pode ser tratado como um aperfeiçoamento e um avanço para o ordenamento jurídico brasileiro trazido pelo legislador, pois este pode representar uma expansão para os casos que venham a ser indenizáveis no futuro das relações humanas, não só de trabalho, mas de convívio em sociedade.

Tartuce (2014, p. 483), entende que:

[...] adotar a responsabilidade objetiva como regra pode trazer abusos, beneficiando inclusive o enriquecimento sem causa, ato unilateral vedado pela nova codificação entre os artigos 884 a 886. Por tais razões, deve-se entender que a atual codificação privada continua consagrando como regra geral a necessidade do elemento culpa para fazer surgir a responsabilidade civil e conseqüentemente dever de indenizar (responsabilidade subjetiva). Em uma visão técnica, a legalidade civil fez clara opção pelo modelo da culpa. Eventualmente, pode-se até defender a revisão desse modelo, mas de *lege ferenda*. Realmente, a civilística brasileira deve refletir sobre os novos horizontes para o fundamento da responsabilidade civil, como já fizeram, há tempos, os juristas argentinos.

Tendo a responsabilidade subjetiva como regra, é uma garantia que o ordenamento jurídico torna possível evitar os abusos de direito e trazer os casos em que a responsabilidade será objetiva através de expressa previsão em lei, também é uma segurança para se evitar os excessos que podem ocorrer nas análises dos casos. De antemão, vale destacar no que consiste a responsabilidade objetiva, que também é prevista no Código Civil brasileiro.

Segundo Gonçalves (2014, p. 48):



A lei impõe, entretanto, a certas pessoas, em determinadas situações, a reparação de um dano independentemente de culpa. Quando isto acontece, diz-se que a responsabilidade é legal ou “objetiva”, porque prescinde da culpa e se satisfaz apenas com o dano e o nexo de causalidade. Essa teoria, dita objetiva, ou de risco, tem como postulado que todo dano é indenizável, e deve ser reparado por quem a ele se liga por um nexo de causalidade, independentemente de culpa.

Ante o exposto, a responsabilidade objetiva tem previsão expressa em lei, dos casos em que lhe ensejam, e para a indenização, basta comprovar a relação existente entre a conduta do agente e o dano, esse liame se chama nexo de causalidade que será explicado na sessão seguinte, em que será abordado os elementos essenciais para caracterização, tanto da responsabilidade subjetiva, quanto da objetiva.

A título de exemplo. Tartuce (2014, p. 486), destaca os principais casos previstos em lei, quais sejam:

[...] como primeiro exemplo, cite-se a responsabilidade objetiva dos fornecedores de produtos e prestadores de serviços frente aos consumidores, prevista no Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/1990). Como segundo exemplo, destaque-se a responsabilidade civil ambiental, consagrada pela Lei da Política Nacional do Meio Ambiente (art. 14, § 1º., da Lei 6.938/1981). O terceiro a ser mencionado é a Lei 12.846, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas, pela corrupção.

[..] em continuidade, percebe-se que há casos de responsabilidade civil objetiva que não estão previstas em lei, o que abre a possibilidade de doutrina e jurisprudência criarem outras hipóteses de responsabilidade objetiva.

Diante do exposto, os casos previstos em lei que geram a responsabilidade objetiva são as relações de consumo regulamentadas pelo Código de Defesa do Consumidor; a responsabilidade ambiental e os casos em que implicam na responsabilização de pessoas jurídicas.

Além do mais, é importante destacar a diferença entre responsabilidade contratual e a extracontratual, segundo Diniz (2008, p. 516), define está em:

A responsabilidade extracontratual, delitual ou aquiliana é a resultante de violação legal, ou seja, de lesão a um direito subjetivo, ou melhor, da infração ao dever jurídico geral de abstenção atinente aos direitos reais ou de personalidade, sem que haja nenhum vínculo contratual entre lesante e lesado.

A principal diferença entre a responsabilidade civil contratual e a extracontratual é que na contratual, por óbvio, haverá um contrato que vinculará as partes, já na extracontratual a violação se dará pelo descumprimento de uma norma jurídica.

Traçado os aspectos gerais da responsabilidade civil na próxima sessão, na segunda sessão será tratado os elementos caracterizadores quais sejam: conduta humana, nexos de causalidade, dano e culpa, no caso da responsabilidade subjetiva, e no caso da objetiva, como exposto exclui-se o elemento culpa.

### 3.2 ELEMENTOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL

Tendo em vista que, a responsabilidade civil é o dever de indenizar quando se tem um dano, a doutrina elenca os principais requisitos que devem estar presentes para que haja essa responsabilização, o primeiro deles é a conduta humana.

Segundo Tartuce (2014, p. 359):

Assim sendo, a conduta humana pode ser causada por uma ação (conduta positiva) ou omissão (conduta negativa) voluntária ou por negligência, imprudência ou imperícia, modelos jurídicos que caracterizam o dolo e a culpa, respectivamente. Pela presença do elemento volitivo, trata-se de um *fato jurígeno*.

Percebe-se que a regra é a ação ou conduta positiva; já para a configuração da omissão é necessário que exista o dever jurídico de praticar determinado ato, bem como a prova de que a conduta não foi praticada. Em reforço para omissão é necessário ainda a demonstração de que, caso a conduta fosse praticada, o dano poderia ter sido evitado.

Conforme o exposto, a conduta humana voluntariamente origina-se de uma ação ou omissão, que também pode ser observada através dos elementos caracterizadores da culpa, quais se concretizam através da negligência, imprudência ou imperícia, ou do dolo que se caracteriza pelo elemento volitivo de causar dano a alguém, pela vontade do agente de prejudicar.

Para Diniz (2008, p. 37):

[...] existência de uma ação, comissiva ou omissiva, qualificada juridicamente, isto é, que se apresenta como um ato ilícito ou lícito, pois ao lado da culpa, como fundamento da responsabilidade, temos o risco. A regra básica é que a obrigação de indenizar, pela prática de atos ilícitos,

advém da culpa. Ter-se-á ato ilícito se ação contrariar dever geral previsto no ordenamento jurídico, integrando-se na seara da responsabilidade extracontratual (CC, arts. 186 e 927), e se ela não cumprir obrigação assumida, caso em que se configura a responsabilidade contratual (CC, art. 389).

A autora, não utiliza a expressão conduta humana, mas a palavra ação, a qual também pode se expressar através da omissão ou uma atitude comissiva, sendo respectivamente elementos caracterizados da responsabilidade civil. Mas, observa-se que a expressão mais adequada para colocar como um elemento caracterizador da responsabilidade civil é a conduta humana, pois a expressão ação é muito genérica e ela já está incutida dentro da manifestação da conduta exercida pelo lesante.

Outro ponto importante para se observar dentro da conduta humana são as relações sociais, que se expressam por meio de uma relação contratual ou extracontratual. Como bem pontuado na primeira sessão, a relação contratual advém de um contrato, por certo as partes se conhecem, mas já na extracontratual, que é mais ampla e por vezes a mais corriqueira, as partes não se conhecem e a indenização surge de uma violação de um dever jurídico ou de um direito.

Como bem explica Gonçalves (2014), que “em matéria de culpa contratual, o dever jurídico consiste na obediência ao avençado. E, na culpa extracontratual, consiste no cumprimento da lei ou do regulamento”. Portanto, a conduta do lesante pode derivar de uma relação já pré-estabelecida ou não, quando as partes não se conhecem.

Segundo Cavalieri Filho (2014, p. 33):

Portanto, a partir do momento em que alguém, mediante *conduta culposa*, *viola direito de outrem e causa-lhe dano*, está-se diante de um ato ilícito, e deste ato deflui o inexorável dever de indenizar, consoante o art. 927 do Código Civil. Por *violação* de direito deve-se entender todo e qualquer direito subjetivo, não só os relativos, que se fazem mais presentes no campo da responsabilidade contratual, como também e principalmente os absolutos, reais e personalíssimos, nestes incluídos o direito à vida, à saúde, à liberdade, à honra, à intimidade, ao nome e à imagem.

A conduta humana está internamente relacionada com uma ação que acarreta um ato ilícito ou a violação de um direito. Pois bem, se faz necessário traçar a definição de ato ilícito.

De acordo com Tartuce (2014, p. 323):

Pois bem, o ato ilícito é o ato praticado em desacordo com a ordem jurídica violando direitos e causando prejuízos a outrem. Diante da sua ocorrência a norma jurídica cria o dever de reparar o dano, o que justifica o fato de ser o ato ilícito fonte do direito obrigacional.

A conduta humana pode ter sua origem em um ato ilícito, que é definido, portanto, como sendo uma inobservância de um direito previsto em lei que, pela ação do lesante, causou danos a alguém e este tem o direito de ser indenizado. Mas é importante frisar que um ato lícito também pode gerar o dever de indenizar, segundo Gagliano e Pamplona Filho (2012, p. 84):

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

Portanto, por óbvio que um ato ilícito vai gerar o dever de indenizar, mas não pode ser tido como elemento fundante e único da conduta humana, pois uma conduta lícita também pode gerar o dever de indenizar, quando se tem um dano.

De acordo com Cavalieri Filho (2014, p. 35) “a doutrina italiana faz distinção entre reparação por atos lícitos e ilícitos, designando a primeira como ressarcimento e a segunda como indenização [...]”. Portanto, o dano oriundo de ato lícito será denominado ressarcimento, já o dano inerente de um ato ilícito será designado como sendo indenização.

### 3.2.1 Nexos de Causalidade

Outro elemento fundamental para caracterização da responsabilidade civil é o nexos de causalidade ou também denominado nexos causal, a doutrina de Cavalieri Filho (2014, p. 61) define nexos de causalidade como sendo:

[...] o segundo elemento da responsabilidade civil a ser examinado. Além de pressuposto, o nexos causal tem também por função estabelecer medida para a obrigação de indenizar [...].

A rigor, é a primeira questão a ser enfrentada na solução de qualquer caso envolvendo responsabilidade civil. Antes de decidirmos se o agente agiu ou não com culpa teremos que apurar se ele deu causa ao resultado.

A relação causal, portanto, não se confunde com a culpabilidade. Tem-se no primeiro caso uma imputação objetiva – se a conduta do agente deu causa ao resultado (dano), independentemente de qualquer apreciação do elemento subjetivo da conduta. No segundo caso (culpabilidade) tem-se uma imputação subjetiva. Apurado que a conduta do agente deu causa ao resultado, verifica-se a seguir se o agente tinha capacidade de entendimento e se podia agir de forma diferente.

O nexo de causalidade é elemento fundamental para que haja a responsabilização, diferente do direito penal que, em seu art. 13, define o que é nexo causal. No direito civil, não se tem um artigo que o defina expressamente, portanto, pode definir o nexo de causalidade, segundo entendimento doutrinário, como sendo o liame que une a conduta humana com o resultado danoso.

De acordo com Tartuce (2014, p. 372):

O nexo de causalidade ou nexo causal constitui o elemento imaterial ou virtual da responsabilidade civil, constituindo a relação de causa e efeito entre conduta culposa ou o risco criado e o dano suportado por alguém.

O elemento nexo de causalidade, é importante tanto para a responsabilidade subjetiva, quanto para a objetiva, pois como dito, se não existir relação entre a ação e o resultado dano, não há o que se falar em responsabilização.

Posto isto, Diniz (2008, p. 108), corrobora para o entendimento do nexo causal, como sendo:

O vínculo entre prejuízo e a ação designa-se “nexo causal”, de modo que o fato lesivo deverá ser oriundo da ação, diretamente ou como sua consequência previsível. Tal nexo representa, portanto, uma relação necessária entre o evento danoso e a ação que o produziu, de tal sorte que esta é considerada como sua causa. Todavia, não será necessário que o dano resulte apenas imediatamente do fato que o produziu.

A ideia de vínculo é fundamental para que se tenha o entendimento do que é o nexo de causalidade, pois sem ele não há como falar em indenização ou reparação, visto que, não há possibilidade legal de condenar alguém que não deu causa ao dano.

Não obstante, as definições trazidas pela doutrina, a fim de elucidar a questão, vale ressaltar que, dentro da análise do nexo de causalidade, existem teorias que ajudam o operador do direito a traçar a solução mais adequada ao caso concreto.

Pois bem, são elas: a teoria da equivalência das condições ou do histórico dos antecedentes; teoria da causalidade adequada e a teoria do dano direto e imediato ou teoria da interrupção do dano causal.

Segundo Tartuce (2014, p. 374), a teoria da equivalência das condições ou do histórico dos antecedentes, define-se em:

[...] todos os fatos relativos ao evento danoso geram a responsabilidade civil. Segundo Tepedino, “considera-se, assim, que o dano não teria ocorrido se não fosse a presença de cada uma das condições que, na hipótese concreta, foram identificadas precedentemente ao resultado danoso” (TEPEDINO, Gustavo. Notas..., 2006, p. 67). Essa teoria, não adotada no Brasil, tem o grande inconveniente de ampliar em muito o nexo de causalidade, até o infinito.

Conforme o autor, essa teoria não foi adotada pelo ordenamento jurídico brasileiro, pelo simples fato de ser inconcebível a ideia de que toda e qualquer ação, mesmo que indiretamente, tenha contribuído para ocorrência do evento danoso, portanto, torna-se inaplicável e impossível de responsabilizar a todos.

Segundo Cavalieri Filho (2014, p. 64):

Como o próprio nome diz, essa teoria não faz distinção entre causa (aquilo de que uma coisa depende quanto à existência) e condição (o que permite à causa produzir seus efeitos positivos ou negativos). Se várias condições concorrem para o mesmo resultado, todas têm o mesmo valor, a mesma relevância, todas se equivalem.

De acordo com o exposto anteriormente e o entendimento do autor supracitado, essa teoria leva em consideração que todas as condições, que antecederam o resultado se equivalem, formando uma cadeia ilimitada de responsabilização.

A segunda teoria é da causalidade adequada, consoante ao entendimento de Tartuce (2014, p. 374):

Teoria desenvolvida por Von Kries, pela qual se deve identificar, na presença de uma possível causa, aquele que, de forma potencial, gerou o evento dano. Na interpretação deste autor, por esta teoria, somente o fato relevante ou causa necessária para o evento danoso gera a responsabilidade civil, devendo a indenização ser adequada aos fatos que a envolvem.

Essa teoria por sua vez, leva em consideração a conduta, entre várias outras, que mais se adequa ao resultado dano, ou seja, a conduta que provocou o dano.

Em consonância com o mesmo entendimento, o autor Cavalieri Filho (2014, p. 65), explica:

[...] logo, se várias condições concorrem para determinado resultado, nem todas serão causas, mas somente aquela que for a mais adequada à produção do evento. [...] Esta faz distinção entre causa e condição, entre os antecedentes que tiveram maior ou menor relevância. Estabelecendo que várias condições concorreram para o resultado, e isso é feito através do mesmo processo mental hipotético [...], é necessário agora verificar qual foi a mais adequada. Causa será apenas aquela que foi mais determinante, desconsiderando-se as demais.

Cabe ao operador do direito, quando examinar ao caso concreto, identificar dentre as várias condições qual é mais adequada, a que se encaixa para ocorrência do resultado danoso.

A terceira teoria, a do dano direto e imediato ou teoria da interrupção do nexo causal, de acordo com Tartuce (2014, p. 374):

Havendo violação do direito por parte do credor ou do terceiro, haverá interrupção do nexo causal com a conseqüente irresponsabilidade do suposto agente. Desse modo, somente devem ser reparados os danos que decorrem como efeitos necessários da conduta do agente.

Em consonância, Cavalieri Filho (2014, p. 67) “em sua formulação mais simples, considera como causa jurídica, apenas o evento que se vincula diretamente ao dano, sem a interferência de outra condição sucessiva”.

Portanto, tal teoria disciplina que, para que haja responsabilização, se faz necessário que a causa tenha direta relação com o dano, excluindo as ingerências de outras circunstâncias, que porventura, venham a suceder.

Em relação a qual teoria foi adotada pelo Código Civil, não se tem um consenso doutrinário, mas segundo Cavalieri Filho (2014) e a grande parte da doutrina, a teoria adotada seria a da causalidade adequada, portanto, é indenizável a condição que é mais adequada para a produção do resultado danoso.

Por fim, para fechar o nexo de causalidade, deve-se falar nas excludentes, em como afastar o liame que une a conduta com o resultado dano. E a doutrina elenca os seguintes: fato exclusivo da vítima, fato de terceiro e caso fortuito e força maior.

De acordo com Diniz (2008, p. 111) define-se o fato exclusivo da vítima, como sendo:

Caso em que se exclui qualquer responsabilidade do causador do dano. A vítima deverá arcar com todos os prejuízos, pois o agente que causou o dano é apenas um instrumento do acidente, não se podendo falar em nexo de causalidade entre a sua ação e a lesão.

Segundo a autora, o comportamento da vítima foi imprescindível para ocorrência do resultado dano, e o agente que causou o dano em nada concorreu para que tal efeito se produzisse.

O fato de terceiro, de acordo com Cavalieri Filho (2014, p. 87):

[...] é preciso que o fato de terceiro destrua a relação causal entre a vítima e o aparente causador do dano; que seja algo irresistível e desligado de ambos. Em casos tais, o fato de terceiro, segundo a opinião de dominante, equipara-se ao caso fortuito ou força maior, por ser uma causa estranha à conduta do agente aparente, imprevisível e inevitável.

Em linha gerais, o fato de terceiro pode ser definido como sendo algo que rompe com o liame que existe entre o agente e o dano suportado pela vítima, pois o dano só existiu pela ação de um terceiro e o agente, aparente causador de tal conduta danosa, nada tem a ver com o resultado.

Mas deve-se ressaltar, conforme Diniz (2008), que a responsabilização não vem sendo afastada quando invocado tal excludente. Nos casos de transporte, o que pode acontecer é a possibilidade de ação regressiva pleiteada pela transportadora contra esse terceiro.

De acordo com Cavalieri Filho (2014, p. 88):

[...] estaremos em face do caso fortuito quando se tratar de evento imprevisível e, por isso, inevitável; se o evento for inevitável, ainda que previsível, por se tratar de fato superior às forças do agente, como normalmente são os fatos da Natureza, como as tempestades, enchentes etc., estaremos em face da força maior, como o próprio nome diz. É o act of God, no dizer dos ingleses, em relação ao qual o agente nada pode fazer para evitá-lo, ainda que previsível.

Apesar de o caso fortuito ou força maior serem tratados como sinônimos, o autor demonstra que existe uma diferença entre ambos, em geral, podem ser definidos como sendo, o caso de força maior, os eventos danosos oriundos de forças da natureza, e o caso fortuito, ações humanas que são inevitáveis ou imprevisíveis.



### 3.2.2 Dano

Traçado o que é conduta humana e nexos de causalidade, adentramos no terceiro elemento caracterizador e fundamental para a responsabilidade civil, o qual é o dano.

Segundo Diniz (2008, p. 59):

O dano é um dos pressupostos da responsabilidade civil, contratual ou extracontratual, visto que não poderá haver ação de indenização sem a existência de um prejuízo. Só haverá responsabilidade civil se houver um dano a reparar. Isto é assim porque a responsabilidade resulta em obrigação de ressarcir, que logicamente, não poderá concretizar-se onde nada há que reparar.

Conforme a autora, a responsabilidade só existe se houver um dano para ser reparado, pois não há como mover uma ação de reparação civil se não existir ao menos um dano, o qual pode ser patrimonial ou extrapatrimonial.

Segundo Tartuce (2014), os danos patrimoniais ou materiais traduzem-se em prejuízos que atingem o patrimônio corpóreo de um indivíduo, que aqui denominamos vítima, que deve ser ressarcida. Os danos materiais dividem-se em danos emergentes, que consiste na factual diminuição do patrimônio; também se classifica como sendo dano material, os lucros cessantes, que representa valores que a vítima deixou de perceber em decorrência do dano, ou seja, o lucro que não foi auferido.

Outro dano que pode acontecer é o dano moral, que se expressa na esfera extrapatrimonial. Segundo Diniz (2008, p. 88 – 89):

O dano moral vem a ser a lesão de interesses não patrimoniais de pessoa física ou jurídica (CC, art. 52; Súmula 227 do STJ), provocado pelo fato lesivo. Qualquer lesão que alguém sofra no objeto de seu direito repercutirá, necessariamente, em seu interesse; por isso, quando se distingue o dano patrimonial do moral, o critério da distinção não poderá ater-se à natureza ou índole do direito subjetivo atingido, mas ao interesse, que é pressuposto desse direito, ou ao efeito da lesão jurídica, isto é, ao caráter de sua repercussão sobre o lesado, pois somente desse modo se poderia falar em dano moral, oriundo de uma ofensa a um bem material, ou em dano patrimonial indireto, que decorre de evento que lesa direito extrapatrimonial.

O dano moral, portanto, é uma lesão no íntimo da vítima, algo que está fora da sua esfera patrimonial, e por estar fora dessa esfera, torna-se o dano moral, muito difícil de ser valorado economicamente.

De acordo com Tartuce (2014), a expressão correta ao se tratar de indenização envolvendo danos morais é o da reparação, pois está incutida todo o entendimento de que danos morais não se trata de um acréscimo patrimonial, mas a compensação pelo sofrimento suportado pela vítima.

Quanto a classificação do dano moral, Diniz (2008) desdobra-o em dano moral direto, que ocorre quando se tem uma violação aos direitos da personalidade ou quando se tem uma violação à dignidade da pessoa humana. O outro dano é o dano moral indireto, que ocorre quando a vítima experimenta prejuízos a interesses não patrimoniais, que deriva da violação a bem patrimonial.

Segundo Tartuce (2014), em relação a comprovação do dano moral, divide-se em duas correntes, quais sejam: o dano moral subjetivo, que é a regra geral, pois necessita fazer prova por parte do autor da demanda do dano sofrido; e o segundo é o dano presumido, que não necessita de prova, aplicado em casos específicos.

Seguindo na descrição, outro dano extrapatrimonial que pode ser suscitado é o dano estético, embora não tenha previsão expressa no Código Civil, a súmula 387 do STJ, a qual traz que é lícita a cumulação de indenizações de dano moral e estético. De acordo com Tartuce (2014), o dano estético consiste em uma transformação na aparência física da vítima.

Cavaliere Filho (2014), explica que de acordo com entendimento jurisprudencial, o dano estético é uma deformação corporal e dá causa a uma indenização específica ou cumulável com danos morais, mas o autor guarda em seu entendimento doutrinário que o dano estético não é mais uma modalidade de dano, e sim algo incutido dentro do dano moral.

### 3.2.3 Culpa

Até o presente momento, foram tratados dos elementos caracterizadores que importam tanto para a responsabilidade subjetiva, quanto para objetiva, porém, o próximo elemento a ser abordado, a culpa, só importa para a responsabilidade subjetiva, pois na responsabilidade objetiva são só analisados a conduta humana, nexos causal e o dano.

A culpa, assim define Gonçalves (2014, p. 323):

Para que haja obrigação de indenizar, não basta que o autor do fato danoso tenha procedido ilicitamente, violando um direito (subjetivo) de outrem ou infringindo uma norma jurídica tuteladora de interesses particulares. A obrigação de indenizar não existe, em regra, só porque o agente causador do dano procedeu objetivamente mal. É essencial que ele tenha agido com culpa: por ação ou omissão voluntária, por negligência ou imprudência, como expressamente se exige no art. 186 do Código Civil.

Segundo o autor, a culpa, elemento avaliado na reponsabilidade subjetiva, consiste em uma ação ou omissão voluntária, por negligência ou imprudência e imperícia, sendo estas formas de exteriorizar a conduta culposa, se faz necessário expor as principais diferenças entre, negligência, imprudência e imperícia.

De acordo com Cavalieri Filho (2014), a imprudência é a falta de cuidado no momento de praticar a ação, por sua vez, a negligência também é a falta de cuidado, mas por meio de uma conduta omissiva; e a imperícia é a falta de habilidade na execução da atividade em que se exige cuidado na hora de exercê-la tecnicamente.

Outro ponto importantíssimo dentro do debate acerca da culpa, é a gradação, a qual pode se caracterizar como sendo grave, leve e levíssima. Segundo Gonçalves (2014), a culpa grave é a total omissão de cuidados que qualquer pessoa tomaria diante da situação, portanto, a culpa grave pode ser equiparada ao dolo, pois o agente violou totalmente o dever de diligência, a culpa leve consiste na possibilidade que se tem de evitar o dano, por meio de uma atenção maior, e a culpa levíssima é o dano que só poderia ser evitado se o agente tivesse alguma habilidade extraordinária ou uma atenção especial.

A gradação da culpa é importante para a responsabilidade civil subjetiva, pois dentro desses diferentes níveis que ela pode se apresentar, pode ocorrer o afastamento do dever de indenizar, pois como exposto, a mais fácil de ser caracterizada é a culpa grave, já as demais vão exigir da vítima uma maior busca por provas, para poder deixar caracterizada a responsabilidade do agente.

Findado as exposições acerca dos elementos caracterizadores da responsabilidade civil. Na próxima sessão, será tratado da responsabilidade civil dos médicos e das instituições hospitalares, haja visto que a violência obstétrica vem se perpetuando nesses espaços.

### 3.3 RESPONSABILIDADE CIVIL DOS MÉDICOS E DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Em decorrência da existência da violência obstétrica praticada contra as mulheres por profissionais de saúde, é importante destacar qual é a responsabilidade civil do profissional em decorrência dos danos praticados no exercício de sua função.

De acordo com Diniz (2008, p. 279):

Bastante controversa é a questão da natureza jurídica da responsabilidade profissional, pois há autores que a incluem na seara contratual, outros, na extracontratual e os que a enquadram num outro campo, conforme as circunstâncias.

Sem embargo dessas opiniões, entendemos que aos profissionais liberais e aos manuais, quer quando se obrigam à realização de uma coisa [...], se aplicam as noções de obrigações de meio e de resultado, que partem de um contrato. Logo, não poderá deixar de ser contratual a responsabilidade decorrente de infração dessas obrigações.

Diante do exposto, a responsabilidade civil dos profissionais liberais pode ser de meio ou de resultado, pois está caracterizado que a relação desses profissionais com o paciente é uma relação contratual, mas a obrigação assumida é de meio e não de resultado.

Em reforço Gonçalves (2014, p. 265 – 266):

Não se pode negar a formação de um autêntico contrato entre o cliente e o médico, quando este o atende. Embora, muito já se tenha discutido a esse respeito, hoje já não pairam mais dúvidas sobre a natureza contratual da responsabilidade médica. Pode-se falar, assim, em tese, em inexecução de uma obrigação, se o médico não obtém a cura do doente, ou se os recursos empregados não satisfizerem.

A principal problemática em caracterizar a reponsabilidade civil do médico, é a dificuldade em entender ou de demonstrar se os meios utilizados por esses profissionais são os mais adequados. Diante disso e do exposto, basta entender no que consiste essa obrigação de meio e de resultado.

De acordo com Diniz (2008, p. 279):

A obrigação de meio é aquela em que o devedor se obriga tão somente a usar de prudência e diligência normais na prestação de certo serviço para atingir um resultado, sem contudo, se vincular a obtê-lo [...].

A obrigação de resultado é aquela em que o credor tem o direito de exigir do devedor a produção de um resultado, sem o que se terá o inadimplemento da relação obrigacional. Tem em vista o resultado em si mesmo, de tal sorte que a obrigação só se considera adimplida com a efetiva produção do resultado colimado.

A obrigação de meio e de resultado se diferenciam pelo simples fato que, na obrigação de meio, o profissional, como no caso o médico, deve utilizar todos os artifícios necessários e adequados, mas sem, contudo, garantir o resultado desejado. Diante disso, a indagação que surge é como o paciente vai comprovar se os meios utilizados por esses profissionais foram os mais apropriados, como é o caso da violência obstétrica, pois, como exposto, tal atitude foi normalizada nas instituições.

Em contribuição Gonçalves (2014, p. 266), explica:

Portanto, para o cliente é limitada a vantagem da concepção contratual da responsabilidade médica, porque o fato de não obter a cura do doente não importa reconhecer que o médico foi inadimplente. Isto porque a obrigação que tais profissionais assumem é uma obrigação de “meio” e não de “resultado”. O objeto do contrato médico não é a cura, obrigação de resultado, mas a prestação de cuidados conscienciosos, atentos, e, salvo circunstâncias excepcionais, de acordo com as aquisições da ciência.

A ideia de existir um contrato entre o médico e o paciente não garante que a “cura”, como o autor cita, será obtida, mas algo chama a atenção, que é o objeto do contrato, pois este tem como principal objetivo fazer com que o médico utilize em sua conduta as diligências possíveis e mais adequadas segundo a ciência.

Segundo Cavalieri Filho (2014, p. 432):

[...] a responsabilidade médica, embora contratual, é subjetiva e com culpa comprovada. Não decorre de mero insucesso no diagnóstico ou no tratamento, seja clínico ou cirúrgico. Caberá ao paciente, ou aos seus herdeiros, demonstrar que o resultado funesto do tratamento teve por causa a negligência, imprudência ou imperícia do médico. [...] o Código de Defesa do Consumidor, no § 4º do seu art. 14, abriu uma exceção ao sistema de responsabilidade objetiva nele estabelecido. [...] Devemos ter em mente, todavia, que o Código do Consumidor foi bem claro ao dizer que a exceção só abrange a *responsabilidade pessoal* do profissional *liberal*, não favorecendo, portanto, a pessoa jurídica na qual ele trabalhe como empregado ou faça parte da sociedade. Assim, por exemplo, se vários médicos resolverem constituir uma sociedade, a responsabilidade desta não será subjetiva.

A responsabilidade pessoal do médico é subjetiva e a culpa deve ser comprovada pelo demandante, não basta o resultado danoso, há que se demonstrar que o profissional agiu com negligência, imprudência ou imperícia, e até mesmo o Código de Defesa do Consumidor, também deixou claro que a responsabilidade dos profissionais liberais é subjetiva. Conseqüentemente, demonstra-se a dificuldade que a vítima de violência obstétrica terá para fazer prova da lesão.

Em conformidade com o posicionamento do autor, quando o médico decide formar uma sociedade, a responsabilidade subjetiva é afastada, portanto, entramos em outro ponto importante: a responsabilidade das instituições hospitalares quando um profissional que integra a sua equipe comente algum dano à saúde de algum paciente, e em especial ao caso estudado, a violência obstétrica.

Em conformidade Gonçalves (2014, p. 276) expõe:

Se o médico tem vínculo empregatício com o hospital, integrando a sua equipe médica, responde objetivamente a casa de saúde, como prestadores de serviços, nos termos do art. 14, *caput*, do Código de Defesa do Consumidor, provada a culpa daquele. No entanto, se o profissional apenas utiliza o hospital para internar os seus pacientes particulares, responde com exclusividade pelos seus erros, afastada a responsabilidade do estabelecimento.

Indo de encontro com o exposto anteriormente, o médico, como profissional liberal, responde subjetivamente, ou seja, só será demandado se este agir com negligência, imprudência ou imperícia, conforme o Código de Defesa do Consumidor. Agora, se esse profissional integrar uma equipe de uma instituição hospitalar, essa instituição responderá objetivamente, em outras palavras, não será necessário demonstrar a culpa, mas a existência de nexo de causalidade com a conduta e o dano, pois a instituição hospitalar prestou serviços ao paciente.

Segundo Cavalieri Filho (2014), apesar de atividade hospitalar ser de alto risco, pois está sempre diante de situações de extrema complexidade e que envolvem muitas pessoas, tanto como paciente ou como pelo tamanho da equipe médica, independentemente disso, a responsabilidade será objetiva, pois tem como fato gerador o defeito do serviço e, para afastar essa responsabilidade, terá que comprovar que o defeito não tem a ver com a prestação do serviço.

Para ilustrar o caso de responsabilidade por parte da instituição hospitalar, traz-se um julgado do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo proferido em 28 de julho de 2018:

VOTO DO RELATOR EMENTA – RESPONSABILIDADE CIVIL - INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - Demanda ajuizada pelos pais de recém-nascida – Parto levado a termo no banheiro do hospital que integra o polo passivo – Procedência decretada – Cerceamento de defesa – Inexistência – Descabida a realização de prova técnica para comprovação de parto precipitado – Autora que deu entrada nas dependências do hospital no dia 06/09/2019, em trabalho de parto que ocorreu no dia seguinte, após cerca de 16 horas (no banheiro do hospital, sem a assistência de qualquer profissional, com a queda do recém-nascido decorrente da expulsão fetal) – Completa desassistência à parturiente e, bem assim, não observância dos critérios estabelecidos pela ANVISA (RDC 36/2008)– Dano moral configurado e que decorre do sofrimento resultante da violência obstétrica a que foi submetida a parturiente, que também se estendeu ao genitor ao presenciar o nascimento da filha em tais condições – Quantum indenizatório – Fixação pelo valor de R\$ 40.000,00 que comporta majoração para a importância de R\$ 60.000,00, corrigida monetariamente desde a data do sentenciamento – Juros de mora – Termo inicial – Data do evento danoso (Súmula 54 C. STJ)- Sentença reformada – Recurso dos autores provido, improvido o da ré.  
(TJ-SP - AC: 1038611-78.2019.8.26.0506 SP 1038611-78.2019.8.26.0506, Relator: Salles Rossi, Data de Julgamento: 28/07/2021, 8ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 28/07/2021).

Conforme o inteiro teor da decisão, a parturiente deu entrada no hospital ao meio dia do dia 06 de setembro de 2019, às 14 horas começaram as induções para o procedimento da parturição, mas o nascimento do bebê só foi ocorrer no dia seguinte, depois de 16 horas desde do início das referidas induções, no banheiro do hospital.

A tese de defesa do hospital era que o parto foi precipitado, mas a partir da análise cronológica, desde a entrada da gestante até a hora em que a criança nasceu, essa preposição foi afastada e foi observado a falha na prestação do serviço, conforme o Código de Defesa do Consumidor disciplina em seu art. 14.

E segundo o voto do Relator Salles Rossi, que reconheceu o recurso e deu provimento, fixando o valor de 60.000,00 (sessenta mil reais) a título de indenização por danos morais e reconheceu o dano moral presumido caracterizando a violência obstétrica.

Ante ao exposto, a violência obstétrica vem sendo perpetuada dentro dos complexos hospitalares e na conduta de vários profissionais de saúde, mas diante da dificuldade de fazer prova de tal violação, acaba sendo isento de responsabilização, e o principal objetivo da responsabilidade civil não é só a indenização, mas também o caráter punitivo e de reparação diante das ofensas sofridas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, com o avanço da luta pelos direitos reprodutivos das mulheres, e pelo questionamento das práticas utilizadas pelos profissionais de saúde, surgiu um tipo de gênero: a violência obstétrica, que vem se perpetuando nas instituições hospitalares e sendo praticada pelos profissionais de saúde.

Para vítima fazer prova do ocorrido é de grande complexidade, pois muitas usuárias do sistema de saúde desconhecem os seus direitos, não sabem que condutas como a manobra de *kristeller* é obsoleta ou que o ato do médico induzir a parturiente a fazer uma cesariana é uma violação da sua autonomia.

Também se observa que o parto humanizado não deveria ser elitizado em que, somente uma pequena parcela da população, conhece a existência de manobras que possam relaxar e tornar o momento do parto algo agradável para a gestante e o bebê.

O desconhecimento, ou até mesmo preconceito com a profissão de doula, também é algo a ser notado, pois a presença de uma outra mulher com a gestante, lhe ajudando em um momento emblemático e que pode causar insegurança, pois por tempos vem se fomentado a ideia de medicalização do parto.

Mas a responsabilização civil pode ser uma maneira de coibir a prática, pois pode ser uma forma de reparar o dano causado a vítima, ou seja, no caso do pedido pela indenização por danos morais, que na grande maioria dos casos se apresenta juntamente com danos estéticos, que é uma violação no íntimo da pessoa, não se fala em ressarcir, mas em reparar, pois o *status quo ante* não tem como ser restaurado.

Contudo, tem que ser ressaltado que a responsabilidade civil do médico é subjetiva, ou seja, é necessário que fazer prova de que ele agiu com negligência, imprudência ou imperícia, soma-se com uma outra dificuldade que é fazer prova do dano moral sofrido pela vítima e o conflito que é auferir economicamente esse dano. Já a responsabilidade civil da instituição hospitalar é objetiva, pois é uma prestadora de serviços e, ao ser praticado tal violação no interior do complexo hospitalar, ocorre uma falha na prestação do serviço, a ela cabe o ônus de fazer prova de que o ocorrido não se perpetuou.

Foi possível concluir que a responsabilidade civil é um caminho para responsabilizar a instituição e o médico pela prática abusiva, mesmo com a



dificuldade de fazer prova do ocorrido, e diante desse cenário complexo, o movimento de humanização do parto, o respeito ao direito de acompanhante e o trabalho que pode ser desenvolvido pela doula pode ser uma solução para que diminua a incidência de casos e que se tenha respeito ao nascimento.

## REFERÊNCIAS

BARBOZA, Heloisa Helena. Violência Obstétrica e os direitos da pessoa transexual gestante. In. DE CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros. **Violência Obstétrica em debate**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020. p.1-19.

BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. **Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil**. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, v. 5, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847>. Acesso em: 15 jun. 2023.

BONETTI, Irene Jacomini; FUGII, Susie Yumiko. **A violência obstétrica em suas diferentes formas**. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/depeso/339310/a-violencia-obstetrica-em-suas-diferentes-formas>> Acesso em: 14 jun. 2023.

BRASIL. **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. Brasília, 7 abr. 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm)>. Acesso em: 15 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)> Acesso em: 18 de jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html)> Acesso em: 18 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, 10 jan. 2002. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406compilada.htm#livrocomplemen](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm#livrocomplemen) tardisposicaofinaltransitoria. Acesso em: 18 jun. 2023.

BRITO, Cecília Maria Costa de; OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de A.; COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque. **Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro**. Cadernos ibero-americanos de direito sanitário, v. 9, n. 1, p. 120-140, 2020. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/604>> Acesso em: 14 jun. 2023.

CAPPELLO, Thamires Pandolfi. Violência obstétrica em tempos de pandemia: a inviolabilidade do direito ao acompanhante. **Boletim de Direito Sanitário:**

**caminhos para a efetivação do direito humano à saúde**, n. Boletim 1, p. 29-32, 2020. Disponível em: <[file:///C:/Users/11629962937/Downloads/HSP\\_37\\_2020.pdf](file:///C:/Users/11629962937/Downloads/HSP_37_2020.pdf)> Acesso em: 14 jun. 2023.

CASTRO, Thamís Ávila Dalsenter Viveiros de. **Direito ao acompanhante, violência obstétrica e poder familiar**. Pensar-Revista de Ciências Jurídicas, v. 25, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://ojs.unifor.br/rpen/article/view/10093>> Acesso em: 14 de jun. 2023.

CRISTALDO, Heloisa. **Brasil é o país com mais mortes de pessoas trans no mundo, diz dossiê**. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2023-01/brasil-e-o-pais-com-mais-mortes-de-pessoas-trans-no-mundo-diz-dossie>> Acesso em 14 jun. 2023.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência & saúde coletiva, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>> Acesso em: 14 jun. 2023.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro: Responsabilidade Civil**. 22 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

DINIZ, Simone Grilo et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção**. J Hum Growth Dev, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/11629962937/Downloads/106080-Texto%20do%20artigo-193143-1-10-20151209.pdf>> Acesso em: 14 jun. 2023.

DONELLI, Tagma Marina Schneider. **O parto no processo de transição para a maternidade**. 2003. Porto Alegre. 2003. 114 f. Dissertação de Mestrado em psicologia - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FERREIRA JUNIOR, Antonio Rodrigues. **Profissionalização invisível: formação e trabalho de doulas no Brasil**. 2015. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.

FIALHO, Marcelito Lopes et al. **A assistência ao parto humanizado no Brasil e o do direito a um acompanhante**. Disponível em: <[https://uniesp.edu.br/sites/\\_biblioteca/revistas/20180925134139.pdf](https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20180925134139.pdf)> Acesso em: 14 jun. 2023.

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

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Estudo revela melhores e piores países para ser mãe**. Disponível em: <<https://memoria.ebc.com.br/infantil/para-pais/2015/08/estudo-revela-melhores-e-piores-paises-para-ser->

mae#:~:text=A%20Noruega%20avan%C3%A7ou%20para%20o,se%20encontra%20na%2077%C2%AA%20posi%C3%A7%C3%A3o> Acesso: 14 jun. 2023.

GAGLIANO, Pablo Stolze; FILHO PAMPLONA, Rodolfo. **Novo curso de direito civil: responsabilidade civil**. 10 ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro: Responsabilidade civil**. 9 ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

GUIMARÃES, Nara Moraes et al. **Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes**. Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 2, p. 11942-11958, 2021. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/24110>> Acesso em: 14 jun. 2023.

GRECIA, Luana Marques Romano et al. **Percepção e ações de doulas no processo de humanização do parto**. Reme: Revista Mineira de Enfermagem, v. 23, 2019. Disponível em: <<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1353>> Acesso em: 14 jun. 2023.

KAPPAUN, Aneline; DA COSTA, Marli M. Moraes. **A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica**. Revista Paradigma, v. 29, n. 1, p. 71-86, 2020. Disponível em: <<https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1446>> Acesso em: 14 jun. 2023.

LUZ, Amanda de Almeida et al. **As diversas faces da violência obstétrica no âmbito hospitalar**. Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde, 2019. Disponível em: <<file:///C:/Users/11629962937/Downloads/34-Texto%20do%20Artigo-85-1-10-20200701.pdf>> Acesso em: 15 jun 2023.

MAGIONI, Hemmerson. **OMS/2022 – Recomendações para uma experiência positiva pós-parto**. Disponível em: <<https://institutonascercer.com.br/recomendacoes-para-uma-experiencia-positiva-pos-parto-oms-2022/>> Acesso em: 14 jun. 2023.

MATEI, Elizabete Martins et al. **Parto humanizado: um direito a ser respeitado**. Cadernos: Centro Universitário São Camilo, v. 9, n. 2, p. 16-26, 2003. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/item/001313849>> Acesso em: 14 jun. 2023.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Saúde materna**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/node/63100>> Acesso em 14 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em: 18 jun. 2023.

PIRES, Thula; STANCHI, Malu. Racismo institucional e violência obstétrica: dispositivo sistêmico de genocídio da população negra. In: DE CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros. **Violência Obstétrica em debate**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020. p.209-232.

ROCHA, Igor. **Violência Obstétrica: 61% das vítimas são mulheres negras.** Disponível em: < <https://noticiapreta.com.br/violencia-obstetrica-61-das-vitimas-sao-mulheres-negras/>> Acesso em 14 jun. 2023.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Responsabilidade Civil – Indenização por Danos Morais – Violência Obstétrica. Apelação Civil nº 1038611-78.2019.8.26.0506. Sociedade Baneficiente Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto e John Ewerton Oliveira Lima da Silva e Viviane Borges Gomes. Relator: Salles Rossi. 28 jul. 202. **Jusbrasil.** Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-sp/1256284331>> Acesso em: 18 jun. 2023.

SILVA, Fernanda Loureiro. **Sobre a porta que abre por dentro: análise cultural do processo de formação de doulas para a assistência ao parto no Brasil.** Rio de Janeiro, 2017. 153 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SILVA, Marcos Jorge da et al. **O movimento pela humanização do parto e nascimento no Brasil: o impacto em Uberlândia segundo a percepção dos enfermeiros.** v. 3, n. 4, p. 7614–7634, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/12802>. Acesso em: 15 jun. 2023.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. **Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto.** Ciência & saúde coletiva, v. 17, p. 2783-2794, 2012. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/zNSMKtmQVWb89TkwhNmFwPC/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 14 jun. 2023.

SOUZA, Hamanda Vital Tavares de. **A assistência ao homem transgênero no pré-natal: uma revisão integral literatura.** Rio de Janeiro, 2022. 47f. Trabalho de conclusão de curso do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense. Disponível em:

<<https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/28444/HAMANDA%20VITAL%20TAVARE S%20DE%20SOUZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso: 18 jun. 2023.

TARTUCE, Flávio. **Direito civil: direito das obrigações e responsabilidade civil.** 9 ed. Rio de Janeiro: Método, 2014.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; MOUREIRA, Luna Diogo; SÁ, Maria de Fátima de. **Violência Obstétrica e a exigência democrática da humanização do parto.** Disponível em: <https://vlex.com.br/vid/violencia-obstetrica-exigencia-democratica-875621549> Acesso em: 14 jun. 2023.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. **A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto.** *Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas*, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842>> Acesso em: 14 jun. 2023.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa**. *Psicologia & sociedade*, v. 29, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/>> Acesso em: 14 jun. 2023.