

Thamis Dalsenter Viveiros de Castro

é mãe do Francisco, doutora em Direito Civil pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ e mestre em Teoria do Estado e Direito Constitucional pela PUC-Rio. Professora de Direito Civil do Departamento de Direito da PUC-Rio. Coordenadora do grupo de pesquisa “Violência obstétrica e direito ao parto humanizado” da PUC-Rio.

Autores:

Adriana Vidal de Oliveira
Aline de Miranda Valverde Terra
Ana Carla Harmatiuk Matos
Ana Carolina Brochado Teixeira
Bruna Dias Alonso
Bruna Silveira Moreno
Carmen Simone Grilo Diniz
Cecília Ribeiro Dâmaso
Consuello Alcon Fadul Cerqueira
Denise Yoshie Niy
Gláucia Nascimento da Silva
Heloisa Helena Barboza
Laura Uplinger
Livia Teixeira Leal
Maíra Fattorelli

Maíra Fernandes
Malu Stanchi
Mariana Paganote Dornellas
Mariana Silveira Sacramento
Olivia Hirsch
Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira
Roberta Calábria
Ricardo L. Chaves
Rodrigo de Souza Costa
Samara Amaral Freitas
Sara Mendonça
Thamis Dalsenter Viveiros de Castro
Thula Pires
Vitor Almeida

ISBN 978-85-519-1707-7



9 788551 917077 >



THAMIS DALSENTER VIVEIROS DE CASTRO
COORDENADORA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM DEBATE

DIÁLOGOS
INTERDISCIPLINARES

A violência obstétrica é mais uma consequência da violência de gênero que marca nossa sociedade. Enfrentar o tema da violência contra a gestante é, portanto, reafirmar o direito à autonomia corporal da mulher na busca incansável pela igualdade de gênero em sua plenitude, do início ao fim da vida.



A informação como forma de combate à violência obstétrica na relação médico-paciente e os impactos na seara da responsabilidade civil

Paula Moura Francesconi de Lemos Pereira

Gláucia Nascimento da Silva

*“a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência”.*³¹⁸

(Marilene Chauí)

Notas introdutórias: a violência obstétrica e a relação médico-paciente

“Uma em cada quatro mulheres brasileiras é vítima de violência no momento do parto ou pré-natal,” conforme pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo.³¹⁹ Esse dado demonstra a importância de se definir o conceito de violência obstétrica e o papel do médico ginecologista e obstetra, a fim de se assegurar os direitos das gestantes, a proteção de sua integridade psicofísica, sua saúde e o poder de autodeterminação corporal.

318 CHAUI, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CHAUI, M.; CARDOSO, R.; PAOLI, M.C. (Orgs.). *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. v. 4. p.35.

319 Dados disponibilizados no estudo intitulado “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizado pela Fundação Perseu Abramo e SESC, em 2010. Disponível em <<https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>>. Acesso em: 06 set. 2018.

A medicina obstétrica foi sofrendo alterações ao longo dos anos,³²⁰ inclusive no que diz respeito ao ambiente e às técnicas para realização do parto. O parto que inicialmente era realizado por meio de parteiras e em domicílio passa a ter seu atendimento hospitalizado³²¹ e com a atuação de vários profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, funcionários do hospital, médico obstetra, médico anestesista etc.).

Os avanços (bio)tecnológicos entre outros fatores acabaram por propiciar a industrialização do parto, a medicalização do nascimento, com maior intervenção na gestação e no parto, tornando-se rotineira sua realização em ambiente hospitalar e com maior controle do processo por parte dos médicos. Além disso, no Brasil houve aumento substancial do número de partos pelo método cesárea em detrimento do natural, o que o conferiu *status* de líder mundial de cesáreas,³²² principalmente no sistema particular de saúde³²³ com aumento da violência obstétrica.³²⁴

A expressão violência obstétrica apresenta uma pluralidade semântica, pois abarca várias situações e não comporta uma única definição. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS é um conjunto de atos desrespeitosos, abusos, maus-tratos, negligência e o desrespeito contra a mulher e o bebê, antes, durante e depois do parto.³²⁵

320 BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil século XIX. *Cadernos de Saúde Pública* (ENSP. Impresso), v. VII, p. 9-15, 1991.

321 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, p. 95-107, 2015.

322 PATAH, Luciano Eduardo Maluf, MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2011, v. 45, n.1, p.185-194.

323 O Ministério da Saúde divulgou que dos 3 milhões de partos realizados no Brasil, 55,5% foram cesáreas e 44,5% partos normais. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>> Acesso em: 06 set. 2018.

324 “O conflito ético está posto e materializado: na rede privada de assistência à saúde, onde os usuários são pessoas com nível de renda e escolaridade notavelmente superiores, prevalecem as cesarianas; na rede pública, com usuários provenientes de classes sociais menos favorecidas, prevalecem os partos normais, não por opção das parturientes, mas em decorrência de rotinas de serviço impostas às mulheres pobres que recorrem ao serviço público de saúde por não dispor de recursos financeiros para a assistência médica.” FERRARI, José. A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. *Revista Bioética* 2009, v. 17, n. 3, p. 473-495.

325 A Lei n. 3.363/2013 do Estado de São Paulo define violência obstétrica em seu artigo 2º como “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda,

Como uma reação a esses fatos, surgiram diversas campanhas, tais como a da *Revista Época* – “Parto com respeito” –, e as por parte do governo, do Ministério da Saúde – MS e órgãos competentes (Agência Nacional de Saúde – ANS) a fim de incentivar o parto normal, como, por exemplo, a Rede Cegonha (Portaria n. 1.459 do MS);³²⁶ o Projeto Parto Adequado;^{327 328} o uso de cartilhas com Direitos das Gestantes³²⁹ e de cartazes. Tudo em busca do parto humanizado,^{330 331} seja o normal, que ocorre em ambiente domiciliar³³² ou hospitalar, podendo ter a presença de doula,³³³ seja a cesárea, quando houver indicação médica ou quando for uma opção da própria gestante.

de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério.” Essa mesma definição se encontram nas seguintes leis estaduais: Lei n. 17.097/2017, de Santa Catarina; Lei n. 5.217/2018, de Mato Grosso do Sul e Lei n. 14.598/2015, de Curitiba.

- 326 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em 06 set. 2018.
- 327 Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>> Acesso em 06 set. 2018.
- 328 Disponível em: <<https://www.abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/2014-04-11-17-45-11/parto-e-normal>>. Acesso em: 06 set. 2018.
- 329 Artigo 4º da Lei n. 3.363/2013 do Estado de São Paulo.
- 330 A Portaria n. 569 de 2000 do MS instituiu o programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> Acesso em 06 set. 2018.
- 331 Hemmerson Magioni, médico obstetra do Instituto Nascere, define que o Parto Humanizado significa direcionar toda atenção às necessidades da mulher e dar-lhe o controle da situação na hora do nascimento, mostrando as opções de escolha baseados em evidências científicas e nos direitos que tem. Disponível em: <<http://institutonascere.com.br/parto-humanizado/>> Acesso em 06 set. 2018.
- 332 No Estado do Rio de Janeiro, a Lei Ordinária n. 7.191/2016 dispõe que a Secretaria Estadual de Saúde deverá estipular, por meio de regulamento, as condições em que o parto domiciliar poderá ser realizado por decisão voluntária da gestante. Disponível em <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/e9589b9aab9cac8032564fe0065abb4/a01e1d414bdb967a83257f3300580ec7?OpenDocument>> Acesso em 06 set. 2018.
- 333 “Estudos internacionais do tipo metanálise apontaram os benefícios do suporte da doula, demonstrando que as mulheres acompanhadas aumentam duas vezes a chance de ter parto vaginal, comparadas ao grupo que não recebeu este suporte, além de apresentarem melhoria no pós-parto, avaliados por meio de características físicas e emocionais.” SILVA, Raimunda Magalhães da; BARROS, Nelson Filice de; JORGE, Herla Maria Furtado; MELO, Laura Pinto Torres de; FERREIRA JUNIOR, Antonio Rodrigues. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso), 2012, v. 17, p. 2.783-2.794.

Outra forma de tentativa de combate à violência obstétrica é a edição de medidas regulatórias,³³⁴ de leis estaduais e federais, além de projetos de lei,³³⁵ projetos por parte do Estado para garantir de forma efetiva a autonomia da gestante.³³⁶

O crescimento do número de cesáreas³³⁷ é resultado do modelo atualmente adotado, que se foi desenvolvendo em virtude de diversas falhas apresentadas no sistema de saúde, entre as quais, a falta de informação à gestante, principalmente na fase do pré-natal, quanto à forma que pode ocorrer o parto, quais são os riscos a que estão expostos a mãe e o feto.

No entanto, para além desses projetos, necessário se faz revisitar a maneira como deve se dar a relação entre ginecologistas, obstetras e gestantes, com ênfase para o recrudescimento da informação.

A violência obstétrica deve ser combatida, tanto de forma preventiva, por meio da informação, da obtenção de consentimento livre e esclarecido, de medidas capazes de minimizar e até mesmo excluir certos impactos, como pela reparação integral dos danos sofridos pela parturiente utilizando o instituto da responsabilidade civil (artigo 5º, V e X da CF e no artigo 944 do CC).

334 Resolução n. 2.144/2016 do CFM. Disponível em < <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>> Acesso em: 06 set. 2018.

335 Destacam-se os projetos que visam parto humanizado: i) Projeto de Lei n. 7.633/2014 do deputado Jean Wyllys e o Projeto de Lei do Senado n. 8/2013 do ex-senador Gim. Disponíveis em <<https://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>> e <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/110487>> Acesso em: 06 set. 2018.

336 Consoante essas linhas argumentativas, o Estado deve diminuir a vulnerabilidade e promover a autonomia da parturiente, fornecendo meios para que efetivamente decida sobre o futuro parto. Cabe mencionar que a proteção social é também papel do governo, o responsável legal pela definição de parâmetros normativos para as ações individuais e coletivas, bem como elaboração e aplicação de políticas públicas de saúde. O presente trabalho defende a ideia de que a autonomia da gestante deverá ser estimulada e respeitada na definição da via de parto, salvo recomendações médicas em contrário. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais de saúde, especificamente os médicos, compreendam que o paternalismo, mesmo quando cercado das melhores intenções, tende a aumentar a vulnerabilidade das mulheres, contribuindo para que deixem de exercer o direito de defender seus interesses legítimos. BARCELLOS, Luiza Gonçalves; SOUZA, André Oliveira Rezende de; MACHADO, César Augusto Frantz. Cesariana: uma visão bioética. *Revista Bioética* 2009, v. 17, n. 3, p. 497-510.

337 “Nos últimos 30 anos, a comunidade internacional de saúde tem considerado que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos. Essa taxa surgiu de uma declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva durante uma reunião promovida pela OMS em 1985, em Fortaleza, no Brasil” Declaração sobre taxas de cesáreas, publicado pela Organização Mundial de Saúde. Disponível em <<https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>>. Acesso em: 06 set. 2018.

2. A relação médico-paciente de obstetrícia e ginecologia e o dever de informar

A relação médico-paciente tem passado por diversas transformações não só no que diz respeito àquelas proporcionadas pelas novas descobertas, pela biotecnologia, mas também em relação à forma como se estabelece o contato entre o médico e o paciente.

A atuação do médico sempre esteve presa a um paternalismo hipocrático,³³⁸ em que ele determinava sozinho como seria o tratamento do paciente. Não havia uma relação de parceria terapêutica, ou seja, o profissional não compartilhava decisões com aquele que é diretamente afetado por elas. Apenas o médico, detentor dos conhecimentos de medicina, tinha condições de decidir; o paciente era considerado incapaz de entender as peculiaridades do tratamento médico, seu diagnóstico, devido, entre outros fatores, à sua condição débil em razão da doença. Todavia, esse perfil lógico-autoritário não se sustenta, pois a relação médico-paciente deve ocorrer mediante um processo cooperativo e dialógico, com troca de informações a respeito dos dados de suas condições de saúde e o tratamento proposto³³⁹ para, só assim, o paciente decidir.

A relação médico-paciente envolve os direitos da personalidade, o poder de disposição sobre situações existenciais, tendo como focos a saúde, a vida, a integridade psicofísica, a dignidade do paciente, constituindo uma relação obrigacional complexa e dinâmica.

Independentemente das variadas formas como pode se dar a relação entre médico e paciente, já que o médico pode assumir mais de uma posição no desenvolver de sua atividade (empregado, empresário, sócio de sociedade,

338 “Desde os tempos de Hipócrates até os nossos dias, busca-se o bem do paciente, ou seja, aquilo que, do ponto de vista da medicina, se considera benéfico para o paciente, sem que esse em nada intervenha na decisão. Esse tipo de relação, apropriadamente chamada de paternalista, atribui ao médico o poder de decisão sobre o que é melhor para o paciente. Similar à relação dos pais para com os filhos, foi durante longo tempo considerada a relação ética ideal, a despeito de negar ao enfermo sua capacidade de decisão como pessoa adulta”. BARBOZA, Heloisa Helena. A autonomia da vontade e a relação médico-paciente no Brasil. *Lex Medicinæ. Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, Coimbra, v. 1, n. 2, jul./dez. 2004, p. 7.

339 PEREIRA, Paula Moura Francesconi de Lemos. *Relação médico-paciente: o respeito à autonomia do paciente e a responsabilidade civil do médico pelo dever de informar*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. p. 76.

associado, conveniado, profissional liberal, servidor público estadual, federal, contratado temporário pelo poder público, militar), ou, até mesmo de forma cumulativa, a prestação de serviços médicos deve sempre observar os direitos e deveres de ambas as partes, e que são de cunho existencial: i) dever de sigilo e abstenção; ii) dever de cuidado; iii) dever de empregar todas as técnicas disponíveis para a recuperação do paciente;³⁴⁰ e iv) dever de informar acerca do diagnóstico, do prognóstico, dos riscos e benefícios do tratamento.³⁴¹

Atualmente, o serviço médico no setor privado de saúde passa por um processo de despersonalização, atendimento de massa, sendo enquadrado como serviço de consumo.³⁴² No serviço público, por sua vez, a precariedade no atendimento; a falta de estrutura; o elevado número de pacientes e a existência de poucos profissionais acabam afetando o atendimento médico. A consequência é o afastamento entre o médico e o paciente; o comprometimento de uma melhor anamnese (queixas, antecedentes, história mórbida pregressa e história da doença atual); a falta de dados e a consequente violação de um dos principais

340 Código de Ética Médica – Resolução n. 2.217/2018. Capítulo I, Princípios Fundamentais, XXVI – A medicina será exercida com a utilização dos meios técnicos e científicos disponíveis que visem aos melhores resultados.

341 “Vamos questionar se e em que medida os seguintes tópicos, entre outros, devem ser objecto do dever de informação: o diagnóstico; os meios e os fins do tratamento; os efeitos secundários; o prognóstico; as alternativas terapêuticas com os seus efeitos secundários, riscos e benefícios respectivos; os riscos e benefícios do tratamento; a urgência da intervenção e o risco da demora no tratamento; os riscos e consequências da recusa do tratamento; a duração aproximada do tratamento e as condições materiais que lhe são associadas; a possibilidade de levar a cabo o tratamento num centro de saúde mais adequado; a competência ou falta de competência do médico e o custo do tratamento; o dever de comunicar novos riscos identificados posteriormente à execução de exames de diagnóstico, tratamentos ou acções e prevenção e o eventual dever de comunicar os erros médicos praticados”. PEREIRA, André Gonçalo Dias. O consentimento informado na relação médico-paciente. Portugal: Coimbra, 2004. p. 371.

342 Apesar de a jurisprudência majoritária considerar que a relação médico-paciente é de consumo, aplicando a lei consumerista, a doutrina já tem se pronunciado de forma contrária, da mesma forma que o Conselho Federal de Medicina, que no preâmbulo do atual Código de Ética Médica (Resolução n. 1.931/2009 do CFM, em vigor em 13 de abril de 2010) é expresso ao afastar o contrato médico como de consumo, conforme se depreende do inciso XX do Capítulo I. Nesse sentido: SOUZA, Eduardo Nunes de. *Do erro à culpa*: Na responsabilidade civil do médico. Rio de Janeiro: Renovar, 2015. p. 95-96. SOUZA, Alex Pereira, COUTO FILHO, Antonio Ferreira. Responsabilidade civil médica e hospitalar. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, p. 44. Quanto à aplicação do Código de Defesa do Consumidor: BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Agravo Regimental no Recurso Especial n. 844.197/SP da 4ª turma. Relator: Ministro Antonio Carlos Ferreira. Brasília, 7 de junho de 2016.

direitos do paciente que é a obtenção de informações em linguagem clara e compreensível, para que ele possa conceder o consentimento livre e esclarecido.

O direito à informação está previsto na Constituição Federal – CF (artigo 5º, XIV, XXXIII, LXXII), no Código de Defesa do Consumidor – CDC (artigos 4º, IV, 6º, III, 8º, 9º, 12, 14, 20, 30, 31, 36, 37, 38 e 46), Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999, do Estado de São Paulo, que dispõe sobre os direitos dos pacientes (art. 2º, VI³⁴³), e também tem sustentáculo nos princípios jurídicos (dignidade da pessoa humana, autonomia) e bioéticos³⁴⁴ (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, precaução e prevenção, solidariedade – artigos 12, 13, 22, 34, 36, §1º, 42, 44, 53, 54, 55 do Código de Ética Médica – CEM).

No âmbito internacional, alguns diplomas fazem menção ao direito de informação e à autodeterminação do paciente, tais como: a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2005, da UNESCO e o Parecer sobre os Direitos dos Pacientes, elaborado pelo Comitê Econômico e Social Europeu e a Declaração de Lisboa sobre os Direitos do Paciente, emitido pela Associação Médica Mundial, em 1995, em Bali, na Indonésia.

343 Artigo 2º – São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo: [...] VI – receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre: a) hipóteses diagnósticas; b) diagnósticos realizados; c) exames solicitados; d) ações terapêuticas; e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas; f) duração prevista do tratamento proposto; g) no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e consequências indesejáveis e a duração esperada do procedimento; h) exames e condutas a que será submetido; i) a finalidade dos materiais coletados para exame; j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento ou em outros serviços; e l) o que julgar necessário;

344 Tom L. Beauchamp e James Childress consagraram a Bioética principialista, que tem o objetivo de estabelecer uma teoria capaz de orientar a prática médica e biomédica por meio de princípios que orientarão as decisões morais tomadas diante de conflitos éticos concretos. BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. Princípios da ética Biomédica. Tradução Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002. p. 579. Para além da teoria principialista da Bioética, na década de 1990, novas teorias ganharam corpo, como: i) a bioética da intervenção; ii) a bioética da proteção; iii) a bioética feminista e antirracista; e iv) a bioética da teologia da libertação. Cf. SCHRAMM, Fermin Roland. A Bioética da Proteção: uma proposta para os desafios morais dos países em desenvolvimento. In: VII simpósio catarinense de Bioética, 2005, Joinville. p. 9. Disponível em: http://www.unesco.org/uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/Artigo_pa._1_.doc. Acesso em: 11 out. 2016. DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. Bioética feminista: O resgate político do conceito de vulnerabilidade. *Revista Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 7, n. 2, 1999. p. 181-188. Disponível em: http://www.jovensmedicos.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/310/449. Acesso em: 19 ago. 2016. BOFF, Leonardo. *Quarenta anos da teologia da libertação*. [S.l.: s.n.], 2011. Disponível em: <https://leonardoboff.wordpress.com/2011/08/09/quarenta-anos-da-teologia-da-libertacao/>. Acesso em: 30 out. 2016.

Somente após a informação prestada pelo médico é possível obter o consentimento livre e esclarecido, também denominado consentimento informado, pós-informado, que constitui um ato de decisão voluntária e consciente do paciente, essencial nessa relação. Ele representa a exteriorização do exercício da autonomia privada, a liberdade de livre disposição corporal e a garantia da preservação da dignidade da pessoa humana.

A doutrina³⁴⁵ diverge quanto à natureza jurídica do consentimento livre e esclarecido, mas este pode ser enquadrado como autorização, um negócio jurídico unilateral, que legitima qualquer interferência médica.³⁴⁶

Não existe uma forma prescrita em lei para obtenção do consentimento, mas este é indispensável, pelo que se extrai do disposto no artigo 15 do Código Civil e artigo 34 do CEM.³⁴⁷ Todavia, recomenda-se que ele seja escrito³⁴⁸ para que se tenha uma melhor avaliação por parte do paciente acerca do procedimento médico, assim ele terá a chance de refletir sobre os riscos e benefícios de seu tratamento. E até o próprio médico terá seu respaldo. Em se tratando, por exemplo, de cirurgia de esterilização, a lei de planejamento familiar, Lei n. 9.263/1996, prevê, em seu artigo 10, §1º, que é

condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Na medicina obstétrica e ginecológica, uma das especialidades médicas previstas na Resolução n. 2.162/2017, do Conselho Federal de Medicina

345 ROBERTO, Luciana Mendes Pereira. *Responsabilidade civil do profissional de saúde & consentimento informado*. 2. ed. Curitiba: Juruá, 2009.

346 Esse é o posicionamento de Paula Moura Francesconi Pereira, conforme se depreende de sua tese intitulada “A responsabilidade civil como instrumento de proteção à pessoa humana nos ensaios clínicos”, apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Direito Civil. No prelo.

347 Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

348 O Conselho Federal de Medicina dispôs sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica por meio da Recomendação CFM n. 1/2016.

– CFM,³⁴⁹ a relação pode se iniciar antes ou no período gestacional. À gestante devem ser prestadas todas as informações acerca de seu filho; de seu estado de saúde; dos procedimentos que poderão ser adotados; dos tipos de parto (natural, normal, cesárea),^{350 351} dos tipos de anestesia; dos riscos e benefícios para a mulher e para o bebê; do direito à acompanhante (Lei n. 11.108/2005) etc. Tudo deve ter uma linguagem clara e compatível com a capacidade de compreensão da parturiente.

Além do médico obstetra, assume importante papel o radiologista que realiza os exames de ultrassonografia obstétrica, que também assume, durante o exame, o dever de informar sobre o feto e o dia de parto, por exemplo, mesmo com uma certa margem de erro, devendo atuar com observância dos cuidados com a gestante.³⁵²

O Ministério da Saúde elaborou “Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal”³⁵³ nas quais estabelece recomendações pautadas na informação e na comunicação acerca do local do parto, dos cuidados gerais, do alívio da dor no trabalho de parto, da assistência no primeiro, segundo e terceiro períodos do parto, dos cuidados maternos imediatamente após o parto e da assistência ao recém-nascido.

A escolha do tipo de parto deve ser baseada em dados reais, inclusive em relação às consequências que envolvem a modalidade de parto escolhida, a curto prazo (parto pré-termo, baixo peso ao nascer, dificuldades com amamentação, vínculo etc.) e a médio e longo prazo (aumento de sobrepeso

349 Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2149_2016.pdf>. Acesso em: 06 set. 2018.

350 COSTA, Judith Martins. Entendendo problemas médico-jurídicos em ginecologia e obstetria. *in Revista dos Tribunais*, ano 94, volume 831, janeiro de 2005, p. 106-131.

351 Parto natural é aquele que não conta com intervenções para o alívio da dor (medicamentos e anestésias) ou substâncias para antecipação do parto (caso da ocitocina artificial). Já o parto normal possui intervenções médicas, tanto para o alívio da dor como para aceleração do trabalho de parto, sendo via vaginal. Quanto ao parto humanizado, este é definido pela OMS como um conjunto de condutas que promovem um parto e um nascimento que respeitam processos naturais e evitam condutas desnecessárias e/ou de risco para mãe e bebê. Disponível em <<https://universa.uol.com.br/especiais/violencia-obstetricia/index.htm#imagem-5>>. Acesso em: 06 set. 2018.

352 LEGUIZAMON JUNIOR, Teodoro; STEFFANI, Jovani Antônio; Bonamigo, Elcio Luiz. *Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras (B2)*. Revista Bioética (Impresso), 2013, v. 21, p. 509-517.

353 Disponível em <<http://redehumanizaus.net/96047-diretrizes-nacional-de-assistencia-ao-parto-normal/>>. Acesso em: 06 set. 2018.

e obesidade, asma, diabetes tipo 1, alergias, disfunções metabólicas e outras doenças não transmissíveis).

Outrossim, a gestante deve escolher o que gostaria ou não que acontecesse no seu parto: o hospital de sua preferência; quem será seu acompanhante; quando ocorreria a visita de seus outros filhos; se quer que o filho seja imediatamente colocado no colo para amamentar etc., podendo ser reduzido a termo, com a elaboração de um plano de parto.

O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução n. 2.144/2016,³⁵⁴ trata do respeito à autonomia da gestante na opção pelo parto cesárea, garantida mediante o recebimento de todas as informações da forma pormenorizada, bem como de seus benefícios e riscos, devendo a decisão ser registrada num termo de consentimento livre e esclarecido. Da mesma forma, assevera o respeito à autonomia do médico em discordar da vontade da gestante, cabendo-lhe, nesse caso, indicar um profissional para atender a paciente, exercendo a objeção de consciência (Capítulo I, inciso VII, do CEM).³⁵⁵

Os deveres dos pacientes são menos explorados pelos doutrinadores do que seus direitos, pois a análise da relação médico-paciente sempre se ateu à responsabilização do médico pelos danos causados ao paciente ao infringir seus direitos.

No entanto, cabe acentuar que o paciente também deve observar determinados comportamentos decorrentes do princípio da boa-fé e necessários tanto para o desenvolvimento da relação, quanto para o sucesso do tratamento médico. O paciente tem o dever de colaborar para o êxito do procedimento, atendo-se ao que foi recomendado pelo profissional.

354 Disponível em < <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2144>>. Acesso em: 06 set. 2018.

355 Em pesquisa feita por Teodoro Leguizamón Junior, Jovani Antônio Steffani, Elcio Luiz Bonamigo, concluiu-se: “A maioria das gestantes (74,1%) manifestou preferência pelo parto natural, sobretudo as católicas e portadoras de ensino superior completo ou médio incompleto. Entre os obstetras houve preferência pelo parto cesariano (58,3%) e, se fossem instados a aconselhar, todos (100%) recomendariam parto natural. Caso fossem solicitados a realizar cesariana a pedido, 54,5% dos obstetras concordariam de imediato, porém somente 27,3% admitiriam este direito para gestantes do sistema público de saúde.” LEGUIZAMON JUNIOR, Teodoro; STEFFANI, Jovani Antônio; Bonamigo, Elcio Luiz. *Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras* (B2). Revista Bioética (Impresso), 2013, v. 21. p. 509.

No caso da paciente gestante, a ANS dispõe, em sua Resolução n. 368/2015,³⁵⁶ que o Cartão da Gestante é um instrumento de registro das consultas de pré-natal que contém os principais dados de acompanhamento da gestação, devendo permanecer com a gestante e ser apresentado em todos os estabelecimentos de saúde em que for consultada durante a gestação e na própria maternidade quando for admitida em trabalho de parto.

A resolução veio como uma das medidas de incentivo ao parto normal e, conseqüentemente, à redução das cesarianas desnecessárias. Além disso, foi uma resposta à ação civil pública proposta pelo Ministério Público Federal³⁵⁷ perante a ANS e que tramita junto à Justiça Federal, Seção Judiciária do Estado de São Paulo (Proc. n. 0017488-30.2010.4.03.6100).³⁵⁸

O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 8º, entre outros serviços, assegura à gestante o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo; nutrição adequada; atenção humanizada durante a gravidez e ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Já o Estatuto da Pessoa com Deficiência, em seu 19º artigo,³⁵⁹ aborda sobre a competência do SUS para desenvolver ações e programas com o objetivo de prevenir deficiências evitáveis, indicando ser necessário que o parto humanizado e seguro seja garantido, pelo que, como afirma Thamis Dalsenter Viveiros de Castro,³⁶⁰ “a violência obstétrica é a antítese de um parto humanizado”. Outros-

356 Disponível em <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>>. Acesso em: 06 set. 2018.

357 Tribunal Federal do Estado de São Paulo. Jurisdição. Ação Civil Pública, 0017488-30.2010.4.03.6100, autor: Ministério Público Federal, réu: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Agosto de 2010.

358 Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Consulta Pública n. 55 e 56. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-e-participacoes-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-55-e-56-parto>>. Acesso em: 06 set. 2018.

359 Art. 19. Compete ao SUS desenvolver ações destinadas à prevenção de deficiências por causas evitáveis, inclusive por meio de: I - acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, com garantia de parto humanizado e seguro; II - promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, vigilância alimentar e nutricional, prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição da mulher e da criança; III - aprimoramento e expansão dos programas de imunização e de triagem neonatal; IV - identificação e controle da gestante de alto risco.

360 Thamis Dalsenter Viveiros de Castro, comentando o art. 19 do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/2015), ressalta que a redação contida na legislação é pioneira sobre o tema, sendo “premissa fundamental para uma política eficaz de prevenção de causas evitáveis de deficiência, o

sim, o Estatuto reconhece, em seu artigo 3º, inciso IX,³⁶¹ que a gestante é pessoa com mobilidade reduzida, o que só ressalta sua vulnerabilidade.

Todas essas medidas e normas direcionadas à gestante são mecanismos, planos para prevenir até mesmo a violência obstétrica. Esse tipo de violência tem relação direta com o instituto da responsabilidade civil,^{362 363} tanto no plano preventivo, *ex ante*, quanto no reparatório. Primeiro, busca-se evitar a ocorrência de dano pelo princípio da prevenção, que deve se concretizar por meio de medidas que minimizem ou evitem riscos já conhecidos, certos e comprovados. No entanto, quando ocorre a lesão de bem jurídico merecedor de tutela, faz nascer, *ex post*, o dever de indenizar.

O princípio bioético e jurídico da prevenção deve nortear a relação entre médico-paciente, a fim de evitar a ocorrência de danos, inclusive de ordem não patrimonial, com desrespeito à autonomia.

O princípio da prevenção possui viés jurídico (artigo 5º, XXXV, 1º, III, 3º, I, 16, §4º, 225, todos da CF e artigo 6º do CDC) e se concretiza por meio de medidas que visam minimizar ou evitar riscos já conhecidos, certos e comprovados e integra a responsabilidade preventiva, cuja função precípua é evitar os danos. Entretanto, quando são inoperantes essas medidas preventivas,

que coloca o Estatuto em lugar de destaque no quadro legislativo nacional, ao lado da Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000, do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS, e constitui um marco no direito das gestantes.” VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter. In: Heloisa Helena Barboza; Vitor Almeida. (Org.). *Comentários ao Estatuto da Pessoa com Deficiência à luz da Constituição da República*. 1. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2018. p. 119-126.

361 Art. 3º Para fins de aplicação desta Lei, consideram-se: [...] IX - pessoa com mobilidade reduzida: aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso;

362 “Enunciado 466 – Art. 927: A responsabilidade civil prevista na segunda parte do parágrafo único do art. 927 do Código Civil deve levar em consideração não apenas a proteção da vítima e a atividade do ofensor, mas também a prevenção e o interesse da sociedade.” BRASIL. Conselho de Justiça Federal. V Jornada de Direito Civil, de 10 de novembro de 2011. São Paulo - SP.

363 Thaís Goveia sustenta a existência de uma responsabilidade civil preventiva, que visa prevenir a ocorrência da violação dos direitos e os consequentes danos, que atende melhor à sociedade, pois não atua no campo reparatório, mas evita ou dissuade condutas que possam causar acidentes. Ela se aplica tanto na responsabilidade extracontratual quanto na contratual. VENTURI, Thaís Goveia Pascoaloto. *Responsabilidade civil preventiva: A proteção contra a violação dos direitos e a tutela inibitória material*. São Paulo: Malheiros, 2014, *passim*.

a responsabilidade civil reparatória será a forma de ressarcir as gestantes pelos danos sofridos, sejam eles de ordem extrapatrimonial ou patrimonial.

A inobservância pelo médico do dever de informar e a não obtenção do consentimento livre e esclarecido da gestante pode atrair a aplicação do instituto da responsabilidade civil em razão dos danos por ela sofridos, principalmente na esfera não patrimonial. Nesse caso, a responsabilidade civil médica ultrapassa até mesmo a existência de eventual erro médico e se caracteriza pela negligência médica no dever de informar e pela prática do ato sem a devida autorização, atraindo o disposto no artigo 951 do Código Civil e artigo 14, §4º, do CDC.³⁶⁴

A responsabilidade civil pela violação do dever de informar à gestante decorre da obstaculização de sua autonomia da vontade, maculando o ato planejado pela parturiente ao longo dos meses de gestação. Configurar-se-ia ato de violência obstétrica por furtar da gestante sua autodeterminação corporal.

3. O combate à violência obstétrica por meio da informação e o instituto da responsabilidade civil

O ato de violência³⁶⁵ contra as gestantes pode se verificar, a título de exemplo, quando: i) elas são impedidas de ter acompanhante durante o parto (Lei n. 11.108/2005)³⁶⁶ ou quando a sua presença é condicionada à autorização médica;³⁶⁷ ii) são realizados procedimentos sem o seu consentimento; iii) não

364 A respeito da responsabilidade civil do médico pelo inadimplemento do dever de informar merece citar: STJ, REsp 1540580/DF, Relator(a) Ministro Lázaro Guimarães, Relator(a) p/ Acórdão Ministro Luis Felipe Salomão, Órgão Julgador Quarta Turma, Data do Julgamento 02/08/2018, Data da Publicação/Fonte DJe 04/09/2018.

365 O artigo 3º da Lei 3.363/2013, do Estado de São Paulo enumera algumas condutas que configuram violência obstétrica.

366 Cabe trazer à baila decisão que condenou o hospital na reparação dos danos morais sofridos pelo pai em razão da negativa de seu direito de assistir o parto de sua filha na condição de acompanhante, o que está assegurado na Lei n. 11.108/2005. (Apelação Cível n. 70074397753, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Lusmary Fatima Turelly da Silva, Julgado em 25/10/2017). No mesmo sentido: (TJRJ, Apelação n. 0009775-35.2014.8.19.0037, Des(a). Edson Aguiar de Vasconcelos, Décima Sétima Câmara Cível, Julgamento: 18/11/2015; TJRJ, Apelação Cível n. 0007566-98.2012.8.19.0058, Des(a). Natacha Nascimento Gomes Tostes Gonçalves de Oliveira, Vigésima Sexta Câmara Cível, Julgamento: 12/03/2015).

367 Em 2015, quando a Lei n. 11.108/2005, conhecida como a Lei do Acompanhante, completou 10 anos de vigência, a *Revista Época* divulgou pesquisa realizada pelo “Nascer do Brasil”, de 2012, única a medir

recebem informações claras sobre seu estado de saúde; iv) não lhes são oferecidas opções para o alívio da dor;³⁶⁸ v) são impedidas de se movimentar, beber água ou de se alimentarem de forma leve durante o trabalho de parto;³⁶⁹ vi) são submetidas a exames de toque vaginal repetidas vezes; vii) são submetidas à manobra de Kristeller;³⁷⁰ ³⁷¹ e viii) fazem piadas, recebem broncas ou não lhes é permitido que se expressem.

o atendimento às gestantes no Brasil, em que indica que apenas uma a cada quatro mulheres tem o acompanhamento o tempo todo. Disponível em <<https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/violencia-obstetrica-por-que-mulheres-ficam-sozinhas-no-parto.html>>. Acesso em: 06/09/2018.

368 Quanto à aplicação do instituto da responsabilidade civil, em caso de utilização do parto normal quando era indicado procedimento de cesariana, causando sequelas funcionais na criança, merece fazer menção a seguinte decisão: TJRS, Apelação Cível n. 70037514452, Des. Iris Helena Medeiros Nogueira, Nona Câmara Cível, Julgado em 25/08/2010.

369 “O trabalho de parto requer enormes quantidades de energia. Como não se pode prever a sua duração, é preciso repor as fontes de energia, a fim de garantir o bem-estar fetal e materno. A restrição severa de ingestão oral pode levar à desidratação e à cetose. Esta situação é comumente tratada por uma infusão intravenosa de soluções contendo glicose.” (World Health Organization. Maternal and newborn health/safe motherhood division of reproductive health. Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. Genebra 1996; [Citado: 12 feb. 2008]. Disponível em: <http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/archived_publications/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf> Acesso em: 06 set. 2018.

370 “A manobra de Kristeller consiste na compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto objetivando a sua abreviação. Embora rotineiras, tais medidas necessitam de uma análise crítica das evidências disponíveis para se determinar os seus reais benefícios, assim como os riscos associados à sua utilização.” Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal - Relatório de recomendação, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Disponível em <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf> Acesso em: 06 set. 2018.

371 Em relação à responsabilidade civil caracterizada em virtude dos danos sofridos pela prática da manobra de Kristeller no parto ver a seguinte decisão: TJRJ, Apelação cível n. 0000790-55.2005.8.19.0017, Des. Caetano Ernesto da Fonseca Costa, Sétima Câmara Cível, Julgamento: 12/04/2017.

Essas condutas atingem as mulheres que estão em posição de vulnerabilidade potencializada^{372 373} em razão de seu estado de saúde. E afrontam a dignidade humana (art. 1º, III, CF); o direito à vida (art. 5º, CF); à igualdade (art. 5º, I, CRFB/88); à saúde (art. 6º; art. 196 CRFB/88); à liberdade; a proteção à maternidade e à infância (art. 6º; art. 203, I, CRFB/88);³⁷⁴ o direito à humanização do parto; o direito de não ser submetida à tortura (art. 5º, III,

372 O conceito de vulnerabilidade (do latim *vulnerabilis*, “que pode ser ferido”, de *vulnerare*, “ferir”, de *vulnus*, “ferida”) refere-se a qualquer ser vivo, sem distinção, que pode, eventualmente, ser “vulnerado” em situações contingenciais”. Como ressaltado por Heloisa Helena Barboza, a vulnerabilidade é uma característica ontológica de todos os seres vivos, o que reforça a justificação da plena “tutela geral (abstrata) da pessoa humana, ontologicamente vulnerável, não só nas relações econômicas, como nas de consumo, mas em todas as suas relações, especialmente as de natureza existencial, e a tutela específica (concreta), de todos os que se encontrem em situação de desigualdade, por força de contingências (vulnerabilidade potencializada ou vulnerados), como forma de assegurar a igualdade e a liberdade, expressões por excelência da dignidade humana”. BARBOZA, Heloisa Helena. Reflexões sobre a autonomia negocial. In: TEPEDINO, Gustavo; FACHIN, Luiz Edson (Coords.). *O direito e o tempo: embates jurídicos e utopias contemporâneas*. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p. 420. Ver. KONDER, Carlos Nelson, Vulnerabilidade patrimonial e vulnerabilidade existencial: por um sistema diferenciador. *Revista de Direito do consumidor: RDC, São Paulo: Revista dos Tribunais*, v. 24, n. 99, 2015. p. 101-123.

373 As gestantes em razão de sua vulnerabilidade encontram restrições para participação de pesquisas. Para que ocorra a pesquisa nessas hipóteses, deve-se verificar se há riscos de efeitos abortivos, teratogênicos dos medicamentos em estudo, admite-se, tão somente, em caso de risco mínimo e que não possa ser realizada em outra pessoa (Item III.2, alíneas “r” e “s”, Resolução n. 466/12 do CNS). A respeito da participação de gestantes em pesquisa clínica, a Diretriz 17 do CIOMS – Council for International Organizations of Medical Sciences dispõe que as mulheres grávidas, que sejam sujeitos potenciais, devem ser informadas adequadamente sobre os riscos e benefícios para elas, sua gravidez, o feto, seus descendentes e sua fecundidade. PESSINI, Leocir. *Problemas atuais da bioética*. 8. ed. revista e ampliada. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007. p. 226.

374 SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Cibele de Mesquita Serra. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. *REVISTA QUAESTIO IURIS*, v. 10, p. 2.430-2.457, 2017.

CF); enfim, a todos direitos humanos fundamentais consagrados não só na Constituição Federal como em tratados e convenções internacionais.^{375 376 377}

Esses atos se enquadram como uma espécie de violência de gênero³⁷⁸ no âmbito das relações médicas e representam um verdadeiro retrocesso às conquistas das mulheres por direitos iguais, pela não discriminação (artigos 5º, incisos I, XX, L, 6º, 7º, XVIII, 201, II, 226, §5º, todos da CF).

À mulher é assegurado o direito de ter seu acompanhante (Lei n. 11.108/2005); o direito de não ser lesionada pelas manobras desnecessárias e costumeiras, ma-

375 Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a mulher, realizada em Belém do Pará. – arts. 5º e 6º, Convenção Americana de Direitos Humanos – Pacto de San José da Costa Rica, de 22/11/1969, ratificada pelo Brasil em 25/09/1992, arts. 7, 12 e 17. Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, que em seu preâmbulo e artigo 1º consagrou a dignidade da pessoa humana, que abrange a liberdade, a igualdade, e a fraternidade; a Declaração Universal do Genoma Humano e dos Direitos Humanos, artigo 2º, de 1997; e a Convenção sobre Direitos do Homem e Biomedicina, artigo 1º, de 1996.

376 “No âmbito da discussão em torno da melhor terminologia a ser adotada, é de se destacar o uso mais recente da expressão “direitos humanos fundamentais” por alguns autores. Esta terminologia, ao menos em nosso entender, embora não tenha o condão de afastar a pertinência da distinção traçada entre direitos humanos e direitos fundamentais, revela, contudo, a nítida vantagem de ressaltar, relativamente aos direitos humanos de matriz internacional, que também estes dizem com reconhecimento e proteção de certos valores e reivindicações essenciais de todos os seres humanos, destacando, neste sentido, a fundamentalidade em sentido material, que – diversamente da fundamentalidade formal – é comum aos direitos humanos e aos direitos fundamentais constitucionais, consoante, aliás, será objeto de posterior análise.” SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001. p. 33.

377 Declaração da OMS intitulada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/pt/>. Acessado em 01/09/2018.

378 VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter. Comentários ao artigo 19 do Estatuto da Pessoa com Deficiência. In: Heloisa Helena Barboza; Vitor Almeida. (Org.). *Comentários ao Estatuto da Pessoa com Deficiência à luz da Constituição da República*. 1ed. Belo Horizonte: Fórum, 2018. p. 119-126.

nobra de Kristeller – prática banida pela OMS,^{379 380 381} o direito de não ser insultada, direito de não ficar isolada, direito de amamentar seu filho nos primeiros minutos de vida;³⁸² o direito de ter suas dúvidas esclarecidas, entre outros.

O combate à violência perpetrada contra a mulher pode ocorrer de diversas formas,³⁸³ entre as quais: com a concessão de maior acesso e assistência à saúde; com a garantia da presença de acompanhante no momento do parto,

379 World Health Organization. Maternal and newborn health/safe motherhood division of reproductive health. Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. Ginebra 1996;[Citado: 12 feb. 2008]. Disponível em: <http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/archived_publications/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf> Acesso em: 06 set. 2018.

380 Em decisão do Coren/RS de n. 095/2016 foi vedada a participação de profissionais de enfermagem na realização da manobra de Kristeller. Disponível em <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_cdaea2dc629c8089b0948e9eea4c7491.pdf> Acesso em: 06 set. 2018.

381 O Hospital Geral de Pedreira, instituição de saúde pública situado na zona sul da cidade de São Paulo aboliu em dezembro de 2014 a prática chamada de manobra de Kristeller durante os partos após uma paciente procurar o Ministério Público Federal para relatar as dores que sentiu durante o procedimento, tendo a Procuradoria reconhecido que a manobra se trata de violência obstétrica. Disponível em <<https://www.geledes.org.br/hospital-proibe-manobra-de-kristeller-e-reconhece-violencia-obstetrica/>> Acesso em: 06 set. 2018.

382 “Os primeiros 60 minutos de vida do bebê após o nascimento, chamado de *golden hour*, representam o período no qual são realizadas intervenções para minimizar as complicações neonatais(8). Dentre tais intervenções, o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida promovem vínculo entre mãe e bebê e estimulam o reflexo de sucção da criança (9). Dessa forma, medidas de promoção do aleitamento materno (AM) e do contato pele a pele na primeira hora de vida são necessárias para a maior taxa de sobrevivência do neonato e menores índices de desmame precoce.” ARRUDA, Guilherme Tavares; BARRETO, Sabrina Cabreira; MORIN, Vanessa Lago; PETER, Gustavo do Nascimento; BRAZ, Melissa Medeiros; PIVETTA, Hedioneia Maria Foletto. Existe relação da via de parto com a amamentação na primeira hora de vida? Revista Brasileira em Promoção da Saúde (Online), v. 31, p. X-e7, 2018.

383 A Organização Mundial de Saúde em publicação de 2014 intitulada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, prevê como medidas necessárias a serem tomadas: 1. Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos; 2. Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência; 3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto; 4. Produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais; e 5. Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/pt/>. Acesso em: 1º set. 2018.

e com sua maior participação no pré-natal, no plano de parto³⁸⁴ e durante todo o processo de cuidado médico.

O fornecimento de informações à gestante sobre a sua situação de saúde, as condutas e procedimentos disponíveis para a realização do parto, os riscos e benefícios, permitem o exercício de seu direito de escolha, assegurando sua autonomia corporal. É na relação médico-paciente que se inicia a efetivação desse direito, o que impõe uma revisitação dos deveres e direitos a ela atinentes, do papel do médico no que tange à informação.

A informação prestada à gestante deve ser vista como um processo gradual, eis que, durante o período gestacional, ela terá contato com diversos profissionais, sendo que o momento do parto, ainda que previsto, como acontece no caso das cesáreas, pode ser antecipado por questões fisiológicas naturais. Ou seja, o profissional que faz o acompanhamento pré-natal não é necessariamente o que procede com o parto.

Apenas munida de informações³⁸⁵ a gestante poderá exercer efetivamente seu direito de escolha.

Considerações finais

O parto e o nascimento das crianças passam, na contemporaneidade, por uma verdadeira transformação, com novos atores (enfermeiros, técnicos de enfermagem, funcionários do hospital, médico obstetra, anestesistas etc.), e novas formas de atos de violência obstétrica. Por isso, é importante que a mulher recupere sua posição de protagonista no parto de forma consciente, que

384 O Instituto Nascere define plano de parto como sendo uma lista de itens relacionados ao parto, sobre os quais você pensou e refletiu. Isto inclui escolher onde você quer ter seu bebê, quem vai estar presente, quais são os procedimentos médicos que você aceita e quais você prefere evitar. Disponível em <<http://institutonascere.com.br/como-escrever-seu-plano-de-parto/>> Acesso em: 06 set. 2018.

385 “A informação é elemento essencial da precaução porque garante o acesso das pessoas ao conteúdo das decisões tomadas, permitindo a devida fiscalização. A informação permite que cada um, em última análise, tome para si parte do gerenciamento dos riscos que lhe assombram. A informação é indispensável para o exercício da escolha, da autodeterminação, sempre que há espaço para tanto.” HARTMANN, Ivar Alberto Martins. O princípio da precaução e sua aplicação no direito do consumidor: Dever de informação. Revista de Direito do Consumidor: RDC, São Paulo: Revista dos Tribunais, v. 18, n. 70, 2009. p. 162.

este deixe de ser na maioria das vezes um ato cirúrgico e volte a ser um evento fisiológico, um parto humanizado, o que se dá por meio da informação.

A falta de conhecimento pela gestante sobre os procedimentos possíveis de parto, os riscos e benefícios, acarreta a violação de sua livre disposição corporal, seu direito de autodeterminação, sua autonomia e integridade psicofísica, que constituem direitos humanos fundamentais já consagrados.

A intervenção médica se tornará lícita e legítima quando a gestante conceder seu consentimento livre e esclarecido, quando lhe for assegurado o exercício da livre escolha quanto à forma como quer que se realize o parto e sua interação com a criança. A relação médico-paciente deve se dar por meio de um processo dialógico, pela troca transparente de informações e mediante a boa-fé de ambas as partes. Deve-se recuperar o viés personalíssimo da relação e seu distanciamento do caráter hoje atribuído de consumo.

A melhor arma para reduzir a violência que as mulheres têm sofrido em uma posição de extrema vulnerabilidade é, portanto, a informação, pois esta promove o empoderamento da mulher, o exercício da autonomia feminina e previne os atos arbitrários contra a mulher.

A informação atua em observância à função preventiva, dissuasória da responsabilidade civil, que não se afasta, contudo, da função reparatória, compensatória da responsabilidade civil quando o dano decorre de sua ausência.