



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE DIREITO

Luiza Metzker Viana

**DA SALA DE PARTO AO TRIBUNAL: A RESPONSABILIDADE JURÍDICA DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DE CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Florianópolis

2024

Luiza Metzker Viana

**DA SALA DE PARTO AO TRIBUNAL: A RESPONSABILIDADE JURÍDICA DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DE CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^a Dr^a Micheli Pereira de Melo

Florianópolis

2024

Viana, Luiza Metzker

DA SALA DE PARTO AO TRIBUNAL: A RESPONSABILIDADE JURÍDICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DE CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA / Luiza Metzker Viana ; orientadora, Micheli Pereira de Melo, 2024.

75 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas, Graduação em Direito, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Direito. 2. violência obstétrica. I. de Melo, Micheli Pereira . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Direito. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
COORDENADORIA DE MONOGRAFIA


ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE TCC (VIRTUAL)
(Autorizada pela Portaria 002/2020/PROGRAD)

Aos 28 dias do mês de Junho do ano de 2024, às 14 horas e 00 minutos, foi realizada a defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), no modo virtual, através do link: “<https://meet.google.com/ae-mrdd-rzj>” intitulado “DA SALA DE PARTO AO TRIBUNAL: A RESPONSABILIDADE JURÍDICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DE CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”, elaborado pelo(a) acadêmico(a) Luiza Metzker Viana, matrícula 19206431, composta pelos membros Micheli Pereira de Melo, Vera Lúcia Teixeira, Rafael Almeida Santos da Luz e Bárbara Madruga da Cunha, abaixo assinados, obteve a aprovação com nota 10 (DEZ), cumprindo o requisito legal previsto no art. 10 da Resolução nº 09/2004/CES/CNE, regulamentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, através da Resolução nº 01/CCGD/CCJ/2014.


Aprovação Integral

Aprovação Condicionada aos seguintes reparos, sob fiscalização do Prof. Orientador

Florianópolis, 28 de Junho de 2024.

 Documento assinado digitalmente
MICHELI PEREIRA DE MELO
Data: 01/07/2024 21:36:10-0300
CPF: ***.329.119-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Micheli Pereira de Melo
Professora Orientadora

 Documento assinado digitalmente
Vera Lucia Teixeira
Data: 01/07/2024 11:04:26-0300
CPF: ***.553.619-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Vera Lúcia Teixeira

 Documento assinado digitalmente
BARBARA MADRUGA DA CUNHA
Data: 02/07/2024 09:37:50-0300
CPF: ***.727.370-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Bárbara Madruga da Cunha

 Documento assinado digitalmente
Rafael Almeida Santos da Luz
Data: 01/07/2024 11:11:59-0300
CPF: ***.489.448-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Rafael Almeida Santos da Luz
Membro de Banca

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

TERMO DE APROVAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “DA SALA DE PARTO AO TRIBUNAL: A RESPONSABILIDADE JURÍDICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DE CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”, elaborado pelo(a) acadêmico(a) Luiza Metzker Viana defendido em 28/06/2024 e aprovado pela Banca Examinadora composta pelos membros abaixo assinados, obteve aprovação com nota 10 (DEZ), cumprindo o requisito legal previsto no art. 10 da Resolução nº 09/2004/CES/CNE, regulamentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, através da Resolução nº 01/CCGD/CCJ/2014.

Florianópolis. 28 de Junho de 2024



Documento assinado digitalmente

MICHELÍ PEREIRA DE MELO

Data: 01/07/2024 21:37:08-0300

CPE: ***.329.119-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Micheli Pereira de Melo
Professora Orientadora



Documento assinado digitalmente

Vera Lucia Teixeira

Data: 01/07/2024 11:04:42-0300

CPE: ***.653.619-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Vera Lúcia Teixeira



Documento assinado digitalmente

BARBARA MADRUGA DA CUNHA

Data: 02/07/2024 09:38:31-0300

CPE: ***.727.370-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Bárbara Madrugada da Cunha
Membro de Banca



Documento assinado digitalmente

Rafael Almeida Santos da Luz

Data: 01/07/2024 11:12:41-0300

CPE: ***.489.448-**

Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Rafael Almeida Santos da Luz
Membro de Banca



**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências Jurídicas
COORDENADORIA DO CURSO DE DIREITO**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO INEDITISMO DO TCC E
ORIENTAÇÃO IDEOLÓGICA**

Aluno(a): Luiza Metzker Viana

RG: 6302820

CPF: 08461522907

Matrícula: 19206431

Título do TCC: DA SALA DE PARTO AO TRIBUNAL: A RESPONSABILIDADE JURÍDICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DE CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Orientador(a): Profª Drª Micheli Pereira de Melo

Eu, Luiza Metzker Viana, acima qualificado(a); venho, pelo presente termo, assumir integral responsabilidade pela originalidade e conteúdo ideológico apresentado no TCC de minha autoria, acima referido

Florianópolis, 28 de Junho de 2024.



Documento assinado digitalmente

LUIZA METZKER VIANA

Data: 01/07/2024 10:58:49-0300

CPF: ***.615.229-**

Verifique as assinaturas em <https://w.ufsc.br>

Luiza Metzker Viana

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram para a realização desta monografia. À minha família, em especial aos meus queridos pais e irmãos, pelo apoio incondicional e incentivo ao longo dessa jornada acadêmica. Ao meu namorado, por estar sempre ao meu lado, compreendendo as horas dedicadas aos estudos e compartilhando as alegrias e desafios dessa trajetória. À Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade de aprendizado e crescimento intelectual proporcionada durante minha graduação. À minha orientadora, Professora Micheli Pereira de Melo, pela orientação precisa, paciente e pelas valiosas contribuições que enriqueceram este trabalho. E, desde já, agradeço à banca examinadora pela disponibilidade em avaliar e debater os resultados desta pesquisa. A todos vocês, meus profundos agradecimentos.

*“Uma em cada quatro brasileiras sofre
violência no parto.”*

(Fundação Perseu Abramo, 2010)

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo compreender a extensão da responsabilidade jurídica dos profissionais de saúde e investigar a viabilidade e necessidade de criação de uma legislação específica para tratar da violência obstétrica. Utilizando o método dedutivo, a pesquisa analisa as implicações legais existentes e explora a lacuna na legislação atual, destacando a importância de um entendimento claro sobre as responsabilidades dos profissionais envolvidos nos cuidados obstétricos. As discussões centram-se na análise de casos e na interpretação das normas vigentes. O trabalho destaca também a relevância do consentimento informado e da autonomia da paciente como elementos fundamentais no combate à violência obstétrica. A necessidade de educação continuada para os profissionais de saúde sobre os direitos das mulheres no parto e o respeito às suas decisões é outro ponto crucial identificado pelo estudo. Os resultados apontam para a necessidade urgente de um marco legal endereçado especificamente à violência obstétrica, proporcionando proteção adequada às gestantes e estabelecendo diretrizes claras à atuação e limites aos profissionais de saúde.

Palavras-chave: violência obstétrica; responsabilidade jurídica; legislação específica; saúde pública.

ABSTRACT

The present research aims to understand the extent of the legal responsibility of health professionals and investigate the feasibility and need for creating specific legislation to deal with obstetric violence. Using the deductive method, the research analyzes existing legal implications and explores the gap in current legislation, highlighting the importance of a clear understanding of the responsibilities of professionals involved in obstetric care. Discussions focus on case analysis and the interpretation of current regulations. The work also highlights the relevance of informed consent and patient autonomy as fundamental elements in combating obstetric violence. The need for continued education for health professionals about women's rights during childbirth and respect for their decisions is another crucial point identified by the study. The results point to the urgent need for a legal framework that specifically addresses obstetric violence, providing adequate protection for pregnant women and establishing clear guidelines for the actions and limits of health professionals.

Keywords: obstetric violence; legal responsibility; specific legislation; public health.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL	13
1.1	CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SEUS ASPECTOS	13
1.1.1	As possíveis formas de violência obstétrica	14
1.1.2	Procedimentos médicos abusivos	16
1.1.3	Contexto de poder desigual	19
1.2	HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	21
1.2.1	A medicalização do parto	22
1.2.2	Os movimentos feministas e a luta pela humanização do parto	24
1.2.3	Contexto atual: políticas públicas brasileiras e estratégias utilizadas na humanização do parto	25
1.3	PAPEL DO DIREITO NO COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	26
2	A RESPONSABILIZAÇÃO NA PRÁTICA	30
2.1	A RESPONSABILIDADE CIVIL	30
2.1.1	Aspectos gerais da responsabilidade civil	30
2.1.1.1	<i>Conduta voluntária</i>	32
2.1.1.2	<i>Nexo de causalidade</i>	32
2.1.1.3	<i>Resultado danoso</i>	33
2.1.2	Responsabilidade subjetiva e objetiva	33
2.1.3	Dano indenizável	35
2.2	A RESPONSABILIDADE PENAL	36
2.2.1	Crimes configurados no Código Penal	37
2.2.2	Os desafios da penalização	38
2.3	A JUDICIALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PRÁTICA	39
3	ESTRATÉGIAS NO COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	46
3.1	EDUCAÇÃO E CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	47
3.2	A NECESSIDADE DE UMA LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA	49
3.3	PROJETOS DE LEI ACERCA DO TEMA	56
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	63

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é uma realidade sombria no cenário brasileiro, muitas vezes mascarada pela normalização de práticas abusivas e pela falta de conhecimento legal das vítimas. O presente trabalho tem como escopo a análise da responsabilidade jurídica dos profissionais de saúde em casos de violência obstétrica, bem como a discussão acerca da necessidade de uma legislação específica para o enfrentamento dessa problemática.

Neste contexto, o **problema** da pesquisa consiste em explorar se a forma como a legislação, a jurisprudência e as políticas de saúde atuais abordam a responsabilidade legal dos profissionais de saúde diante de casos de violência obstétrica é suficiente para defender os direitos da parturiente. Assim, apresenta-se o seguinte questionamento: Há necessidade de criação de uma legislação específica acerca da violência obstétrica?

A **hipótese** deste estudo é a de que a implementação de uma legislação específica para a violência obstétrica poderia facilitar a responsabilização dos profissionais de saúde, trazer segurança jurídica às vítimas e, também, promover uma mudança cultural nos cuidados obstétricos, garantindo práticas mais humanizadas e seguras.

O **objetivo geral** é, portanto, compreender a extensão da responsabilidade jurídica dos profissionais de saúde e investigar a viabilidade e necessidade de criação de um marco legal específico que trate da violência obstétrica.

Para tanto, será empregada uma **metodologia** de revisão bibliográfica abrangente sobre o tema da violência obstétrica, destacando teorias relevantes e legislação pertinente. Além disso, será realizada uma análise jurisprudencial para examinar como a legislação e os precedentes judiciais abordam questões relacionadas à violência obstétrica.

A **justificativa** desta pesquisa se dá pelos inúmeros casos de violência obstétrica registrados, resultando na urgência em se garantir o respeito aos direitos das mulheres no momento do parto, bem como pela necessidade de criação de uma legislação específica acerca do tema.

Dessa forma, o primeiro capítulo visa desvendar as camadas deste fenômeno complexo, começando com uma exploração do conceito de violência obstétrica e seus diversos aspectos, incluindo as possíveis formas que esta violência

pode assumir, os procedimentos médicos abusivos frequentemente relatados e o contexto de poder desigual que muitas vezes caracteriza a relação entre profissionais de saúde e gestantes.

Além disso, será feito um mergulho histórico para entender como a medicalização do parto contribuiu para o surgimento da violência obstétrica, bem como o papel dos movimentos feministas na luta pela humanização do parto. O capítulo também abordará o contexto atual das políticas públicas brasileiras e as estratégias utilizadas na humanização do parto.

Por fim, será discutido o papel crucial do Direito no combate à violência obstétrica, analisando como a legislação atual trata (ou falha em tratar) este grave problema, abordando, ainda, as legislações da Venezuela e Argentina. Este capítulo estabelece o cenário para uma discussão mais aprofundada sobre a responsabilidade jurídica dos profissionais de saúde e a urgente necessidade de reformas legais.

O segundo capítulo abordará a responsabilização da violência obstétrica, um aspecto fundamental para garantir justiça às vítimas e prevenir futuros casos. Inicialmente, será explorada a responsabilidade civil, detalhando os aspectos gerais e como se aplicam especificamente aos casos de violência obstétrica. Em seguida, a discussão se voltará à responsabilidade penal, examinando os crimes configurados no Código Penal brasileiro aplicados em tais situações e os desafios enfrentados na penalização efetiva dos responsáveis.

Além disso, o capítulo tratará da judicialização da violência obstétrica, analisando casos concretos e jurisprudência relevante para entender como o sistema judiciário brasileiro tem respondido a essas questões. Este capítulo é crucial para compreender as dinâmicas legais atuais e as barreiras enfrentadas pelas vítimas de violência obstétrica na busca por reparação e justiça.

No terceiro e último capítulo, o foco se volta às possíveis estratégias no combate à violência obstétrica. Será destacada a importância da educação e capacitação dos profissionais de saúde como medidas preventivas essenciais, abordando como a formação adequada pode influenciar positivamente na qualidade do atendimento e na redução de práticas violentas.

A discussão avançará para a necessidade de uma legislação específica que defina claramente os direitos das gestantes e as obrigações dos profissionais de saúde, através da criação de um marco legal que coíba a violência obstétrica. Além

disso, serão examinados os projetos de lei em tramitação no Brasil que tratam do tema, avaliando suas propostas e potencial impacto. Este capítulo busca oferecer um panorama das iniciativas legislativas e educacionais que podem transformar o cenário atual, garantindo um parto seguro e respeitoso para todas as mulheres.

1. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

1.1 CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SEUS ASPECTOS

A grande massa da população tem uma percepção de que a violência obstétrica se limita ao abuso físico vivenciado pela mulher durante o parto. No entanto, esse conceito é mais amplo e não se restringe apenas à agressão física. Além disso, uma análise da literatura existente acerca do tema revela a ausência de uma definição padronizada para o termo.

O termo violência obstétrica foi criado no início dos anos 2000 pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogério Perez D' Gregório, e foi propagado mundialmente em 2010, através do Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. A admissão do termo no Brasil foi diretamente influenciada pelas legislações de outras nações latino-americanas. Esse termo foi adotado e bastante difundido a partir do reconhecimento das práticas médicas questionáveis e como uma resposta à alta incidência de cesáreas no Brasil e às intervenções médicas injustificadas e frequentemente prejudiciais, alinhando-se com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). O que no Brasil é apontado como violência obstétrica é o *“disrespect and abuse during child birth”* (OMS), sua tradução literal seria “desrespeito e abuso durante o parto”, que nada mais são do que práticas inerentes a este tipo de violência.

A violência obstétrica é uma grave violação dos direitos fundamentais das mulheres, manifestando-se em diversas formas de abuso físico, psicológico e emocional durante o pré-natal, parto e pós-parto (OMS, 2014). Este fenômeno complexo e multifacetado engloba condutas prejudiciais voltadas às mulheres durante o acompanhamento de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser perpetradas por profissionais de saúde ou outros envolvidos no ciclo gravídico-puerperal (Ciello, et al., 2012). Essa forma de violência se materializa por meio de cuidados desumanos, intervenções abusivas, tratamento médico inadequado e alteração patológica do processo de parto fisiológico (Juárez, 2012; Andrade e Aggio, 2014).

Conforme destacado por Mariana Pulhez (2013), a violência obstétrica abrange atos e condutas prejudiciais dirigidos às mulheres durante o parto, em diversos contextos de assistência à saúde, durante o acompanhamento médico

obstétrico e neonatal. Briena Andrade (2014) acrescenta à definição de Mariana Pulhez, descrevendo a violência obstétrica como condutas adotadas por profissionais da saúde em relação ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, envolvendo o uso abusivo de intervenções, excesso de medicalização e modificação patológica dos processos de parto fisiológico.

Em maio de 2019, o Ministério da Saúde divulgou nota oficial não reconhecendo o termo violência obstétrica. No entanto, devido à grande repercussão social e a pressão popular, após recomendação do Ministério Público Federal, o Ministério da Saúde (MS) legitimou, em junho de 2019, por meio do Ofício nº 296/2019, o direito de as mulheres utilizarem o termo "violência obstétrica" para caracterizar maus tratos, desrespeito e abusos no momento do parto. Embora o termo não apareça nem uma única vez no documento, o texto afirma que:

[...] o MS reconhece o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas que versam sobre o tema. (Ministério da Saúde, 2019)

Vale ressaltar que a violência obstétrica pode ser perpetrada por qualquer indivíduo envolvido na assistência à gestante ou puérpera, incluindo a equipe médica, a equipe técnica de enfermagem, outros profissionais que atuam nesse período e até mesmo o próprio hospital.

1.1.1 As possíveis formas de Violência Obstétrica

A violência obstétrica pode se manifestar de diversas formas, com práticas que violam os direitos fundamentais durante a assistência à gestação, ao parto ou ao pós-parto. Isso inclui abuso físico, abuso psicológico, abuso emocional, abuso à privacidade, negligência, desumanização, degradação e falta de suporte emocional. Tais práticas podem acarretar consequências graves para a saúde física e emocional da mulher.

O abuso físico na violência obstétrica inclui, mas não se limita a, procedimentos invasivos desnecessários como episiotomias sem indicação clínica, uso excessivo de fórceps ou ventosas sem necessidade, e cesarianas realizadas sem respeitar a vontade da parturiente. Em resumo, são intervenções que afetam o

corpo feminino, provocando interferências, dor ou lesões físicas de qualquer grau, ações que não são fundamentadas em recomendações sustentadas por evidências científicas. Essas ações, muitas vezes justificadas sob a premissa da urgência ou da prática padrão, podem levar a complicações de longo prazo, como disfunções do assoalho pélvico, incontinência, dor crônica e trauma psicológico. A manobra de Kristeller (pressão do fundo uterino) é um exemplo claro de violência física (Passos, 2020).

De acordo com o dossiê “Parirás com dor” (2012), o abuso psicológico é qualquer forma de comunicação verbal ou atitude que provoque na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, desamparo, instabilidade emocional, medo, coação, insegurança, engano, alienação, ou que resulte na perda de sua integridade, dignidade e valor. Isso pode se manifestar através de ameaças, falsidades, ridicularização, piadas maldosas, humilhações, grosserias, chantagens, insultos, retenção de informações ou a oferta de informações em uma linguagem inacessível, bem como o desrespeito ou a desconsideração dos padrões culturais da mulher.

Segundo Diniz et al. (2015), a negligência se manifesta quando os profissionais de saúde falham em fornecer o padrão de cuidado adequado, seja por omissão de assistência necessária ou por desatenção às condições clínicas da mulher e do feto.

A degradação, conforme descrita por Albuquerque (2013), é uma forma de violação que fomenta medo, angústia e humilhação nas vítimas. Este tipo de violência é evidenciado nos relatos coletados pela Rede Parto do Princípio, no dossiê denominado Violência Obstétrica “Parirás com dor” (2012), apresentado ao Senado Federal, o qual ilustra o tratamento desumano e degradante sofrido por mulheres em situações de vulnerabilidade durante o parto. As falas relatadas não são apenas exemplos de comunicação inadequada, mas refletem uma cultura de desrespeito e abuso de poder dentro de algumas instituições de saúde. Vejamos:

[...] ‘Você deveria vir aqui e me perguntar sobre fralda, sobre chupeta, mamadeira! Não devia me perguntar sobre procedimento no bebê!!!’ Fala atribuída a médica neonatologista em resposta ao questionamento da gestante sobre os procedimentos a serem realizados no bebê ao nascer. A.D., atendida através de plano de saúde, Vitória-ES [...] Eu digo pras grávidas: ‘se não ficar quieta, eu vou te furar todinha’. Eu aguento esse monte de mulher fresca?’ T., técnica de enfermagem relatando o procedimento de colocar o soro durante o trabalho de parto, Itaguaí-RJ [...] ‘Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é

eclampsia, é droga!’ fala atribuída ao anestesista que foi chamado durante a madrugada (plantão de sobreaviso) para atender a uma cesárea de emergência de uma gestante adolescente com eclampsia cujo parceiro estava preso por tráfico de drogas. Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES [...] ‘Vou dar logo no cu!’ Fala de um médico plantonista em resposta a um pedido realizado no meio da noite para prescrição de medicação para dor na cicatriz da episiotomia. Prescreveu um antiinflamatório via retal. Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES [...] ‘Ah foi a pior possível porque foi um aborto provocado, não foi espontâneo entendeu? Então eles não te tratam bem. Te deixam sofrendo, a minha curetagem foi sem anestesia.’ (Rede Parto do Príncipe, 2012, p. 132-140)

Mulheres são frequentemente deixadas sozinhas durante o trabalho de parto, sem acesso a um acompanhante de sua escolha, de modo que o profissional de saúde responsável e o hospital descumprem a Lei 11.108 de 07/04/2005, que garante a presença de acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A violação desta Lei, em geral, é resultado da falta de conhecimento das mulheres sobre a legislação e é marcada pela desigualdade de poder entre profissionais e usuárias, pela estrutura convencional das instituições e pelas peculiaridades da gestão. Negar a presença de um(a) acompanhante priva a mulher do apoio físico e emocional e da proteção contra episódios de violência, uma vez que a mulher, durante o processo de parto, está vulnerável e precisa do apoio de alguém em quem confia (Nascimento et al., 2019)

Todas essas práticas de violência não apenas violam os direitos reprodutivos das mulheres, mas também têm implicações de longo prazo para a saúde física e mental, afetando a relação mãe-filho e a experiência de maternidade.

1.1.2 Procedimentos médicos abusivos

Entre os mais comuns procedimentos médicos abusivos podemos citar: a imposição de uma posição de parto não desejada pela mulher; a falta de oferta de alívio para a dor, seja por métodos naturais ou anestésicos; a administração de soro com ocitocina; a realização de lavagem intestinal; a restrição ao consumo de líquidos e alimentos; a realização excessiva de exames de toque; a ruptura artificial da bolsa; a depilação dos pelos pubianos; a realização de episiotomia sem prescrição médica; o chamado “ponto do marido”; o uso de fórceps sem necessidade clínica; a imobilização de braços ou pernas e a aplicação da manobra de Kristeller. Muitas mulheres em trabalho de parto confiam nas ações dos profissionais de saúde, que, devido à sua formação técnico-científica, são

considerados os protagonistas do parto. Conseqüentemente, essas mulheres acabam se tornando coadjuvantes, sem autonomia para decidir sobre o que será feito (Nascimento; Souza, 2022).

É necessário destacar que a decisão de realizar uma cesariana deve ser baseada em indicações médicas claras e não na conveniência do profissional de saúde ou na rotina hospitalar. Pesquisas indicam que a cesariana oferece vantagens limitadas ao feto e está vinculada a um risco significativamente maior de mortalidade materna, sendo este risco quatro a cinco vezes superior ao do parto normal. Além disso, a cesariana está relacionada a um aumento na morbidade e mortalidade tanto materna quanto perinatal. Entre as mulheres, o procedimento aumenta a probabilidade de complicações em gestações futuras, como a necessidade de realizar novas cesarianas, ocorrência de placenta prévia e placenta acreta, além de histerectomias devido a múltiplas cesarianas. No que se refere ao recém-nascido, especialmente em cesáreas programadas, observa-se um crescimento no risco de morbidade perinatal, incluindo maiores chances de internação em unidades de terapia intensiva neonatal e desenvolvimento da síndrome de angústia respiratória, riscos estes que podem ser atenuados se a cesariana for realizada após a 39ª semana de gestação (Souza et al, 2010).

A episiotomia, um corte feito no períneo durante o parto, é outro procedimento que deve ser realizado apenas quando estritamente necessário. Complicações frequentes da episiotomia incluem dor prolongada, infecção, deiscência, aumento do volume de sangramento, desconforto durante o sexo e, ainda, disfunção sexual. Há também um risco elevado de laceração perineal em futuros partos. Outros problemas podem ser resultados anatômicos e estéticos que não atendem às expectativas, extensão da incisão e a ocorrência de hematomas (Alperin et al., 2008; Amorim; Katz, 2008; Carroli, Mignini, 2010; Oyelese, Ananth, 2010; Robinson, 2012; Viswanathan et al., 2005). Desde o começo dos anos 80, existem evidências substanciais que sugerem que a prática habitual da episiotomia pode ser nociva para a mãe e não traz vantagens para o recém-nascido (Carroli; Belizán, 1999). Inclusive, muitos são os relatos assombrosos acerca da episiotomia relatados no dossiê “Parirás com dor”, vejamos um exemplo:

[...] temos colegas que aleijam mulheres. Chamamos algumas episiotomias de ‘hemibundectomia lateral direita’, tamanha é a episiorrafia, entrando pela nádega da paciente, que parece ter três nádegas. Sem falar das

episiotomias que fazem a vulva e a vagina ficarem tortas, que chamam de 'AVC vulvar', sabe, como quando alguém tem um AVC e a boca e as feições ficam assimétricas?' fala atribuída a um diretor de hospital em DINIZ, 2006. (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 85)

O uso de medicamentos para induzir ou acelerar o parto é uma intervenção importante que necessita do consentimento esclarecido da mulher. A ausência de diálogo sobre os perigos, como a hiperestimulação uterina, o sofrimento fetal e a exigência de intervenções adicionais, pode comprometer a saúde da mãe e do bebê. Embora seja incomum, a indução do parto pode resultar, ainda, em ruptura uterina. Isso ocorre quando o útero se rompe na cicatriz de uma cesárea prévia ou de uma cirurgia uterina, mas também pode acontecer em mulheres que nunca passaram por uma cirurgia uterina (Sedicias, 2022).

Manobras como a pressão fúndica, conhecida como manobra de Kristeller, são controversas e podem causar desconforto, dor e até lesões tanto para a mãe quanto para o bebê. A manobra Kristeller pode ser caracterizada como uma forma de violência obstétrica física, onde o profissional de saúde aplica pressão com os braços e cotovelos sobre o abdômen da mulher grávida para acelerar o parto. Segundo Reis (apud Rede Parto do Princípio, 2012, p. 105), "*A manobra de Kristeller é reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e o trauma que se seguirá indefinidamente*". A prática dessa manobra reflete uma abordagem obstétrica que prioriza a rapidez do parto em detrimento do bem-estar da mulher e do recém-nascido. Não há provas concretas que indiquem benefícios na aplicação da Manobra de Kristeller durante a fase de expulsão do parto, tanto para o bebê quanto para a mãe. Contudo, essa prática ainda é adotada em aproximadamente 1/3 das parturientes no Brasil (Fiocruz, 2018).

Foi a partir de 1996, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) começou a limitar certos procedimentos obstétricos apenas para casos específicos. Em território brasileiro, uma revisão das práticas de assistência ao parto levou o Ministério da Saúde a publicar, em 2001, um documento que categoriza a episiotomia rotineira e a manobra de Kristeller, dentre outros procedimentos, como ineficazes ou danosos, recomendando sua extinção. No entanto, essas práticas continuam em uso no Brasil. Um estudo realizado pela Fiocruz, intitulado *Nascer no Brasil* (2012), descobriu que mais da metade das mulheres que tiveram parto vaginal foram submetidas a episiotomia.

1.1.3 Contexto de poder desigual

A violência obstétrica, que está diretamente ligada à violência de gênero, é um reflexo de uma estrutura patriarcal, que, historicamente, relegou as mulheres a um papel secundário, inclusive em questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, onde a autonomia feminina é frequentemente desconsiderada, resultando em um ciclo de desempoderamento e violação da dignidade humana. Este tipo de violência se manifesta em um contexto de poder desigual, caracterizado pela imposição de decisões médicas que não respeitam as preferências e necessidades individuais das mulheres, levando a uma sensação de impotência e falta de controle sobre a experiência do próprio parto.

A desigualdade de gênero está evidenciada ao longo do desenvolvimento civilizatório, onde as mulheres são relegadas a um *status* de inferioridade social. Essa disparidade se manifesta de maneira mais severa na forma de violência contra as mulheres, emergindo de uma dinâmica de poder marcada pelo uso da força e dominação (Guedes et al., 2009). Guedes, Silva e Fonseca (2009) sustentam que a reprodução e a sexualidade são influenciadas por relações de poder. Eles também observam que a experiência da maternidade, inserida no contexto social, é permeada por desigualdades que abrangem aspectos sociais, raciais e de gênero, e salientam que nem todas as formas de maternidade são socialmente aceitas ou valorizadas.

Em 2010, uma pesquisa de opinião pública foi conduzida em colaboração entre a Fundação Perseu Abramo e o SESC, focando nas mulheres brasileiras e questões de gênero nos ambientes público e privado. Os resultados da pesquisa mostraram que 25% das mulheres entrevistadas experimentaram algum tipo de agressão durante a gravidez, em consultas pré-natais ou durante o parto. Essas agressões, perpetradas por profissionais de saúde, variaram desde reprimendas, humilhações e gritos até a negação de alívio da dor (mesmo quando indicado), a realização de exames dolorosos e não recomendados, até insultos ofensivos com preconceito em relação à classe social ou cor da pele (Venturi *et al.*, 2010).

A violência obstétrica tem uma forte conexão com a predominância das classes médica e científica como um centro privilegiado de poder e dominação, composto em sua maioria por homens. Isso ocorre em um cenário baseado no biopoder, na sociedade disciplinar e na normatização (Schicocchet e Carlos, 2006).

Quando os profissionais de saúde exercem autoridade sem considerar adequadamente a voz da mulher, cria-se uma dinâmica onde o poder médico pode suplantar os direitos individuais da paciente. Esta situação é particularmente evidente na realização de procedimentos médicos sem necessidade comprovada, como cesarianas eletivas, ou na administração de medicamentos para acelerar o parto sem uma discussão transparente sobre os riscos e benefícios.

Em um relato ao portal G1 de São Paulo (2021), a influenciadora digital Shantal Verdelho expôs ter sido alvo de violência obstétrica. As declarações do médico, carregadas de agressividade verbal e constrangimento, como *“Porra, faz força. Filha da mãe, ela não faz força direito. Viadinha. Que ódio. Não se mexe, porra”*, e falas depreciativas sobre a influenciadora direcionadas ao seu parceiro, como *“Olha aqui, toda arreventada. Vou ter que dar um monte de pontos na perereca dela”* evidenciam, ainda, a violência de gênero sofrida pela mesma. A influenciadora, por ter registrado o ocorrido, conseguiu trazer à luz as ofensas sofridas, algo que muitas mulheres, semelhantemente vitimizadas, não conseguem fazer, seja por desconhecimento, por não terem visibilidade suficiente na sociedade ou por não sobreviverem para contar.

A postura do médico, tratando a mulher como um ser inerte e passivo, que deve permanecer silenciosa para não interferir no procedimento, ou que merece reprimendas como *“não sentiu dor ao fazer”*, anula a sensibilidade da experiência feminina. Tal comportamento profissional ignora a capacidade de escolha consciente da mulher, sua autonomia e liberdade durante o parto, e, por extensão, sua responsabilidade sobre suas próprias decisões. Essa abordagem não só desumaniza a mulher, mas também torna o profissional insensível à dor e às preferências da paciente, perpetuando um ciclo de violência e desrespeito.

Segundo a Rede Parto do Princípio e o Fórum de Mulheres do Espírito Santo, em cartilha lançada em 2014:

A violência institucional na atenção obstétrica, também chamada de violência obstétrica, é a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por **preconceitos de gênero**. As formas mais comuns de violência obstétrica são: humilhar, xingar, coagir, constranger, ofender a mulher e sua família; fazer piadas ou comentários desrespeitosos sobre seu corpo, sua raça ou sobre sua situação socioeconômica; realizar procedimentos sem esclarecimentos ou desconsiderar a recusa informada;

utilizar inadequadamente procedimentos para acelerar partos e vagar leitões; prestar assistência sem observar as melhores evidências científicas disponíveis da segurança e/ou da efetividade das intervenções; submeter a mulher a jejum, nudez, raspagem de pelos, lavagem intestinal durante o trabalho de parto; não oferecer condições para a amamentação e para o contato do bebê sadio com a mãe; violar direitos da mulher garantidos por lei; descumprir normativas e legislação vigente; e coagir mulheres a contratarem serviços e planos (como fotografia e filmagem ou plano do tipo “apartamento”) como única forma de garantir direitos já garantidos por lei às mulheres. (Rede Parto do Princípio e o Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014, n.p.)

Assim, é possível superar a noção de “erros médicos” cometidos de forma indiscriminada e reconhecer que a violência obstétrica está imbricada em questões sociais mais amplas. Torna-se claro, portanto, que a violência obstétrica transcende a esfera da saúde pública, constituindo-se também como uma questão de equidade social, que demanda uma ação conjunta envolvendo a sociedade civil, os criadores de políticas e o aparato jurídico.

1.2 HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O histórico da violência obstétrica está intrinsecamente ligado à evolução das práticas médicas e às mudanças socioculturais sobre o papel da mulher na sociedade. Desde tempos antigos, o parto era visto como um evento natural e comunitário, liderado por parteiras experientes. Com a ascensão da medicina moderna, o parto foi medicalizado e transferido para o ambiente hospitalar, muitas vezes desconsiderando as práticas tradicionais e o conhecimento empírico acumulado. Essa transição resultou em uma abordagem mais intervencionista e menos personalizada, onde a voz da mulher foi progressivamente silenciada. Apenas recentemente, com o fortalecimento dos movimentos feministas e de humanização do parto, a violência obstétrica começou a ser reconhecida como um problema de saúde pública e de direitos humanos, demandando uma resposta jurídica adequada.

Dados recentes do Ministério da Saúde indicam um aumento sem precedentes no número de cesarianas no Brasil: em 2022, 57,7% dos partos foram realizados por meio de cirurgia, uma proporção que tem crescido consistentemente ao longo dos anos, apesar das recomendações internacionais sugerirem uma redução. Esse índice é quase quatro vezes superior à taxa de 15% sugerida pela

Organização Mundial da Saúde (OMS), que defende que as cesarianas sejam reservadas para casos de efetiva necessidade médica.

Conforme publicado pela revista científica *The Lancet* em 2018, o Brasil figura como o segundo país no ranking mundial em número de cesarianas, com aproximadamente 1 milhão de procedimentos anuais, ficando atrás apenas da República Dominicana, onde 58% dos nascimentos ocorrem por meio de intervenção cirúrgica.

1.2.1 A Medicalização do parto

Na Europa, a transição para a medicalização do parto, que se intensificou no século XIX, marcou uma mudança significativa na forma como o nascimento era percebido e gerenciado. Este período foi caracterizado por um movimento em direção à institucionalização do parto, com o desenvolvimento de novas tecnologias e intervenções médicas que prometiam maior segurança e mais agilidade no parto. No entanto, essa mudança também trouxe consigo uma série de implicações que afetaram profundamente a experiência do parto, descartando as práticas tradicionais em favor de métodos que enfatizavam a eficiência e a padronização. Ao final do século XIX, a prática do parto hospitalar começou a se estabelecer como a norma predominante.

Conforme destaca Tornquist:

A metáfora da mudança de endereço da casa para o hospital, bastante frequente entre os ativistas da REHUNA, usada para sinalizar a alteração na forma de parir e de assistir o parto é, de fato, muito apropriada e carregou consigo uma sucessão de mudanças: passou de ofício à profissão, de *affaire de femmes* para assunto de homens, de pobres para elites escolarizadas, das mãos negras para luvas brancas, do rural para o urbano, de saberes populares para saberes científicos, de corpos pulsantes para corpos patológicos, de técnicas mecânicas e ritos espirituais para técnicas químicas, de uma percepção abrangente para um olhar esquadrinhador e meticuloso. (Tornquist, 2004, p. 98)

O século XIX testemunhou avanços significativos na medicina, incluindo a introdução da anestesia e assepsia, que transformaram o parto de um processo natural para um procedimento médico. Além disso, a introdução de anestésicos foi um marco importante para o avanço das técnicas cirúrgicas em obstetrícia, como a cesariana, que naquele tempo era frequentemente vista como uma condenação à morte (Shorter, 1982). Essas inovações foram inicialmente recebidas como marcos

no cuidado à saúde, reduzindo a dor e o risco de infecções durante o parto. No entanto, elas também abriram caminho para uma abordagem mais intervencionista, onde o uso rotineiro de fórceps, episiotomias e indução do parto começou a se tornar comum (Wolff; Waldow, 2008).

No Brasil, a transição para o atendimento hospitalar do parto ocorreu de forma mais tardia, considerando que, conforme destaca Serra (2018), a obstetrícia como uma especialidade médica foi introduzida no país apenas em 1808, com a fundação das faculdades de Medicina e Cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro. Durante todo o século XIX e início do século XX, as parteiras ainda eram as principais responsáveis pela assistência ao nascimento das crianças (Wolff; Waldow, 2008).

A institucionalização do parto foi um fenômeno que se espalhou rapidamente, com hospitais sendo vistos como os locais mais seguros para dar à luz. Esta mudança foi impulsionada pela crença de que a medicina moderna poderia oferecer melhores resultados do que as parteiras tradicionais. No entanto, com o advento do parto hospitalar, houve um afastamento da família do processo de nascimento, pois as instalações e práticas hospitalares foram desenhadas mais para atender às necessidades técnicas dos profissionais de saúde do que para prover cuidado às parturientes (Diniz, 2001; OMS, 1996). Como resultado, muitas mulheres acabam alocadas em quartos compartilhados de hospitais públicos, onde a privacidade é escassa e elas se tornam meras observadoras das diretrizes impostas por médicos e enfermeiros, frequentemente sem a companhia de alguém de sua confiança. Para combater essa forma de violência, em 2005, foi instituída a legislação que assegura o direito ao acompanhamento durante o parto, uma medida que, infelizmente, ainda não é amplamente conhecida entre as gestantes.

A padronização do parto levou a uma percepção do nascimento como um evento que necessita de gerenciamento e controle médico. Isso resultou em uma escalada de intervenções desnecessárias, que muitas vezes não leva em conta as necessidades e desejos individuais das mulheres. A ênfase na eficiência muitas vezes se sobrepõe à qualidade do cuidado e ao respeito pela experiência da mulher, contribuindo para o surgimento da violência obstétrica.

1.2.2 Os movimentos feministas e a luta pela humanização do parto

A história dos movimentos feministas e das mulheres é marcada por uma diversidade de pautas e lutas, refletindo a riqueza e a complexidade das questões que as cercam. No que diz respeito à violência obstétrica, um marco significativo ocorreu no final da década de 1950, quando a revista americana "*Ladies Home Journal*" publicou um artigo intitulado "Crueldade nas Maternidades", que denunciava o tratamento desumano recebido pelas mulheres durante o parto. Esse relato foi um dos primeiros a chamar a atenção para a violência obstétrica como uma questão de direitos humanos. No Reino Unido, a criação da Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas em 1958 representou um movimento pioneiro na luta contra essa forma de violência (Diniz et al, 2015).

De acordo com Tesser e Sena (2017), foi nas décadas de 80 e 90 que grupos motivados pelo feminismo se mobilizaram para enfrentar a violência obstétrica (na época ainda não era difundido o termo). A discussão foi impulsionada por correntes teóricas que emergiram tanto dentro, quanto fora do espaço acadêmico. Uma dessas correntes, influenciada pelo trabalho de Marilena Chauí, "Participando do debate sobre mulher e violência", concebe a violência contra as mulheres como um reflexo da ideologia de dominação masculina, perpetuada tanto por homens quanto por mulheres. Nessa dinâmica, a mulher dominada é silenciada e tratada como objeto, perdendo sua autonomia e liberdade (Chauí, 1985).

Trabalhos como o do grupo Ceres – Espelho de Vênus – e a pesquisa-ação realizada pela Prefeitura de São Paulo – Violência: um olhar sobre a cidade – também foram fundamentais para trazer à tona a realidade do parto institucionalizado e a percepção das mulheres sobre o atendimento violento.

Em 1993, o Coletivo Feminista Saúde e Sexualidade e o Departamento de Medicina Preventiva da USP iniciaram cursos de capacitação para o atendimento a mulheres vítimas de violência, incluindo a violência obstétrica (Diniz et al., 2015). No mesmo ano, a ReHuNa foi fundada, estabelecendo-se como uma organização da sociedade civil engajada na promoção e reivindicação do atendimento humanizado ao parto e nascimento, baseado no protagonismo da mulher e na medicina baseada em evidências científicas (Cadernos HumanizaSUS; v. 4, 2014)

O reconhecimento da violência obstétrica como um grave problema social só ocorreu nas últimas décadas, emergindo das sombras graças ao ativismo feminista

e à ampliação da consciência sobre direitos humanos e direitos das mulheres. Larissa Velasquez de Souza (2022), apontou que a mudança começou quando as mulheres, em seus movimentos, passaram a debater temas como autonomia, a corporeidade feminina, direitos sexuais e reprodutivos, individualidade, além de ciência feminista e a prática da Medicina Baseada em Evidências. Ela observa que os abusos, tanto físicos quanto psicológicos, são reflexos de uma cultura sexista e de um sistema de saúde que opera dentro de um modelo capitalista e industrial.

1.2.3 Contexto atual: políticas públicas brasileiras e estratégias utilizadas na humanização do parto

A humanização do parto no Brasil é um conceito que tem sido desenvolvido como uma resposta diplomática e construtiva à problemática da violência obstétrica. A expressão “humanização” é utilizada para promover um diálogo mais efetivo e menos acusatório, visando a implementação de políticas públicas que abordem a questão com sensibilidade e respeito. Nesse contexto, o Estado brasileiro tem elaborado suas políticas públicas, buscando transformar a assistência ao parto em uma experiência mais digna e respeitosa para as mulheres (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Apesar da ausência de uma legislação específica que tipifique a violência obstétrica, o Brasil conta com normativas que abrangem a humanização do atendimento. Essas normas visam garantir que todos os aspectos do atendimento ao parto sejam conduzidos de maneira ética e centrada na mulher (Rede Parto do Princípio, 2012).

Em 2002, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa de Humanização ao Parto, fundamentado na convicção de que as unidades de saúde devem acolher a mulher, seus familiares e o recém-nascido com dignidade. Isso implica uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a criação de um ambiente hospitalar acolhedor que rompa com o isolamento tradicionalmente imposto à mulher (Brasil, 2002).

O programa também enfatiza a adoção de práticas benéficas e comprovadamente eficazes para o acompanhamento do parto e nascimento, evitando intervenções desnecessárias que não beneficiam a mulher ou o recém-nascido e que possam acarretar riscos adicionais (Brasil, 2002).

A Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde, é uma iniciativa que representa um marco na transformação do atendimento obstétrico no país. Lançada pela Portaria GM/MS nº 1.459 de 24 de junho de 2011 e reforçada pelas Portarias de Consolidação, a Rede Cegonha visa erradicar práticas violentas e constrangedoras, promovendo um modelo de cuidado que respeite os direitos das mulheres e promova práticas seguras e baseadas em evidências científicas.

A Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, conhecida como Lei do Acompanhante, é outra ferramenta importante na promoção da humanização do parto. Ela assegura o direito da mulher de ter um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos serviços de saúde do SUS. Esse direito é essencial para proporcionar suporte emocional contínuo à parturiente, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva e segura. A presença do acompanhante é reconhecida por diminuir a quantidade de intervenções médicas desnecessárias e aumentar a satisfação da mulher com a experiência do parto. Contudo, a eficácia da lei é parcialmente limitada pela falta de previsão de punição em casos de descumprimento.

1.3 PAPEL DO DIREITO NO COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A proteção à maternidade, está assegurada no art. 6º da Constituição Federal:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a **proteção à maternidade** e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

O direito, em sua essência, como mecanismo de regulação social e baluarte da proteção individual (Martelini, 2023), desempenha um papel insubstituível na contenção da violência obstétrica. Ele estabelece o arcabouço legal que assegura os direitos das mulheres, com especial atenção à saúde reprodutiva e ao processo do parto, momentos em que a mulher se encontra em uma condição de extrema vulnerabilidade e, paradoxalmente, de imensa força.

Embora existam inúmeras referências técnicas que delineiam os procedimentos para um atendimento ao parto mais humanizado, observa-se uma notável resistência em aderir a essas práticas recomendadas. O relatório Parirás

com Dor (2012) ressalta a necessidade urgente de uma legislação específica para combater a violência obstétrica. Argumenta-se que, sociologicamente, a força da lei em sua aplicação supera a de meras portarias e diretrizes ministeriais. A ausência de uma lei que proíba explicitamente a violência obstétrica contribui para a perpetuação do tratamento desumano direcionado às mulheres durante o parto. Neste contexto, o governo brasileiro desempenha um papel duplo significativo: como fornecedor de serviços e como regulador das práticas (Ventura, 2009).

Conforme Ventura (2009), a legislação de saúde, pautada nos princípios dos direitos humanos, tem como funções essenciais: promover a saúde com foco nos determinantes sociais que influenciam o adoecimento, tais como pobreza, violência, racismo, sexismo e adultocentrismo¹; estruturar políticas claras que imponham deveres; normatizar e fiscalizar comportamentos e práticas individuais para prevenir e controlar doenças; e assegurar a proteção de todos contra discriminação ou privação de direitos devido a sua situação pessoal.

A carência de legislação específica influencia diretamente os operadores do direito, que frequentemente adotam uma abordagem dogmática e positivista, recorrendo a “soluções prontas” que podem resultar na aplicação de normas e penalidades inadequadas para os casos em questão. Tal abordagem muitas vezes ignora a violência obstétrica como uma questão de gênero e uma grave violação dos direitos fundamentais (Serra, 2018). Além disso, essa deficiência legislativa contribui para a escassa ocorrência de ações judiciais relacionadas à violência obstétrica, devido à falta de classificação legal específica para essas condutas (Nogueira; Severi, 2016).

Dessa forma, o relatório Parirás com dor (2012) destaca as legislações da Argentina e da Venezuela como exemplos do comprometimento dessas nações no enfrentamento da violência contra a mulher. A legislação argentina, através da Lei nº 26.485/2009, estabelece medidas de “Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais”. Paralelamente, a Venezuela, com a Lei nº 38.668/2007, denominada como “Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da

¹ Na base do adultocentrismo está a crença de que os direitos dos adultos devem sempre prevalecer sobre os das crianças, o que pode ocasionar situações onde o poder desses adultos é utilizado de maneira indiscriminada, abusiva e totalmente prejudicial. (Retirado do sítio eletrônico <<https://www.educamaisbrasil.com.br/educacao/noticias/o-que-e-adultocentrismo>>. Acessado em: 16/06/2024.

Violência”, classifica a violência obstétrica como um tipo de violência contra a mulher. Notavelmente, a legislação venezuelana é mais severa, tratando tais atos de violência como crimes e estipulando punições específicas, além de estabelecer a responsabilidade civil dos infratores, assegurando assim o direito de reparação para as vítimas ou seus sucessores.

A legislação venezuelana identifica 19 tipos de violência de gênero, incluindo a violência obstétrica, classificada como crime com penalidades específicas (Guerra, 2008). As sanções para violência obstétrica incluem multas e medidas disciplinares pela associação profissional correspondente, similar aos conselhos profissionais no Brasil. São considerados crimes: a falha em atender emergências obstétricas de forma oportuna e eficaz; forçar a mulher a dar à luz em decúbito dorsal com as pernas elevadas quando há possibilidade de parto vertical; impedir o contato imediato entre mãe e filho sem justificativa médica; acelerar o parto natural de baixo risco sem o consentimento da mulher; realizar cesariana quando o parto natural é viável sem o consentimento voluntário, explícito e informado da mulher (Venezuela, 2007 *apud* Parto do Princípio, 2012). A lei foca em práticas médicas que utilizam técnicas e tecnologias consideradas prejudiciais ou ineficazes. Atos de humilhação e ofensa durante o atendimento são interpretados como violência psicológica, sujeitos a até dezoito meses de prisão. Além disso, a legislação prevê compensação financeira para as vítimas e seus herdeiros (Venezuela, 2007 *apud* Parto do Princípio, 2012).

As iniciativas dos governos da Argentina e da Venezuela em reconhecer e legislar contra a violência direcionada às mulheres durante o parto refletem não apenas o cumprimento de seus deveres enquanto Estados, mas também um avançado nível de desenvolvimento de suas estruturas governamentais, abrangendo os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário (Parto do Princípio, 2012).

Considerando as legislações de nações vizinhas e a situação atual do Brasil no que tange à assistência ao parto, sugere-se que, no contexto brasileiro, é necessário não apenas a aplicação efetiva da legislação vigente, mas também a revisão de seus dispositivos para evitar interpretações que possam retirar direitos já reconhecidos; além disso, é preciso criar novas normativas que garantam a plena execução das políticas públicas voltadas à humanização do parto, conforme preconizado nas campanhas governamentais (Parto do Princípio, 2012).

Portanto, classificar a violência obstétrica como uma forma específica de violência contra a mulher por meio de legislação é um método mais eficaz para prevenir e eliminar tal violência, além de estabelecer práticas médicas e sociais que assegurem os direitos das mulheres à proteção contra a violência (Parto do Princípio, 2012).

Embora os direitos das gestantes e parturientes sejam amplamente reconhecidos, a falta de uma lei própria não diminui a gravidade das violações desses direitos, que são passíveis de reparação legal. Dessa forma, na atual conjuntura, sem uma legislação específica, atribuir responsabilidade civil é uma estratégia importante para desencorajar e prevenir comportamentos que prejudiquem direitos legalmente protegidos, especialmente em casos de violência obstétrica, onde a mulher se encontra em uma situação de extrema vulnerabilidade (Studart, 2022).

No entanto, a eficácia da responsabilidade jurídica é frequentemente limitada por diversos fatores, como a subnotificação dos casos, que ocorre em parte devido ao desconhecimento das mulheres sobre seus direitos e os mecanismos de proteção disponíveis. Além disso, a dificuldade em comprovar os abusos, especialmente quando não há marcas físicas evidentes ou quando a palavra da mulher é colocada em dúvida diante da autoridade médica, é um obstáculo significativo para a efetiva aplicação da responsabilidade civil ou penal.

Portanto, é imperativo que o direito evolua para promover não apenas a punição, mas também a prevenção e a educação. A prevenção pode ser alcançada através da implementação de leis que estabeleçam padrões claros de atendimento humanizado e que promovam o parto natural, reservando intervenções cirúrgicas para casos onde são estritamente necessárias. A educação é fundamental para garantir que tanto os profissionais de saúde quanto as mulheres estejam cientes dos direitos reprodutivos e das melhores práticas no atendimento obstétrico.

Logo, o próximo capítulo será dedicado à responsabilidade jurídica como um meio de enfrentamento da problemática em questão. Serão detalhados os direitos comumente violados durante episódios de agressão no contexto obstétrico, além de uma discussão sobre os princípios da responsabilidade civil e penal. Esses conceitos serão analisados à luz das especificidades da violência obstétrica, que é o foco deste estudo.

2. A RESPONSABILIZAÇÃO NA PRÁTICA

Este capítulo busca detalhar a responsabilização jurídica, tanto civil quanto penal, em casos de violência obstétrica no Brasil, bem como apresentar um panorama jurisprudencial acerca do tema.

Bagatini e Costa elucidam:

A responsabilidade moral é aquela em que, a partir de um comportamento socialmente contraditório, o sujeito sente-se responsável por sua ação. Tal espécie de responsabilidade não possui uma das características basilares da norma jurídica, que é a coercibilidade. A responsabilidade criminal, por sua vez, é aquela que acarreta uma sanção, uma pena, pela violação da norma jurídica de cunho penal. Por vezes, é possível que a partir de um mesmo comportamento humano derivem responsabilidades criminais e também civis (BAGATINI; COSTA, 2020, p. 06)

2.1 A RESPONSABILIDADE CIVIL

A responsabilidade civil é um dever jurídico subsequente que surge para reparar o dano decorrente da violação de um dever jurídico primário. Em outras palavras, toda conduta humana que, ao infringir um dever originário, causa prejuízo a outrem, torna-se fonte geradora de responsabilidade civil (Gonçalves, 2018).

Deste modo, de maneira simplificada, a responsabilidade civil pode ser entendida como o respeito aos limites dos direitos alheios para uma convivência harmoniosa na sociedade. Caso esses limites sejam desrespeitados e causem dano, o agente causador do prejuízo deve compensar o lesado.

Nesse contexto, Pablo Stolze Gagliano e Rodolfo Pamplona Filho (2018) afirmam que o direito positivo estabelece as regras necessárias para a convivência social, punindo aqueles que, ao infringi-las, causam lesões aos interesses jurídicos protegidos. Assim, a responsabilidade civil é aplicada mediante a comprovação de três aspectos principais: conduta voluntária, nexo de causalidade e resultado danoso.

2.1.1 Aspectos gerais da responsabilidade civil

É imprescindível destacar que o direito à saúde e a proteção à maternidade, consagrados constitucionalmente no artigo 6º, englobam a assistência à mulher durante o período gestacional, parto e puerpério. A violência obstétrica fere esses

direitos ao submeter a parturiente a práticas desumanas ou desnecessárias, que não apenas violam sua integridade física e psíquica, mas também afrontam a autonomia e a capacidade de decidir sobre o próprio corpo e o processo de nascimento.

A responsabilidade civil, neste contexto, atua como um mecanismo de tutela jurídica que visa assegurar a reparação dos danos sofridos pela mulher. O Código Civil brasileiro, em seu artigo 186 estabelece que “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito, ou causar prejuízo a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” (Brasil, 2002).

Ainda, o Código Civil dispõe:

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

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

Dessa forma, o artigo 927, não exige necessariamente a comprovação de culpa nos casos previstos em lei ou decorrentes de atividades específicas (teoria do risco). Assim, a culpa deixa de ser o elemento fundamental para a responsabilização, especialmente em atividades consideradas de risco ou perigosas. Como bem coloca Venosa (2008), quem auferir os benefícios de uma situação deve também suportar os ônus. Contudo, a regra geral ainda aponta para a comprovação da culpa (responsabilidade subjetiva), conforme o art. 186 do CC/2002, no caso de violência obstétrica.

Conforme indicado por Carlos Bittar:

Entende-se, pois, que os atos ilícitos, ou seja, praticados com desvio de conduta – em que o agente se afasta do comportamento médio do “bônus pater famílias” – deve submeter o lesante à satisfação do dano causado a outrem (...). Esse comportamento gera, para o autor, responsabilidade civil, que traz, como consequência, traduzindo-se na prática, pela reparação do dano ocasionado (Bittar, 1982, p. 87).

Além disso, para a configuração da responsabilidade civil, é fundamental estabelecer a relação de causalidade entre a conduta ilícita e o dano causado à vítima (Stoco, 1999). No entanto, a complexidade dos casos de violência obstétrica muitas vezes dificulta a demonstração desse nexo, exigindo uma análise detalhada do contexto clínico e das circunstâncias específicas de cada caso.

2.1.1.1 *Conduta voluntária*

A conduta é o elemento primordial do ato ilícito, conforme Rui Stoco (2007). Esse ato danoso representa uma violação de um bem jurídico protegido e constitui uma afronta aos direitos. Segundo Stoco, “não há responsabilidade sem um resultado danoso” (Stoco, 2007, p. 129). A conduta pode ser compreendida como uma ação ou omissão voluntária, como expressamente previsto no artigo 186 do Código Civil, supramencionado. De acordo com Angelim, a conduta é o “ato que gera a obrigação de reparação” (Angelim, 2018, p. 22). Trata-se de um comportamento voluntário que se manifesta por meio de uma ação ou omissão, resultando em danos e implicações jurídicas. Portanto, quando um indivíduo realiza um ato voluntário, seja ele omissivo ou não, causando prejuízos a terceiros, poderá ser responsabilizado pelo dano causado.

2.1.1.2 *Nexo de causalidade*

O nexo causal é um dos pressupostos essenciais para que surja o dever de indenização na responsabilidade civil. Roberto Gonçalves (2012) explica que a responsabilidade decorrente de um dano só se configura quando é possível estabelecer uma relação de causalidade entre o dano e o responsável por ele. Nas palavras de Savatier, “*um dano só produz responsabilidade, quando ele tem por causa uma falta cometida ou um risco legalmente sancionado*” (Savatier apud Alvin, 1949, p. 299)

O nexo de causalidade é a conexão jurídica estabelecida entre a conduta ou atividade anterior e o dano, com o propósito de imputar a obrigação de ressarcimento. Além disso, o responsável pelo dano nem sempre é aquele que o praticou diretamente; a responsabilidade solidária permite que outros envolvidos também sejam responsabilizados (Farias et al., 2019).

Em resumo, o nexo causal, no âmbito do direito civil, diz respeito à causa que deu origem ao ato ilícito. Se essa causa estiver claramente relacionada ao resultado do dano, podemos falar em nexo de causalidade.

2.1.1.3 Resultado danoso

O dano ao patrimônio está intrinsecamente ligado às relações jurídicas de uma pessoa, que são avaliadas em termos monetários. Analisa-se o dano considerando a diminuição sofrida no patrimônio. Portanto, a questão do dano está diretamente relacionada à indenização, sendo relevante apenas o estudo do dano indenizável (Gonçalves, 2012).

No contexto jurídico, a indenização tem como objetivo ressarcir ou reparar o dano causado à vítima. Nesse mesmo raciocínio, fica evidente que:

Embora possa haver responsabilidade sem culpa, não se pode falar em responsabilidade civil ou em dever de indenizar se não houve dano. **Ação de indenização sem dano é pretensão sem objeto**, ainda que haja violação de um dever jurídico e que tenha existido culpa e até mesmo dolo por parte do infrator. (Gonçalves, 2012, p. 358).

Em outras palavras, não faz sentido buscar indenização quando não há efetivo prejuízo sofrido pela vítima.

Segundo Cavalieri Filho (2008), o dano é o pressuposto mais importante da responsabilidade civil. Afinal, não é possível falar em indenização sem que tenha ocorrido algum prejuízo. Se a vítima não sofreu danos, não há motivo para ressarcimento. Portanto, o dano é o ponto central na análise da responsabilidade civil.

2.1.2 Responsabilidade subjetiva e objetiva

A responsabilidade civil, historicamente, está intrinsecamente ligada à comprovação da culpa do agente. O artigo 186 do Código Civil ainda mantém essa regra geral, exigindo que o autor do dano tenha agido com negligência, imprudência ou imperícia. Segundo Lisboa (2004), a responsabilidade civil subjetiva é apurada mediante a demonstração da culpa do agente causador do dano. Já a responsabilidade objetiva com presunção de culpa é aquela que se baseia na presunção relativa da lei quanto à existência da culpa do agente causador do dano.

Para Moraes et al (2016), a responsabilidade civil dos médicos e enfermeiros pode ser tanto subjetiva quanto objetiva, dependendo do caso específico. Na responsabilidade civil subjetiva, é necessário comprovar a culpa ou o dolo por parte do profissional. Ainda, o ônus da prova recai sobre o paciente, que

deve demonstrar que o profissional agiu de forma imprudente, negligente ou imperita, causando danos. Essa modalidade exige a análise detalhada das circunstâncias do caso para determinar a responsabilidade. Na responsabilidade civil objetiva não é preciso comprovar culpa ou dolo. Basta demonstrar o dano causado ao paciente e o nexo causal entre esse dano e a conduta do profissional. Essa abordagem é especialmente relevante em situações em que a atividade exercida envolve riscos previsíveis e inerentes.

Os juristas Moraes et al. (2016) também afirmam que, no que diz respeito à responsabilidade civil objetiva, basta demonstrar o dano causado ao paciente e o nexo causal entre esse dano e a conduta do profissional, como em casos de falta de equipamentos adequados ou medicamentos. É importante ressaltar que, em qualquer das modalidades de responsabilidade civil, é necessário que haja uma relação de causalidade entre a conduta do médico ou outro profissional da saúde e a existência do dano.

Segundo a interpretação de Cavalieri Filho, a responsabilidade civil objetiva, expressa no artigo 927 do Código Civil, estabelece que “aquele que, no exercício de direito subjetivo, ultrapassar os limites ali previstos e causar dano a outrem, terá que indenizar independentemente de culpa” (Cavalieri, 2003, p. 38).

Segundo Rui Stoco (2007), a culpa (*stricto sensu*) se manifesta como um comportamento inadequado do agente. Mesmo sem intenção de causar dano ou de agir contra as proibições expressas do ordenamento jurídico, o agente poderia ter tomado uma atitude diferente para evitar o resultado danoso.

Ainda, de acordo com Diniz (2005), a responsabilidade civil objetiva é “fundada no risco”, o que justifica essa responsabilidade quando o agente causa prejuízo à vítima ou aos seus bens. Portanto, quando uma atividade é realizada com base no risco para a vítima, não é necessário provar a culpa do agente, bastando demonstrar o dano e o nexo causal.

Dessa forma, a teoria do risco parte do princípio de que quem auferir os benefícios de uma atividade deve também suportar os ônus e os riscos dela decorrentes (Venosa, 2008). Isso significa que, em determinadas situações, a responsabilidade não depende da demonstração de culpa, mas sim da relação de causalidade entre a atividade e o dano causado.

2.1.3 Dano indenizável

No âmbito civil, o dano material refere-se aos gastos pecuniários, como despesas médicas ou a incapacidade para o trabalho decorrente de sequelas. Por outro lado, o dano moral afeta o interior da pessoa, seu estado psicológico e seus direitos da personalidade, como o nome, a honra e a intimidade. Além disso, existe o dano estético, que atinge a autoestima da pessoa e pode ter reflexos em sua saúde e integridade física (Xavier, 2019).

Pablo Stolze e Rodolfo Pamplona descrevem o dano moral como “lesão de direitos cujo conteúdo não é pecuniário, nem comercialmente redutível a dinheiro” (Gagliano; Pamplona Filho, 2004, p. 55). De maneira similar, Maria Helena Diniz define o dano moral como “a lesão de interesses não patrimoniais de pessoa física ou jurídica, provocada pelo ato lesivo” (Diniz, 2005, p. 84).

Carlos Roberto Gonçalves define que dano moral é:

o que atinge o ofendido como pessoa, não lesando seu patrimônio. É lesão de bem que integra os direitos da personalidade, como a honra, a dignidade, intimidade, a imagem, o bom nome, etc., como se infere dos art. 1º, III, e 5º, V e X, da Constituição Federal, e que acarreta ao lesado dor, sofrimento, tristeza, vexame e humilhação (GONCALVES, 2009, p.359).

Uma abordagem alternativa define o dano moral como o impacto causado pela ofensa, e não a ofensa em si. Yussef Said Cahali descreve o dano moral da seguinte forma:

Dano moral, portanto, é a dor resultante da violação de um bem juridicamente tutelado, sem repercussão patrimonial. Seja dor física – dor-sensação, como a denominada Carpenter – nascida de uma lesão material; seja a dor moral – dor-sentimento, de causa imaterial. (CAHALI, 2011, pag. 28).

Inicialmente, pode-se pensar que o dano moral está relacionado com sentimentos de dor, angústia, sofrimento e tristeza. No entanto, na concepção moderna, não é adequado limitar o dano moral apenas a esses aspectos, pois ele abrange todos os bens personalíssimos.

Com efeito, compreende-se que nem todo desconforto, aborrecimento ou tristeza justifica a reparação por danos morais. É necessário analisar as circunstâncias específicas do caso, bem como a personalidade da vítima, para determinar se a situação em questão seria capaz de causar um dano moral relevante ao cidadão comum.

De acordo com Antônio Jeová Santos:

conquanto existam pessoas cuja suscetibilidade aflore na epiderme, não se pode considerar que qualquer mal-estar seja apto para afetar o âmago, causando dor espiritual. Quando alguém diz ter sofrido prejuízo espiritual, mas este é consequência de uma sensibilidade exagerada ou de uma suscetibilidade extrema, não existe reparação. Para que exista dano moral é necessário que a ofensa tenha alguma grandeza e esteja revestida de certa importância e gravidade (Santos, 2003, p. 111).

Em resumo, o dano moral é um conceito multifacetado no direito civil que transcende a mera perda financeira, atingindo profundamente os aspectos mais íntimos e pessoais do ser humano. As diversas definições apresentadas por renomados doutrinadores ressaltam que o dano moral deve ser entendido como uma lesão aos direitos da personalidade, capaz de provocar sofrimento psicológico e afetar a dignidade do indivíduo. Contudo, é crucial que haja um critério rigoroso na avaliação de tais danos, evitando-se a banalização do conceito e garantindo que apenas ofensas de significativa gravidade sejam consideradas passíveis de reparação. Assim, o dano moral se estabelece como um instrumento de tutela jurídica essencial para a proteção da integridade moral e psíquica das pessoas, refletindo o valor que a sociedade contemporânea atribui à honra e à dignidade humana.

2.2 A RESPONSABILIDADE PENAL

No Brasil, não existe uma legislação específica que regule ou defina a violência obstétrica (Brun et al, 2021). Isso resulta na ausência de um conceito legalmente reconhecido de violência obstétrica em nível nacional (Zouein, 2019).

Embora a legislação brasileira não contemple uma seção dedicada exclusivamente à violência obstétrica, o Código Penal incrimina, de maneira abrangente, atos que configurem injúria, maus-tratos, ameaça, constrangimento ilegal, lesão corporal e homicídio. É importante ressaltar que transgressões à ética médica podem acarretar sanções severas, incluindo a perda do direito de praticar medicina, conforme estipulado pela Resolução nº 1.931 de 2009 do Conselho Federal de Medicina. Contudo, a efetiva responsabilização penal dos profissionais de saúde implicados em tais atos ainda representa um desafio significativo no Brasil. A escassez de denúncias, o temor de represálias e a intrincada estrutura do sistema de saúde frequentemente obstaculizam a atribuição de responsabilidade aos infratores.

2.2.1 Crimes configurados no Código Penal

O artigo 140 do Código Penal define o crime de injúria como o ato de “injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro” (Brasil, 1940). Portanto, as ofensas verbais proferidas por profissionais de saúde contra gestantes, parturientes e puérperas podem se enquadrar nessa normal penal (Pereira; Paiva, 2023).

O crime de maus-tratos, articulado no artigo 136 do Código Penal, se refere à ação de colocar em risco a vida ou a saúde de alguém sob sua responsabilidade, seja para fins educacionais, de ensino, tratamento ou custódia. Isso pode ocorrer por meio da privação de alimentação ou cuidados essenciais, submissão a trabalho exaustivo ou inapropriado, ou abuso de métodos corretivos ou disciplinares (Brasil, 1940). Na esfera da violência obstétrica, tal crime pode manifestar-se em práticas como a execução de exames de toque extremamente dolorosos ou a recusa em fornecer analgésicos, privando assim a paciente dos cuidados necessários que deveriam ser garantidos pelo responsável pelo seu tratamento correto (Pereira; Paiva, 2023).

Relativamente à ameaça, delineada no artigo 147 do Código Penal, que se caracteriza pela ação de “ameaçar alguém, por palavra, escrito, gesto ou por qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave” (Brasil, 1940), tal comportamento pode manifestar-se em declarações ameaçadoras no sentido de não mais atender a parturiente caso ela chore ou reclame (Pereira; Paiva, 2023).

Em relação ao delito de constrangimento ilegal, descrito no artigo 146 do Código Penal, este é definido como o ato de constranger alguém, usando violência ou grave ameaça, ou após ter diminuído, de qualquer forma, a capacidade de resistência da pessoa, a não realizar o que a lei autoriza, ou a executar o que ela não manda (Brasil, 1940). Esse crime pode ser identificado na perda de autonomia da mulher em trabalho de parto, que frequentemente se vê coagida a aceitar procedimentos com os quais não concorda, como a episiotomia, a escolha do método de parto e da posição para o nascimento, o uso de fórceps, entre outros procedimentos (Veloso; Serra, 2016).

O crime de lesão corporal está classificado entre os crimes contra a pessoa, sendo conceituado como uma “ofensa à integridade corporal ou saúde, isto é, como todo e qualquer dano ocasionado à normalidade funcional do corpo humano, quer do ponto de vista anatômico, quer do ponto de vista fisiológico ou mental” (Capez,

2012, p. 122). Articulado no artigo 129 do Código Penal, o crime de lesão corporal é definido como a ação de lesar a integridade física ou a saúde de alguém, podendo-se antever a aplicação deste conceito aos casos de violência obstétrica. Isso se deve ao fato de que o parágrafo 1º, inciso IV, estabelece que, se tal lesão resultar na aceleração do parto, será classificada como grave, e o parágrafo 2º, inciso V, determina que, se provocar um aborto, será considerada gravíssima (Brasil, 1940).

No que concerne ao crime de homicídio, definido pela ação de ceifar uma vida, Lima (2019) esclarece que abusos resultantes de negligência, imprudência ou falta de habilidade técnica por parte dos profissionais de saúde que levem à morte da gestante configuram o homicídio culposo, conforme o artigo 121, § 4º, do Código Penal, caracterizando-se pela ausência de intenção de matar. Contudo, se esses profissionais agirem com intenção ou aceitarem o risco de causar o dano, o ato pode ser classificado como homicídio doloso, de acordo com o artigo 121, caput, do mesmo Código.

Ainda, é importante salientar que, conforme o artigo 61, inciso II, alínea “h” do Código Penal, a prática de crime contra mulher grávida constitui uma circunstância agravante que sempre intensificará a penalidade aplicada (Brasil, 1940).

2.2.2 Os desafios da penalização

Em relação à responsabilidade criminal, o Brasil apresenta obstáculos notáveis para efetivar a responsabilização de profissionais de saúde em incidentes de violência obstétrica. Mesmo diante de legislações destinadas à salvaguarda dos direitos femininos, a execução dessas normas e a punição adequada dos transgressores revelam-se desiguais. Tal cenário pode ser justificado por uma série de razões, que abrangem desde a insuficiente sensibilização acerca da questão, passando pela cultura de impunidade, até as complicações na obtenção de evidências concretas em situações de violência obstétrica, bem como a possível parcialidade no sistema judiciário, considerando que muitos dos responsáveis são membros da classe médica (Pereira; Paiva, 2023).

A obtenção de provas concretas em casos de violência obstétrica é notoriamente difícil. As vítimas podem se sentir intimidadas ou relutantes em

denunciar o abuso, e a natureza íntima desses incidentes muitas vezes resulta em falta de testemunhas ou evidências físicas claras. Isso é alavancado pela possível parcialidade dentro do sistema judiciário. A classe médica possui um status social elevado e influente, o que pode levar a um viés na avaliação dos casos e na decisão dos juízes, favorecendo os profissionais acusados em detrimento das vítimas (Pereira; Paiva, 2023).

Além do desafio enfrentado pela população em reconhecer situações de violência obstétrica, a inexistência de uma legislação federal específica que estabeleça um tipo penal e determine as penalidades aplicáveis aos perpetradores contribui para que apenas uma fração mínima dos incidentes seja efetivamente processada no sistema judiciário. Isso ocorre apesar da quantidade de casos relatados de violência obstétrica, que afeta tanto o setor público, quanto o privado de saúde (Ribeiro, 2021).

Esses obstáculos não apenas dificultam a responsabilização criminal dos profissionais envolvidos, mas também desencorajam as vítimas de buscar justiça, perpetuando um ciclo de violência e silêncio. Para romper esse ciclo, é necessário um esforço conjunto para aumentar a conscientização sobre o problema, fortalecer as leis e políticas existentes, e garantir que o sistema judiciário trate esses casos com a seriedade e imparcialidade que merecem.

2.3 A JUDICIALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PRÁTICA

A análise da jurisprudência relativa à violência obstétrica revela um cenário em que a busca por reparação jurídica é predominantemente civil, com 88,5% das ações enquadradas nessa natureza. Notavelmente, a maioria dessas ações é iniciada pelas próprias mães, representando 60,1% dos casos, direcionadas contra hospitais ou em litisconsórcio com outras entidades como a Fazenda Pública, profissionais de saúde e planos de saúde, totalizando 55,3%. A violência psicológica emerge como a principal alegação, citada em 31,8% das demandas. Quando combinada com pedidos de compensação por danos morais e/ou violência física, essa proporção salta para 87,7%, conforme estudo de Nogueira e Severi (2016).

A jurisprudência sobre violência obstétrica é um mosaico de decisões que refletem a diversidade de interpretações e a aplicação do direito. Ao examinar os julgados pertinentes, observa-se uma gama de entendimentos que variam conforme

o contexto fático e as nuances legais de cada caso. Importante frisar que este estudo não visa esgotar a análise de todos os julgados existentes, mas sim, discutir as tendências e os diferentes posicionamentos adotados pelos tribunais. Tal abordagem permite identificar padrões decisórios, bem como as lacunas e os desafios que permeiam a efetivação dos direitos das mulheres no âmbito da violência obstétrica, contribuindo para um diálogo jurídico mais amplo e aprimorado sobre o tema.

A violência obstétrica, longe de ser um fenômeno raro ou isolado, é uma realidade alarmante que afeta uma em cada quatro mulheres que dão à luz, representando 25% das parturientes. Essa estatística, apontada por Venturi et al. (2010), e a frequência com que ocorre em ambas as redes de saúde, pública e privada, conforme destacado por Zanardo et al. (2017), evidenciam que a violência obstétrica transcende barreiras e ambientes.

As ocorrências mais comuns no parto envolvem práticas inadequadas, negação de alimentação à parturiente e procedimentos realizados sem o devido consentimento. Tais atos não só colocam em risco a vida e a saúde da mãe e do recém-nascido, mas também podem ter consequências fatais, como ilustrado pelo trágico caso julgado no Tribunal de Justiça do Mato Grosso, onde a manobra de Kristeller resultou na morte do bebê, conforme se infere do julgado do TJ/MT (Apelação Cível 0003281-88.2013.8.11.0013; Relator: Yale Sabo Mendes; Órgão Julgador: Segunda Câmara de Direito Público e Coletivo; Data do Julgamento: 07/06/2021):

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – PRELIMINARES – CÉRCEAMENTO DE DEFESA - REJEITADA – VIOLAÇÃO DO PRINCÍPIO DA DIALETICIDADE – AFASTADO - MÉRITO - GRAVIDEZ– REALIZAÇÃO DE PARTO NORMAL – FALECIMENTO DA CRIANÇA – PROCEDIMENTO UTILIZADO NO PARTO CHAMADO DE MANOBRA DE KRISTELLER - DEPRESSÃO NEONATAL SEVERA - FALHA NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA – RESPONSABILIDADE CIVIL CARACTERIZADA – QUANTUM INDENIZATÓRIO MANTIDO – PENSÃO PELA MORTE DA CRIANÇA – CABIMENTO - JUROS E CORREÇÃO MONETÁRIA – REPERCUSSÃO GERAL RE XXXXX/SE – SENTENÇA PARCIALMENTE RETIFICADA - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. (TJ-MT, 2021, on-line).

Apesar de a manobra de Kristeller ser um procedimento proscrito, essa prática persiste em alguns cenários clínicos, levando a lesões graves que vão desde traumas físicos até a morte. A jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP) reflete essa realidade, tratando casos resultantes dessa manobra na esfera

cível, focando em indenizações por danos morais e materiais (TJ/SP. Apelação Cível 0040235-41.2008.8.26.0224; Relator (a): Osvaldo de Oliveira; Órgão Julgador: 12ª Câmara de Direito Público; Foro de Guarulhos - 4ª. Vara Cível; Data do Julgamento: 31/10/2018).

Entretanto, considerando a gravidade dos danos que podem ser infligidos, argumenta-se que tais atos deveriam ser enquadrados criminalmente, conforme o artigo 129, §1º, IV, do Código Penal, que trata de lesões corporais de natureza grave. A penalização na esfera criminal poderia servir como um dissuasivo mais eficaz contra a continuidade dessa prática, além de oferecer uma resposta mais justa às vítimas que sofreram violações significativas de seus direitos fundamentais durante um momento tão vulnerável de suas vidas.

Contudo, na prática, observa-se que o Código Penal, na grande maioria dos casos, não é aplicado, prevalecendo as ações de indenização, tal como no julgado do TJ-SP, - AC: 10204548020208260002 SP 1020454-80.2020.8.26.0002, Relator: Rômulo Russo, Data de Julgamento: 24/11/2021, 7ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 24/11/2021:

INDENIZATÓRIA. ERRO MÉDICO. Incúria atribuída ao nosocômio e aos profissionais médicos que realizaram o parto transpélvico no qual houve laceração do períneo e lesão do esfíncter anal da parturiente, a qual evoluiu com fistula retovaginal. Autora que impugna o laudo 42 pericial que não identificou a existência denexo de causalidade entre as lesões sofridas e a conduta médica. Laudo pericial que enumera dentre os fatores de agravamento do risco de laceração perineal a realização de episiotomia, o emprego de ocitocina e a aceleração do parto. Hipótese dos autos em que se identifica o início do emprego de ocitocina 30 minutos antes do início do parto, a subsequente realização de episiotomia e o nascimento 36 minutos após a hora indicada como de início do parto. Necessidade de esclarecimento pelo expert acerca da necessidade de realização dos procedimentos que importam em agravamento do risco de laceração perineal. Existência de pontos dúbios ou omissos que impõe a complementação do laudo pericial. Sentença anulada. Apelo provido. (TJ-SP, 2021, on-line)

A violência em questão envolve a realização de uma episiotomia por médicos, que acarretou em danos ao esfíncter anal da mulher em trabalho de parto, evoluindo posteriormente para uma fístula retovaginal.

A decisão de 2019 do Tribunal de Justiça do Amazonas (TJ-AM) em uma Ação de Apelação Cível (TJ-AM - AC: 06208865820158040001 AM 0620886-58.2015.8.04.0001, Relator: Airton Luís Corrêa Gentil, Data de Julgamento: 29/04/2019, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 29/04/2019), destaca a complexidade da responsabilização civil dos profissionais de saúde. Neste caso

específico, a ação de indenização por danos morais foi desafiada pela dificuldade em comprovar a culpa do médico, uma vez que a responsabilidade civil exige a demonstração de dolo ou negligência, além da conexão direta entre a conduta e o dano sofrido. O tribunal reconheceu a ação, mas não a proveu, ressaltando a necessidade de evidências claras para estabelecer a tríade da responsabilidade civil: conduta, dano e nexo causal. Esse julgamento reflete uma barreira significativa para as vítimas de violência obstétrica, pois coloca em xeque a sua palavra e, conseqüentemente, pode desencorajar outras mulheres de buscar reparação legal, temendo a falta de suporte do sistema judiciário.

A seguir, um julgado do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP - AC: 10103335020138260127 SP 1010333-50.2013.8.26.0127, Relator: J.B. Paula Lima, Data de Julgamento: 08/05/2020, 10ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 08/05/2020) nos oferece um exemplo elucidativo sobre a responsabilidade civil em casos de violência obstétrica. Neste julgado específico, a autora relatou ter sofrido negligência no atendimento hospitalar, sendo deixada na recepção com sangramento evidente e recebendo assistência médica somente após a morte fetal e a emergência de uma cirurgia. A decisão inicial foi revista, reconhecendo-se o dano moral pela conduta negligente, apesar de o laudo técnico excluir erro médico e a responsabilidade do hospital pelo aborto. Este caso ressalta a importância do atendimento adequado e humanizado, bem como as consequências jurídicas quando tal padrão não é atendido, mesmo que não resulte em erro médico *per se*.

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem estabelecido que a responsabilidade dos hospitais, em relação aos atos médicos realizados por seus contratados, é de natureza subjetiva e está condicionada à comprovação de culpa. Necessita-se de um laudo pericial que ateste a qualidade do atendimento obstétrico prestado e que confirme a inexistência de práticas inadequadas por parte dos profissionais do hospital que possam ter contribuído para eventuais complicações no parto e pós-parto. Em um caso julgado em 2021 (TJ-SP - AC: 10034799820178260127 SP 1003479-98.2017.8.26.0127, Relator: Alexandre Coelho, Data de Julgamento: 29/04/2021, 8ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 29/04/2021), o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ-SP) seguiu essa orientação, concluindo pela ausência de erro médico e, conseqüentemente, negando o recurso de apelação da autora que buscava indenização por danos morais,

reforçando a necessidade de evidências concretas para a responsabilização hospitalar.

Os julgados analisados revelam uma tendência do Judiciário em fundamentar as decisões em casos de violência obstétrica na combinação de dano moral e responsabilidade civil. Contudo, nota-se uma lacuna no que tange à violação dos direitos das mulheres, com um enfoque mais restrito aos critérios técnicos do erro médico — dano, nexo causal e culpa — do que às experiências vivenciadas pelas mulheres durante o pré-parto, parto e pós-parto. As demandas judiciais refletem não apenas a busca por reparação, mas também o anseio pelo reconhecimento judicial da violência institucional sofrida, evidenciando a importância da decisão judicial não só como um meio de compensação, mas como um ato de validação das violações enfrentadas (Nogueira; Severi, 2016, p. 465).

Ademais, a esfera criminal mostra-se reticente em abordar a responsabilização por violência obstétrica, deixando de punir os profissionais de saúde que, no exercício de suas funções, causam danos graves, violando a dignidade das mulheres. Essa omissão legislativa em um tema de tamanha relevância social pode perpetuar o ciclo de violência e impunidade, gerando um sentimento de desamparo entre as vítimas (Faria, 2020). A dependência excessiva em provas periciais, muitas vezes ancoradas em práticas e estereótipos desatualizados, como a episiotomia, destaca a necessidade de uma abordagem judicial que esteja alinhada com a Medicina baseada em evidências e que reconheça plenamente os direitos das mulheres.

A jurisprudência criminal em casos de violência obstétrica é escassa, mas um julgamento pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJ-RS) (Apelação Crime Nº 70053392767, Segunda Câmara Criminal, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Lizete Andreis Sebben, Julgado em 14/11/2013) destaca-se como um marco importante. Neste caso, o réu foi condenado por homicídio culposo, conforme o artigo 121, § 3º, do Código Penal, com a majorante do § 4º devido à inobservância de regra técnica da profissão. A sentença foi baseada na constatação de que o réu, após realizar uma episiotomia, negligenciou a revisão do reto da paciente, resultando em uma comunicação entre o conteúdo fecal e o canal vaginal, que levou a uma infecção generalizada e, tragicamente, ao óbito da paciente, vejamos:

APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA. ART. 121, § 3º, DO CP. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO

§ 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. (INOBSERVÂNCIA DE REGRA TÉCNICA DE PROFISSÃO). PENA QUE NÃO MERECE REDIMENSIONAMENTO. Demonstrado que o réu agiu com negligência, imprudência e imperícia, e que dita conduta levou a paciente a óbito, pois, após o parto com episiotomia, deixou de realizar procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, culminando com infecção generalizada, que evoluiu com a morte da vítima, mostra-se correta a sua condenação pela prática do delito de homicídio culposo. Aplicabilidade da causa de aumento de pena prevista no § 4º do art. 121 do CP, por inobservância de regra técnica de profissão. Pena definitiva de dois anos de detenção, substituída por duas restritivas de direito, consistentes na prestação de serviços à comunidade e prestação pecuniária, que se mostra adequada ao caso, não ensejando redimensionamento. APELAÇÃO DESPROVIDA. (TJ-RS , 2013, on-line)

Por fim, o caso de Shantal Verdelho, citado brevemente no capítulo anterior, ganhou notoriedade em 2022, e levanta questões complexas sobre a relação entre médicos e pacientes, bem como sobre a autonomia e o consentimento no contexto médico. As alegações de Shantal contra o obstetra Renato Kalil, que incluíam acusações de lesões físicas e morais, além de impactos na saúde mental, trouxeram à tona o debate sobre violência obstétrica e a dinâmica de poder inerente à prática médica. A rejeição da ação penal pelo juiz, com base na natureza inerentemente arriscada do parto natural e na ausência de materialidade nos autos, destaca a dificuldade em navegar entre o que é considerado um risco aceitável e o que constitui negligência ou má conduta. Analisemos:

Ao contrário do que pretendo o Ministério Público não se verifica, nos autos, um fundado motivo para uma ação penal pelo que constou imputado na denúncia, com os elementos de convicção por hora colacionados. O fundado motivo ou justa causa para a ação penal precede o próprio processo criminal e é uma das condições necessárias para se manter a moralidade de um processo penal de natureza acusatória. Como é sabido, o processo penal atinge muito mais do que o patrimônio de uma pessoa, razão pela qual deve ser guardado para situações em que se verifica a necessidade, adequação e fundada razão de existir, o que não se verifica no presente caso por tudo que foi acima exposto. Respeitosamente, o que se verificou nos autos foi a existência de muito sofrimento por parte de todos os envolvidos, por razões diversas. (grifo próprio) Também a tentativa de endemoniar um profissional e destruir a sua carreira, com consequências graves, haja vista que a mulher do investigado acabou morrendo em circunstâncias violentas e que estão sendo investigadas (conforme informações trazidas pela mídia), tudo a partir de um conceito sobre a violência no parto e opiniões que não possuem a condição de demonstrar a materialidade dos crimes imputados conforme acima já mencionado. (grifo próprio) O caso impõe a todos, a reflexão sobre a necessidade de se tomar muita cautela, mormente em um momento de grande desenvolvimento e da universalização da informação, onde heróis e vilões podem ser criados em momentos, bem como diante de pressões midiática cada vez maiores, para ser evitado o excesso e o equívoco, bem como para não se criminalizar o que pode ser inadequado do ponto de vista científico e ético, passando para o Poder Judiciário (judicialização), algo que possui outra esfera de investigação e de análise. (grifo próprio) Inclusive, após tanta exposição,

tanto sofrimento, perdas, quantas vítimas restam neste evento? Portanto, por todo o exposto, segundo a nossa opinião, não se verifica a existência de um fundado motivo (justa causa) para o desenvolvimento de uma ação penal, até o momento, não existindo provas da ocorrência dos crimes imputados, do que decorre a rejeição da ação penal pública, nos termos do artigo 395, inciso III, do Código de Processo Penal. (TJSP, 2022, on-line)

A decisão judicial enfatiza a necessidade de uma justa causa para iniciar um processo criminal, ressaltando que o sofrimento e as opiniões não são suficientes para estabelecer a materialidade dos crimes alegados. A repercussão do caso na mídia e as subseqüentes denúncias de outras pacientes de Kalil sugerem uma necessidade urgente de revisão das práticas obstétricas e de maior clareza na legislação. A autonomia do médico em escolher técnicas cirúrgicas é um direito protegido, mas deve ser equilibrada com o direito do paciente à informação e ao consentimento informado. O papel do Conselho Federal de Medicina (CFM) é crucial para garantir que as queixas sejam tratadas de maneira justa e que a integridade da prática médica seja mantida, sem deslegitimar a experiência do paciente.

Ao analisarmos o panorama jurídico brasileiro, deparamo-nos com uma série de controvérsias jurisprudenciais relacionadas à violência obstétrica. A inconsistência das decisões judiciais reflete a complexidade e a novidade do tema no direito penal, evidenciando a necessidade de um debate mais aprofundado e de uma legislação específica que oriente tanto a sociedade quanto o corpo jurídico. Conforme apontado por Faria (2020), a falta de um consenso na jurisprudência sobre a violência obstétrica sinaliza para a urgência de se estabelecer parâmetros claros que garantam a proteção das mulheres e a responsabilização dos profissionais de saúde, assegurando assim a justiça e o respeito aos direitos humanos fundamentais.

3. ESTRATÉGIAS NO COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Para Zouein:

é preciso que a violência obstétrica seja identificada, discutida, trabalhada, prevenida e combatida pelos órgãos oficiais de controle. Tirar a violência da invisibilidade é o primeiro passo para proporcionar melhores condições de assistência à saúde (Zouein, 2019, n.p.)

No Brasil, a violência obstétrica é uma realidade que viola os direitos das gestantes e parturientes, levando à criação de leis federais como a Lei nº 11.108/2005 e a Lei nº 11.634/2007. Estas leis visam proteger a integridade e os direitos fundamentais da gestante, embora sua eficácia na discussão e conceituação da violência obstétrica seja questionável. A Lei nº 11.108/2005, que complementa a Lei nº 8.080/1990, introduziu o direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, uma disposição que surgiu em resposta às frequentes violações dos direitos das gestantes. Este direito é crucial para a autonomia e dignidade da gestante, permitindo-lhe escolher alguém que ofereça segurança e suporte em um momento tão significativo.

Ainda, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seus artigos 7º e 8º, §8º, reforça o direito ao acompanhante, garantindo tratamento especial à gestante e ao bebê durante o parto, assegurando condições dignas de existência.

A Lei nº 11.634/2007, por sua vez, foi estabelecida para que a gestante seja vinculada a uma maternidade específica, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), onde receberá o devido amparo, sendo transferida apenas se a maternidade não for capaz de prestar a assistência necessária, e mesmo assim, mediante comprovação documental de inaptidão.

É importante destacar que a implementação dessas leis não contribuiu significativamente para o debate sobre a violência obstétrica e sua prevalência, nem mesmo para a sua definição adequada. Embora tenham abordado a proteção da gestante, essas legislações falharam em trazer à tona a discussão sobre essa forma específica de violência (Adami; Guimarães, 2021)

Essas leis, embora ofereçam proteções pontuais, tendem a ser insuficientes e veladas, especialmente para gestantes com acesso limitado à informação, que podem não reconhecer a violência obstétrica ou mesmo desconhecer sua existência. A proteção legal se mostra, portanto, como um mecanismo que necessita de maior visibilidade e eficácia para realmente salvaguardar os direitos das mulheres durante

a gestação e o parto, e para combater a violência obstétrica de forma mais assertiva e consciente.

Portanto, para progredir no combate à violência obstétrica e assegurar a devida responsabilização criminal, quando for o caso, é crucial fomentar a conscientização e a educação acerca dos direitos das mulheres no período gestacional e durante o parto. Isso envolve esclarecer as futuras mães sobre seus direitos, encorajando-as a reportar incidentes de violência obstétrica e oferecendo suporte legal e psicológico para as afetadas. É essencial que as instituições de saúde e os profissionais da área se dediquem a práticas de atendimento humanizado e respeitoso, adotando padrões internacionais para o cuidado obstétrico (Zavala, et al, 2016).

Além disso, a atuação do sistema judiciário é fundamental. É dever das autoridades conduzir investigações minuciosas sobre as acusações de violência obstétrica, e os profissionais de saúde que infringirem os direitos das mulheres grávidas devem ser devidamente responsabilizados segundo a legislação. Tal medida não só assegurará a justiça às vítimas, mas também reforçará a mensagem de que atos de violência obstétrica não serão tolerados no Brasil (Angelim, et al, 2015).

3.1 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO E CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

De acordo com Costa, Oliveira e Cerqueira (2019), a principal dificuldade da responsabilização e da penalização reside em discernir quais atos constituem a violência obstétrica, considerando que muitas das práticas que comprometem a integridade da gestante são erroneamente aceitas como parte natural do processo de parto.

A capacitação dos profissionais de saúde é um pilar central da Política de Humanização, conforme delineado na Política Nacional de Educação Permanente, instituída em 2003 (Peixoto et al., 2013). A carência de capacitação adequada para atender às necessidades específicas do cuidado obstétrico é um fator que colabora na perpetuação da violência obstétrica. Portanto, é essencial que o aperfeiçoamento profissional seja enfatizado como um meio crucial para combater essa forma de violência.

Pesquisadores enfatizam que a humanização da assistência ao parto e ao nascimento requer uma transformação nas posturas e práticas profissionais, promovendo um cuidado que assegure dignidade e empatia para com a interação entre mãe, bebê e família. A verdadeira humanização transcende a mera cortesia, engajando-se na apreciação da individualidade de cada pessoa e na consideração de suas características únicas (Possati et al., 2017).

É essencial entender o propósito da implementação da humanização no parto, que se baseia na premissa de que:

Humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios. Portanto, a assistência deve ser de forma a respeitar a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle, garantindo a criação de laços familiares mais fortes e conseqüentemente um começo de vida com boas condições físicas e emocionais ao bebê. (Seibert et al, 2005, p. 249).

A humanização da assistência reflete uma transformação na percepção do parto e, conseqüentemente, na atuação dos profissionais de saúde diante da dor e do desconforto da parturiente. A medicina obstétrica está redirecionando seu foco para restabelecer a mulher como a principal agente de sua experiência de parto, adotando uma perspectiva humanitária que busca solucionar as adversidades do parto de maneira a minimizar a dor e o sofrimento (Vieira; Apolinário, 2017).

Na área da obstetrícia, o primeiro contato que as gestantes têm com hospitais e maternidades é marcado por características específicas que atendem às suas necessidades e expectativas durante a gravidez. A falta de conhecimento e a presença de mitos em torno da gestação e do parto frequentemente causam ansiedade e preocupação tanto para as mulheres quanto para seus familiares. Mesmo acompanhadas durante o pré-natal, a ausência de informações claras e diretas é um dos motivos pelos quais muitas gestantes recorrem aos serviços de emergência e maternidades mais vezes do que o necessário. O acolhimento adequado da gestante e de seu acompanhante é essencial para estabelecer uma relação de confiança com os profissionais e com o sistema de saúde, o que é crucial para assegurar que a mulher seja a protagonista de sua experiência de parto (Rede Parto do Princípio, 2012).

O objetivo da humanização no atendimento obstétrico é minimizar o sofrimento das mulheres durante o parto, assegurando o respeito aos seus direitos reprodutivos e sexuais. Segundo o Ministério da Saúde:

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. 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, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. (Ministério da Saúde, 2002, p. 5)

3.2 A NECESSIDADE DE UMA LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA

A ausência de uma legislação específica que tipifique e sancione a violência obstétrica no Brasil é um vácuo legal que compromete a efetividade da responsabilidade jurídica nos casos em que ocorre. Atualmente, não existe uma lei específica que trate sobre violência obstétrica, nem há tipificação. Isso dificulta a responsabilização dos profissionais de saúde e das instituições, bem como a reparação às vítimas. A criação de uma legislação específica poderia contribuir significativamente para a prevenção e o combate a essa forma de violência, estabelecendo parâmetros claros para a atuação dos profissionais de saúde e para a proteção das mulheres.

Como já abordado em capítulos anteriores, nações como a Venezuela e a Argentina já possuem legislações específicas que tratam da violência obstétrica de maneira autônoma, definindo-a claramente e estabelecendo sanções penais, civis e disciplinares para aqueles que a praticarem. No entanto, ao considerar a implementação de penalidades para atos que configuram violência obstétrica no Brasil, observa-se uma escassez de diretrizes normativas claras. Apesar da existência de regulamentações gerais, estas não têm demonstrado eficácia plena na prática (Adami; Guimarães, 2021).

No âmbito nacional, o Estado de Santa Catarina possui a lei nº 18.322/2022, que tem como objetivo reafirmar e assegurar os direitos das mulheres. No capítulo V

desta lei, são elencadas, de forma exemplificativa, uma série de ações consideradas violência obstétrica, visando a proteção e o reconhecimento dos direitos das mulheres no contexto obstétrico. Vejamos:

CAPÍTULO V - DA IMPLANTAÇÃO DE MEDIDAS DE INFORMAÇÃO E PROTEÇÃO À GESTANTE E PARTURIENTE CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Art. 35. Para efeitos do disposto neste Capítulo considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

I - tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II - fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III - fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

IV - não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V - tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI - fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

VII - recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII - promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

IX - impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

X - impedir a mulher de se comunicar com o "mundo exterior", tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;

XI - submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

XII - deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;

XIII - proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;

XIV - manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV - fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;

XVI - após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;

XVII - submeter a mulher e/ou o bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;

XVIII - submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

XIX - retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX - não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas

trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);
XXI - tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.
(Estado de Santa Catarina, 2022, on-line)

É evidente que a lista de exemplos apresentada pela legislação inclui várias circunstâncias que muitas vezes não são reconhecidas como violência obstétrica pela população, especialmente devido à falta de acesso adequado à informação. Isso é particularmente verdadeiro para gestantes e parturientes que, sem a devida conscientização, podem não perceber que as experiências negativas vivenciadas durante esse período crítico se qualificam como tal violência (Lino; Rodrigues, 2022).

Santa Catarina destaca-se como Estado precursor ao sancionar e estruturar uma legislação que defende a proteção dos direitos das mulheres, os quais são garantidos pela Constituição, mas que são frequentemente minorados por fatores sociais. A lei em questão não só apresenta um rol exemplificativo, mas também, nos artigos 36, 37 e 38, estabelece políticas públicas para combater a violência contra as mulheres, incorporando medidas de conscientização, disseminação de informação e fiscalização. Contudo, é importante notar que a lei, apesar de seus avanços, não prevê penalidades aplicáveis a estas práticas (Lino; Rodrigues, 2022).

A necessidade de legislação específica que defina claramente a violência obstétrica é altamente relevante e a discussão acerca do tema encontra-se a todo vapor no cenário nacional, conforme veremos no último tópico deste capítulo. Isso se deve à dificuldade encontrada na jurisprudência brasileira em assegurar que as condenações na esfera penal estejam efetivamente relacionadas a essa forma de violência. A razão para essa incerteza é que os acórdãos dos Tribunais Superiores na área penal raramente mencionam a violência obstétrica em suas ementas, enquanto na esfera cível, essa violência é abordada principalmente no contexto de pedidos de indenização por danos morais resultantes de atos ilícitos civis (Adami; Guimarães, 2021).

Carvalho e Andrade (2020) observaram em estudo de análise jurisprudencial focado na região sudeste que, devido à ausência de uma tipificação penal específica para a violência obstétrica no Brasil, a esmagadora maioria das apelações, correspondendo a 88,5%, ocorre no âmbito civil.

[...] a não-utilização do termo “violência obstétrica” nos acórdãos implica em menor visibilidade para o problema, além de dificultar na identificação e provimento jurisdicional. Fica evidente a necessidade de um maior

reconhecimento jurídico sobre o assunto e consequente tipificação da violência obstétrica. (Carvalho; Andrade, 2020)

A falta de uma legislação específica não só complica a imposição de sanções aos responsáveis pela violência obstétrica, mas também pode refletir um desinteresse jurídico pelos assuntos que impactam a saúde física e psíquica da mulher. Ademais, a carência de um marco regulatório sobre a violência obstétrica é acompanhada pela tendência do sistema judiciário de não reconhecer essa violência como uma questão de institucionalidade e gênero nos julgamentos de casos pertinentes (Nogueira; Severi, 2016).

Diante disso, pode-se concluir que o Código Penal brasileiro está obsoleto e, em certas situações, não atende às necessidades contemporâneas, pois deixa de criminalizar comportamentos específicos, como os discutidos nesta pesquisa. Isso tendo em vista a sua necessidade de recorrer a infrações análogas que, dependendo das circunstâncias reais, podem não ser adequadas para abordar a especificidade e a gravidade da violação dos direitos fundamentais das gestantes e parturientes (Adami; Guimarães, 2021).

Lima (2019) argumenta que o expoente crescimento de casos de violência obstétrica justificam a necessidade de uma nova abordagem no direito penal, mais atenta aos direitos das mulheres. Considerando que o parto representa um instante singular na vida das mulheres, que deveria ser marcado por lembranças positivas, mesmo sendo um evento transitório.

Alves (2020) aponta que, apesar das iniciativas sociais voltadas para a conscientização da sociedade, em especial do público feminino, e da adesão do Brasil a tratados internacionais que promovem a defesa e erradicação da violência contra a mulher através de políticas públicas, o sistema jurídico do país ainda é considerado defasado. Isso se deve à sua incapacidade de reconhecer a violência obstétrica como uma categoria específica de crime.

Sob essa perspectiva, a elaboração de uma legislação específica que defina o conceito de violência obstétrica já representaria um avanço significativo para o sistema legal brasileiro. Costa, Oliveira e Cerqueira (2019) ressaltam que a falta de uma legislação específica sobre violência obstétrica pode ser interpretada como um obstáculo para identificar e reconhecer tais práticas abusivas. Eles defendem que definir o conceito é um passo fundamental para começar a abordar a questão adequadamente. A falta de uma definição clara tem como resultado uma escassez

de discussões sobre o assunto e, por extensão, uma deficiência na disseminação de informações, o que contribui para a continuidade do sofrimento de muitas mulheres submetidas a essa prática (Adami; Guimarães, 2021). Costa, Oliveira e Cerqueira (2019) argumentam que, mesmo diante de uma referência internacional para a definição de violência obstétrica, uma conceituação nacional específica poderia aumentar a visibilidade e promover uma abordagem mais adequada ao tema no contexto brasileiro.

Caso existisse uma legislação específica aplicável ao caso da influenciadora Shantal, previamente mencionado, as ações ocorridas durante o parto poderiam ser classificadas como violência obstétrica. No entanto, na ausência de uma lei que defina explicitamente o crime, a denúncia feita pelo Ministério Público não foi recebida (Amaral; Galícia, 2023, p. 12).

Devido à ausência de tipificação no Código Penal, não existe previsão legal para aplicação de penalidades como multa, prisão ou detenção ao profissional que viole os direitos da parturiente. Da mesma forma, carece-se de uma normativa nacional que especifique quais seriam essas violações. Embora atos que configurem crimes já estabelecidos no Código Penal, como estupro ou lesão corporal ocorridos durante o parto, sejam passíveis de punição conforme a legislação vigente, ainda há uma lacuna no que tange às especificidades dos atos obstétricos que constituem violência contra a mulher e que não estão expressamente previstos na lei (Amaral; Galícia, 2023).

Essa realidade é destacada por Bagatini e Costa:

Não restam dúvidas acerca da possibilidade de reparação civil por violência obstétrica, sendo o nosocômio responsabilizado civilmente de forma objetiva, enquanto os profissionais violentadores, da área da saúde, de forma subjetiva. Porém, notório é, a partir das decisões judiciais, que pouco ou quase nada traz-se acerca da violência feminina no momento do parto, pós aborto ou no período pré-natal. As decisões judiciais são rasas e não verificam a vulnerabilidade feminina quando parturiente e nem mesmo a segregação histórica, de violência, feminina. (Bagatini; Costa, 2020, p. 22)

A ausência de uma legislação federal específica frequentemente resulta na classificação das condutas médicas questionáveis apenas como erro médico. Devido à lacuna na legislação referente à violência obstétrica, os casos são geralmente abordados sob os princípios gerais da responsabilidade civil aplicáveis aos profissionais da saúde, instituições hospitalares, plano de saúde e ao Estado, o que leva a categorizar a violência obstétrica como um erro médico (Leite, 2017).

Embora seja completamente possível que o erro médico e a violência obstétrica aconteçam ao mesmo tempo, é importante destacar que essas práticas não são equivalentes e suas ocorrências são independentes uma da outra. Portanto, cada uma requer uma abordagem e um tratamento totalmente diferentes (Leite, 2017).

Dessa forma, é evidente que, mesmo com os esforços do meio médico para desvincular a noção de violência obstétrica dos profissionais de saúde, as ações que a definem e as associadas a erros médicos são distintas. Assim, não se deve considerá-las como equivalentes nem aplicar a mesma penalidade para ambas.

Segundo Veloso e Serra (2016), entende-se que o erro médico é uma falha na atuação profissional que acarreta em dano. Além de enfrentar consequências na área civil e/ou criminal, o médico também está sujeito a penalidades administrativas impostas pelo Conselho Federal de Medicina. Em casos de danos graves, pode até ser impedido de praticar a medicina. Quanto à questão da culpa na medicina, Melo afirma que:

Tratando-se de erro médico e de responsabilização do profissional, a maior dificuldade residirá exatamente em fazer a prova de que o médico tenha agido com imprudência, negligência ou imperícia. Em muitas situações vai existir a lesão, o agente estará devidamente identificado, porém a impossibilidade de fazer a prova da culpa afastará o dever de reparação. (Melo, 2014, p. 19)

Embora possa ser essencial a criação de uma legislação que aborde de maneira mais detalhada essa forma de violência, ainda não há um consenso na doutrina jurídica nacional sobre o assunto. Parte dos doutrinadores acreditam que a implementação de uma lei específica para punir tal comportamento pode levar a uma excessiva criminalização no âmbito do Direito Penal, considerando que o tema já se enquadra em várias categorias de crimes existentes (Brandão, 2019).

No entanto, este estudo reconhece a importância em se estabelecer uma legislação específica para tratar da violência obstétrica, considerando os diversos argumentos previamente mencionados.

A ausência de regulação legislativa impacta negativamente na percepção do Poder Judiciário, levando à decisões mal fundamentadas em relação à violência obstétrica. Além disso, há uma clara seletividade no sistema penal em relação aos médicos. Punir criminalmente um médico por infrações não é uma caça às bruxas contra bons profissionais ou uma supressão de erros humanos aceitáveis, mas sim

um exercício de um direito da sociedade e uma obrigação do Estado (Pereira; Paiva, 2023).

A Lei nº 13.104/15, também conhecida como Lei do Feminicídio, foi um marco recente que modificou o artigo 121 do Código Penal brasileiro, intensificando as penalidades para crimes de violência contra a mulher motivados pelo gênero. Adicionalmente, essa lei inseriu o feminicídio na lista restrita de crimes hediondos da Lei nº 8.072/90, o que implica uma mudança no processo de julgamento, passando agora a ser de competência do Tribunal do Júri. A lei também oferece proteção às mulheres que não estavam abrangidas pela Lei Maria da Penha nº 11.340/06, a qual visa prevenir a violência doméstica no contexto familiar (Ferreira, 2021).

É inegável que a Lei do Feminicídio representa um progresso significativo nos direitos das mulheres. Atos que anteriormente eram classificados como homicídio simples, lesão corporal ou danos morais e materiais, agora são reconhecidos sob uma nova categoria com sanções mais severas. O Judiciário, como defensor da sociedade e das leis, deve garantir a proteção de todos igualmente. Contudo, em comparação, a violência obstétrica — também uma forma de violência de gênero — ainda não recebe a devida atenção jurídica, apesar de merecer proteção legal apropriada (Ferreira, 2021).

Assim, a implementação de uma legislação específica para a violência obstétrica é uma medida essencial para assegurar a visibilidade e proteção das mulheres durante a gestação e o parto. A existência de um marco legal claro e específico para essa forma de violência contribuiria significativamente para a conscientização das mulheres sobre seus direitos e para a responsabilização adequada dos infratores. A legislação atual, embora penalize atos que podem ser classificados como violência obstétrica, faz isso de maneira insuficiente e muitas vezes ineficaz, deixando muitas mulheres desprotegidas e sem conhecimento dos seus direitos.

Além disso, a criação de uma lei específica para a violência obstétrica refletiria a evolução do Direito e da sociedade, reconhecendo e abordando as necessidades atuais das mulheres. Isso não apenas fortaleceria a confiança das gestantes e parturientes no sistema de justiça, mas também promoveria uma mudança cultural nos cuidados de saúde, garantindo que a experiência do parto seja respeitosa e livre de violência, como deveria ser por direito. A ausência de tal legislação deixa um vazio que pode resultar em danos irreparáveis e uma sensação

de insegurança jurídica entre as mulheres, que merecem ter sua dignidade e direitos assegurados em um dos momentos mais críticos e transformadores de suas vidas.

3.3 PROJETOS DE LEI ACERCA DO TEMA

Diversos projetos de lei têm sido propostos no Congresso Nacional com o objetivo de fortalecer a legislação, combater a violência obstétrica e promover a responsabilização dos agentes envolvidos, promovendo a proteção integral da saúde da mulher. Ao acessar o Portal da Câmara dos Deputados, é possível verificar a lista completa dos projetos de lei sobre o assunto. Nessa pesquisa serão abordados alguns dos Projetos de Lei, com o objetivo de analisar as propostas legislativas e avaliar como elas podem contribuir para a proteção da saúde da mulher e a erradicação da violência obstétrica.

O Projeto de Lei nº 6567/2013, originalmente PLS 8/2013, de autoria do ex-senador Gim Argello, propõe uma emenda ao artigo 19-J da Lei nº 8.080/1990. Esta lei, que estabelece diretrizes para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e funcionamento dos serviços de saúde, seria atualizada para incluir a exigência de cumprimento das diretrizes técnicas e a provisão das condições necessárias para a realização de partos humanizados nos centros de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O cerne deste projeto de lei e de alguns de seus apensados é garantir que o Sistema Único de Saúde (SUS) proporcione às mulheres o direito a um parto humanizado. Essas iniciativas legislativas sublinham a necessidade de honrar as decisões da gestante, assegurando um atendimento respeitoso e livre de violência, o que demonstra uma atenção cada vez maior à humanização do nascimento. O objetivo é implementar procedimentos que preservem a autonomia, bem como a integridade física e mental da mulher. A ratificação dessas propostas legislativas poderia ser um avanço importante em direção a um cuidado obstétrico mais ético e focado no indivíduo, em consonância com os direitos humanos e as práticas médicas recomendadas. A este projeto contém outros 51 Projetos de Lei apensados e encontra-se aguardando parecer do(a) Relator(a) na Comissão de Educação (CE).

O Projeto de Lei nº 7633/2014, de autoria do ex-deputado Jean Wyllys e apensado ao Projeto de Lei nº 6567/2013, estabelece diretrizes para enfrentar a violência obstétrica. A proposta legislativa caracteriza a violência obstétrica como:

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (Brasil, 2014)

A terminologia empregada pelo ex-deputado alinha-se substancialmente às definições já presentes em legislações municipais e estaduais, assim como com a terminologia adotada na legislação da Venezuela. Enquanto introduz no âmbito federal a nomenclatura e os atos que caracterizam a violência obstétrica, a proposta também agrega direitos previamente assegurados às gestantes, como o direito a um acompanhante. Contudo, a proposta termina por estipular de maneira genérica que a violação das disposições contidas na lei pode resultar em responsabilização nas esferas civil, penal e administrativa (Santos, 2019).

Entre os apensados ao PL 6567/2013 podemos citar também o PL 7867/2017, de autoria da deputada Jô Moraes, que visa estabelecer diretrizes para erradicar a violência obstétrica e promover práticas adequadas durante a gravidez, o parto e o pós-parto. A proposta detalha vinte e um atos constitutivos de violência obstétrica, abrangendo tanto aspectos físicos quanto psicológicos. Vejamos:

Art. 4º. Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras:

- I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal;
- II – ironizar ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;
- III – ironizar ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico;
- IV – não responder a queixas e dúvidas da mulher gestante, parturiente ou puérpera;
- V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos;
- VI – induzir a gestante ou parturiente a optar pelo parto cirúrgico na ausência de indicação baseada em evidências e sem o devido esclarecimento quanto a riscos para a mãe e a criança;
- VII – recusar atendimento ao parto;
- VIII – promover a transferência da gestante ou parturiente sem confirmação prévia da existência de vaga e garantia de atendimento ou de tempo suficiente para que esta chegue ao local em segurança;
- IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante o trabalho de parto, parto, abortamento e pós-parto;
- X – impedir a mulher de se comunicar pessoalmente ou por meio de telefone;
- XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes em desacordo com as normas regulamentadoras;
- XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente em desacordo com as normas regulamentadoras;

XIII – realizar a episiotomia indiscriminadamente, em desacordo com as normas regulamentadoras;
XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;
XV – realizar qualquer procedimento sem pedir permissão ou esclarecer, de modo acessível, a sua necessidade;
XVI – demorar injustificadamente para alojar a puérpera em seu leito;
XVII – submeter a mulher e/ou recém-nascido a procedimentos com o fim exclusivo de treinar estudantes;
XVIII – submeter o recém-nascido saudável a procedimentos de rotina antes de colocá-lo em contato pele a pele com a mãe e de permitir o aleitamento;
XIX – impedir o alojamento conjunto e a amamentação por livre demanda, salvo em situações clinicamente justificadas;
XX – não informar a mulher e o casal sobre o direito a métodos e técnicas anticonceptivos reversíveis ou não;
XXI – obstar o livre acesso do outro genitor para acompanhar a puérpera e o recém-nascido. (Brasil, 2017)

Por fim, a proposta prevê que a infração às normas resultará em penalidades conforme as leis sanitárias, penais e civis existentes, embora não proponha a criação de um novo tipo penal específico nem especifique quais categorias penais seriam aplicáveis para a responsabilização.

O PL 422/2023, também apensado ao PL 6567/2013, visa alterar a Lei nº 11.340/2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha. Adicionando ao art. 7º o seguinte inciso:

VI - a violência obstétrica, entendida como qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou, ainda, em desacordo a procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, constituindo, assim, limitação ao poder de escolha e de decisão da mulher. (Brasil, 2023)

Dessa forma, o Projeto de Lei 422/23 visa incorporar a violência obstétrica ao rol de violências abordadas pela Lei Maria da Penha. Essa iniciativa busca expandir a proteção já estabelecida por essa lei emblemática. A proposta indica uma ação conjunta entre União, estados, Distrito Federal e municípios no desenvolvimento de políticas públicas que abordem tanto a prevenção quanto o combate à violência obstétrica, criando um arcabouço legal capaz de inibir essas práticas e proporcionar recursos de proteção e reparo para as vítimas.

O Projeto de Lei nº 2589/2015, proposto pelo deputado Marco Feliciano, estabelece definições e sanções acerca da violência obstétrica, nos seguintes termos:

Art. 1º A violência obstétrica, praticada em toda a rede de assistência a saúde pública e/ou privada, passa a ser crime de constrangimento ilegal.

§ 1º Será considerada violência obstétrica o conjunto de condutas condenáveis por parte de profissionais responsáveis pelo bem estar da gestante e do bebê: - O desrespeito; o abuso de poder da profissão; o constrangimento; a privação do direito a esclarecer dúvidas da parturiente, mesmo sem que haja emergência; a negligência, que poderá ser considerada também quando profissionais de saúde atuam com irresponsabilidade, imprudência ou adotam procedimentos superados ou não recomendados, ao lidar com a paciente ou o bebê.
Art. 2º O não cumprimento no disposto no Art. 1º desta lei incidirá nas penas previstas Art. 146, do Código Penal. (Brasil, 2015)

O presente Projeto de Lei busca classificar a violência obstétrica como uma forma de constrangimento ilegal, conforme estabelecido em seu artigo 2º. Isso representa um esforço para criminalizar as práticas abusivas durante o parto. No entanto, a ausência de um tipo penal específico pode limitar a caracterização adequada da violência obstétrica, que poderia ser enquadrada em até sete categorias criminais distintas, indo além do mero constrangimento ilegal. Portanto, a proposta legislativa, ao não introduzir uma nova categoria penal, acaba restringindo o escopo da responsabilidade penal, em vez de ampliá-lo (Santos, 2019). O Projeto, no momento, encontra-se pronto para pauta na Comissão de Saúde (CSAUDE).

O Projeto ainda conta com o apensado 190/2023, do deputado Dagoberto Nogueira, que prevê pena de reclusão, nos seguintes termos:

Art. 1º Esta Lei acrescenta o art. 129-A ao Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, a fim de tipificar o crime de violência obstétrica.

Art. 2º O Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, passa a vigorar acrescido do seguinte art. 129-A:

“Violência obstétrica Art. 129-A – Ofender o profissional de saúde a integridade corporal ou psicológica, ou a saúde da gestante ou parturiente, sem o seu consentimento, durante a gestação, o trabalho de parto, o parto ou o puerpério, por meio do emprego de manobras, técnicas, procedimentos ou métodos em desacordo com os procedimentos estabelecidos pela autoridade de saúde. Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa.”
(Brasil, 2023)

O Projeto de Lei apensado 3710/2023, proposto pela deputada Coronel Fernanda, pode ser considerado um dos mais abrangentes pois traz em seu bojo o seguinte texto:

Art. 1º Esta Lei acrescenta os arts. 127- B e 129-A, no Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, a fim de tipificar o crime de violência à gestante e violência obstétrica.

Art. 2º O Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, passa a vigorar acrescido do seguinte art. 127-B:
violência à gestante

Art. 127-B – sujeitar mulher, durante a gestação, trabalho de parto, parto ou puerpério, a violência física ou psicológica, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário ou limite o seu poder de escolha e de decisão.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa. (NR)

Art.3º O Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, passa a vigorar acrescido do seguinte art. 129-A

violência obstétrica

Art. 129-A – Ofender a integridade corporal ou a saúde da gestante ou parturiente, durante intervenção médica ou cirúrgica executada por médico ou por outra pessoa legalmente autorizada por meio do emprego de manobras, técnicas, procedimentos ou métodos em desacordo com os procedimentos estabelecidos pela autoridade de saúde que resultem perigo para a vida ou perigo de grave ofensa. Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa. (NR)

§ 1º - Para os efeitos deste artigo, entende-se por violência obstétrica qualquer conduta direcionada à mulher, durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, praticada sem o seu consentimento, que evidencie ato de violência física ou psicológica, lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário ou limite o seu poder de escolha e de decisão. (Brasil, 2023)

Em suma, o projeto de lei em questão propõe modificações no Código Penal com o intuito de tipificar a conduta da violência obstétrica e intensificar a proteção às mulheres durante a gestação e o parto, estabelecendo penalidades para atos de violência contra gestantes e práticas de violência obstétrica.

Ao refletir sobre os diversos projetos de lei discutidos neste capítulo, torna-se evidente que a legislação brasileira está em um momento crucial de transformação. As propostas legislativas analisadas representam um esforço coletivo para fortalecer as políticas de saúde e os direitos humanos, especialmente no que tange à proteção das mulheres durante um dos períodos mais delicados de suas vidas: a gestação e o parto. A aprovação desses projetos poderia não apenas marcar um avanço significativo na luta contra a violência obstétrica, mas também simbolizar um compromisso renovado com a dignidade, o respeito e a empatia no atendimento à saúde materna. Resta agora acompanhar os desdobramentos dessas iniciativas no Congresso Nacional, esperando que o diálogo e a sensibilidade prevaleçam na construção de um futuro mais justo e humano para todas as mulheres do Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo compreender a extensão da responsabilidade jurídica dos profissionais de saúde e investigar a viabilidade e necessidade de criação de um marco legal específico que trate da violência obstétrica. Verificou-se que, no Brasil, a legislação existente consiste em dispositivos gerais do Código Civil e do Código Penal, que abordam a responsabilidade civil e penal em contextos médicos, mas não especificamente a violência obstétrica. Além disso, temos algumas leis estaduais que tentam suprir a falta de uma Lei Federal, mas acabam surtindo pouco efeito, visto que possuem um caráter mais informativo.

De maneira geral, a jurisprudência tem interpretado casos de violência obstétrica com base nos princípios da responsabilidade civil, adaptando-os às circunstâncias específicas. No entanto, a legislação genérica não é suficiente para prevenir a violência obstétrica e garantir uma penalidade adequada. Ainda, ao analisarmos o panorama jurídico brasileiro, deparamo-nos com uma série de controvérsias jurisprudenciais relacionadas à violência obstétrica. A inconsistência das decisões judiciais reflete a complexidade e a novidade do tema no direito penal, evidenciando a necessidade de um debate mais aprofundado e de uma legislação específica que oriente tanto a sociedade quanto os profissionais do direito.

Atualmente, identificou-se uma crescente conscientização sobre a violência obstétrica, impulsionada por movimentos feministas, organizações de saúde e relatos de vítimas. No entanto, a ausência de uma legislação específica dificulta a aplicação efetiva dos direitos das gestantes e a responsabilização dos profissionais envolvidos. A falta de clareza legal também impacta a prevenção e a educação, uma vez que os profissionais de saúde enfrentam incertezas quanto aos limites de suas atuações.

Diante disso, pode-se concluir a urgência acerca da criação de uma legislação específica sobre violência obstétrica no Brasil, que defina claramente o conceito e estabeleça penalidades adequadas para os infratores. A incidência crescente de violência obstétrica, evidenciada pela institucionalização do parto e práticas médicas invasivas, destaca a necessidade de proteção legal das gestantes e parturientes.

Enquanto países como Venezuela e Argentina já reconhecem a violência obstétrica em seus ordenamentos jurídicos, tratando-a como uma violência de

gênero, o Brasil ainda carece de uma definição legal clara e até mesmo de conhecimento público sobre o assunto. A falta de conscientização e a dificuldade em identificar e buscar reparação jurídica para tais violações são barreiras significativas que as mulheres enfrentam.

A definição legal da violência obstétrica é fundamental para estabelecer um marco jurídico que assegure uma resposta adequada e eficaz diante de tais atos. Ao tipificar claramente o que constitui violência obstétrica, o sistema jurídico pode oferecer proteção mais concreta às mulheres, garantindo que os infratores sejam responsabilizados de maneira justa e proporcional à gravidade de suas ações. Isso não apenas reforça o Estado de Direito, mas também envia uma mensagem poderosa à sociedade sobre a inaceitabilidade dessas práticas.

Além disso, uma legislação específica serve como um guia para a criação e implementação de políticas públicas que visem a melhoria da qualidade do atendimento obstétrico. Isso inclui a formação e capacitação dos profissionais de saúde para reconhecerem e evitarem comportamentos que possam ser classificados como violentos, bem como a promoção de práticas baseadas no respeito e na humanização do parto.

Essas políticas públicas também devem abordar a necessidade de informar e educar as mulheres sobre seus direitos durante a gestação e o parto, capacitando-as para identificar situações de violência obstétrica e buscar apoio legal quando necessário. A legislação pode ainda incentivar o desenvolvimento de programas de apoio psicológico e social às vítimas, ajudando-as a superar as consequências traumáticas da violência sofrida.

Ainda, uma legislação específica sobre violência obstétrica tem o potencial não apenas de melhorar a resposta jurídica, mas também de promover uma mudança cultural profunda. Ao reconhecer formalmente a gravidade da violência obstétrica e ao estabelecer medidas claras para combatê-la, o poder público demonstra seu compromisso com os direitos humanos das mulheres e com o avanço em direção a uma sociedade mais justa e igualitária.

Os projetos de lei existentes são pontos de partida promissores, mas é essencial que haja debates mais amplos e inclusivos para refinar essas propostas. A legislação deve ser abrangente e considerar critérios interseccionais para garantir que todas as mulheres, independentemente de sua localização ou condição social, tenham acesso a um atendimento respeitoso e humanizado.

Em suma, a criação de uma legislação específica sobre violência obstétrica é imperativa para esclarecer o conceito para a sociedade, orientar a punição adequada dos infratores e promover políticas públicas eficazes. Isso garantirá que as mulheres no Brasil possam vivenciar o processo do parto com dignidade, respeito e livre de qualquer forma de violência.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Aline. Bioética clínica e direitos humanos: a interface entre o direito humano à saúde e o consentimento informado. In: **Revista Bioethikos**, São Paulo, v.7, n. 4, p. 388-397, 2013. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/155557/a03.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2024.
- ALMEIDA, Barbara et al, **Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital**, v. 38, n. 6, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT073621>. Acesso em: 17 jun. 2024.
- ALPERIN, M.; KROHN, M.A.; PARVIAINEN, K. Episiotomy and increase in the risk in obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. **Obstet Gynecol**, vol. 111, n. 6, June 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18515508/#:~:text=Conclusion%3A%20Episiotomy%20at%20first%20vaginal,restrict%20the%20use%20of%20episiotomy>. Acesso em: 17 jun. 2024.
- ALVES, Branca Moreira et al. **Espelho de Vênus: Identidade Social e Sexual da Mulher**. Grupo Ceres, São Paulo, Editora Brasiliense, 1981.
- AMARAL, Nicole Nikititz; GALÍCIA, Caíque Ribeiro. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: Estudo sobre a responsabilização penal no Brasil**. 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/5984>. Acesso em: 17 jun. 2024.
- AMORIM, M.M.R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, vol. 36, n. 1, p. 47-54. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/o-papel-da-episiotomia-na-obstetrícia-moderna/>. Acesso em: 17 jun. 2024.
- Andrade BP, Aggio CM; Violência obstétrica: a dor que cala; **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 2014. Disponível em: https://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.
- ANGELIM, Julia Magalhães. **Responsabilidade civil por erro médico: uma análise da vulnerabilidade do profissional da saúde**. 2018. 63 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Direito) - Faculdade Nacional de Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/handle/11422/5641>. Acesso em: 17 jun. 2024.
- ANGELIM, R. C. M. et al. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA POR MEIO DO WHOQOL: ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DA PRODUÇÃO DE ENFERMAGEM. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 4, p. 400-410, out./dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/11857>. Acesso em: 17 jun. 2024.
- ARGENTINA. **Ley Nº 26.485/2009**. Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Buenos Aires, 2009.

BAGATINI, Júlia; COSTA, Marli Marlene Moraes da. A responsabilização civil dos profissionais da saúde por violência obstétrica: uma análise a partir do gênero feminino. **Revista Jurídica (FURB)**, [S.l.], v. 24, n. 54 (2020), p. e9201, jan. 2021. ISSN 1982-4858. Disponível em: <https://ojsrevista.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/9201>. Acesso em: 17 jun. 2024.

BITTAR, Carlos Alberto. Responsabilidade civil nas atividades perigosas. In: CAHALI, Yussef Said (Coord.). **Responsabilidade civil – doutrina e jurisprudência**. São Paulo: Editora Saraiva, 1984. p. 87-89.

BRANDÃO, Roberta Barros Correia. A hipertrofia legislativa decorrente da inobservância do Princípio da Intervenção Mínima em sede de Direito Penal. **Revista Âmbito Jurídico**, 2019. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/criminal/artigos/penal-constitucional/a_hipertrofia_legislativa_decorrente_da_inobservancia_do_principio_da_intervencao_minima_em_sede_de_direito_penal_-_ambito_juridico.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 190**, de 2023. Autoria: Dagoberto Nogueira. Brasília, DF, 02/02/2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2346928&fichaAmigavel=nao#:~:text=PL%20190%2F2023%20Inteiro%20teor,Projeto%20de%20Lei&text=Tipifica%20o%20crime%20de%20viol%C3%Aancia,lei%20n%C2%BA%202.848%20de%201940.&text=Altera%C3%A7%C3%A3o%2C%20C%C3%B3digo%20Penal%2C%20Crime%20contra,Viol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica%2C%20reclus%C3%A3o%2C%20multa>. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 2589**, de 2015. Autoria: Marco Feliciano. Brasília, DF, 11/08/2015. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1618070>. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3710**, de 2023. Autoria: Coronel Fernanda. Brasília, DF, 02/08/2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2375425>. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 422**, de 2023. Autoria: Laura Carneiro. Brasília, DF, 09/02/2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2348308&fichaAmigavel=nao#:~:text=PL%20422%2F2023%20Inteiro%20teor,Projeto%20de%20Lei&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20viol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica,7%20de%20agosto%20de%202006>. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 6567**, de 2013. Autoria: Gim Argello. Brasília, DF, 14/10/2013. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=596285&fichaAmigavel=nao>. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7633**, de 2014. Autoria: Jean Wyllys. Brasília, DF, 29/05/2014. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546&fichaAmigavel=nao>. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7867**, de 2017. Autoria: Jô Moraes. Brasília, DF, 13/06/2017. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402&fichaAmigavel=nao>. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.634**, de 27 de dezembro de 2007. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11634.htm#:~:text=Altera%20o%20Decreto%20n%C2%BA%2011.392.comiss%C3%A3o%20e%20fun%C3%A7%C3%B5es%20de%20confian%C3%A7a. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.104**, de 9 de março de 2015. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 mar. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.072**, de 25 de julho de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8072.htm. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Projeto parto adequado**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS ; v. 4. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto**: Humanização no Pré-natal e nascimento, Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício nº 296**, de 07 de junho de 2019. Brasília, DF, 07/06/2019. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. **Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher**. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRUN, C., MALACARNE, F. and GIONGO, M.L. Violência Obstétrica uma Herança Histórica Refletida na Falta de Legislação. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc**, São Miguel do Oeste, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/27808/16245>. Acesso em: 19 mai. 2024.

CAHALI, Yussef Said. **Dano moral**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal**. Volume 2. Parte Especial: dos crimes contra a pessoa a dos crimes contra o sentimento religioso e contra o respeito aos mortos (arts. 121 a 212). São Paulo:Saraiva, 2023.

CARROLI, G.; MIGNINI,L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database System Rev. In: **The Cochrane Library**, Issue 7, 2012, Art. No. CD000081. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full>. Acesso em: 17 jun. 2024.

CAVALIERI FILHO, Sergio - **Programa de Responsabilidade Civil**. 8 ed.-São Paulo: Atlas, 2008, p.71

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Responsabilidade Civil no Novo Código Civil**, Revista da EMERJ, v. 6, n. 24, 2003.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CARDOSO, R. (Org.) **Perspectivas antropológicas da mulher** n. 4, Rio de Janeiro: Zahac,1985. p. 23-62.

CIELLO C, et al. **Violência Obstétrica. "Parirás com dor"**. (Dossiê elaborado pela Rede Parto do Príncipio). Senado Federal. Brasília - DF. 2012. Disponível em:

<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.931**, de 17 de setembro de 2009. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 2009.

COSTA, R. D. S.; OLIVEIRA, A. V. D.; CERQUEIRA, C. A. F. A responsabilidade penal nas hipóteses de violência obstétrica. In: CASTRO, T. D. V. D. **Violência Obstétrica em Debate: Diálogos interdisciplinares**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020, p. 249-260.

D'GREGORIO, R.P. Obstetric Violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.111, n.3, 2010, p. 201-202. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>. Acesso em: 17 jun. 2024.

DINIZ SG, Salgado HO, ANDREZZO HFA, CARVALHO PGC, CARVALHO PCA, AGUIAR CA, NIY DY. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <https://docplayer.com.br/32913-Entre-a-tecnica-e-os-direitos-humanos-possibilidades-e-limites-da-humanizacao-da-assistencia-ao-parto.html>. Acesso em: 17 jun. 2024.

DINIZ, Maria Helena. **Dicionário Jurídico**. 3 edição. São Paulo: Saraiva, 2005, p. 181.

DINIZ, S.G., CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, 2006;l(1): 80-91. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20%E2%80%9Ccorte%20por%20cima%E2%80%9D%20e%20o%20%E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%E2%80%9D.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

DINIZ, Simone Grilo et al. Abuso e desrespeito na assistência ao parto como questão de saúde pública no Brasil: origens, definições, impactos na saúde materna e propostas para sua prevenção. **J. Hum. Desenvolvimento de Crescimento**, São Paulo, v. 3, pág. 377-384, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 jun. 2024.

DINIZ, Simone Grilo; et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. In: **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n. 3, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080>. Acesso em: 17 jun. 2024.

FARIA, Nathália Izabela Inácio. Jus.com.br. **Da ausência de responsabilidade criminal na violência obstétrica**, 2020. Disponível em:

<https://jus.com.br/artigos/82870/da-ausencia-de-responsabilidade-criminal-na-violencia-obstetrica>. Acesso em: 17 jun. 2024.

FARIAS, Cristiano Chaves de; NETTO, Felipe Braga; ROSENVALD, Nelson. **Manual de Direito Civil - Volume Único**. 4. ed. rev, ampl. e atual. - Salvador: Ed. JusPodivm, 2019.

FERREIRA, Maria Regina. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: LESÃO AO DIREITO DA PARTURIENTE E A AUSÊNCIA DE TIPIFICAÇÃO PENAL NO BRASIL**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito). Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas, Tocantins, 2021. Disponível em: <http://ulbra-to.br/bibliotecadigital/publico/home/documento/2683>. Acesso em: 14 jun. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Deixar de fazer Manobra de Kristeller: por que e como?**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/deixar-de-fazer-manobra-de-kristeller-por-que-e-como/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Manual de Direito Civil**. São Paulo: Saraiva, 2018.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo Curso de Direito Civil** (coleção completa). São Paulo: Saraiva, 2018.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo curso de direito civil**. v. 3. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2004.

GONÇALVES, C. R. **Direito Civil Brasileiro - Responsabilidade Civil**. 7 ed., v. 4. São Paulo: Saraiva, 2012.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito civil brasileiro**. 7. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2009.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro: responsabilidade civil**. Volume 4 – 13ª Ed. São Paulo: Saraiva. 2018.

GUEDES, Rebeca Nunes e SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da e FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 625-631, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000300024>. Acesso em: 17 jun. 2024.

GUERRA, Gidder Benítez. Editorial Violência Obstétrica. **Revista de la Facultad de Medicina**, Volume 31 - Número 1, pgs.5-6. 2008. Disponível em: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_fmed/article/view/3117. Acesso em: 17 jun. 2024.

JUÁREZ DYO. **Violência sobre lasmujeres: herramientas para eltrabajo de los equipos comunitarios** / Diana Juárez y otras.; edición literaria a cargo de Ángeles Tessio. - 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2012. Disponível em:

https://discovery.sba.uniroma3.it/permalink/39RM_CABTRE/maj0v4/alma990004834090202653. Acesso em: 17 jun. 2024.

KONDO, Cristiane Yukiko et al. **Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica**. 1 ed. São Paulo: Parto do princípio; Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014b. Disponível em:

https://www.partodoprincipio.com.br/_files/ugd/2a51ae_a3a1de1e478b4a8c8127273673074191.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012. Disponível em:

https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil. Acesso em: 17 jun. 2024

LEITE, Júlia Campos. **A desconstrução da violência obstétrica enquanto erro médico e seu enquadramento como violência institucional e de gênero**. 2017 Disponível em:

https://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499455813_ARQUIVO_ARTIGOFAZENDOGENERO.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024

LIMA, R. A. D. L. Um olhar do direito penal à violência obstétrica. **Jus.com.br**. Junho, 2019. Disponível em:

<https://jus.com.br/artigos/74382/um-olhar-do-direito-penal-aviolencia-obstetrica>. Acesso em: 17 jun. 2024.

LISBOA, R. S. **Manual de direito civil: obrigações e responsabilidade civil**. v. 2. 3ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.

MELO, Nehemias Domingos de. **Responsabilidade civil por erro médico: doutrina e jurisprudência**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

MEZZAROBA, Orides, MONTEIRO, Cláudia. **Manual de metodologia da pesquisa no Direito**. São Paulo: Saraiva, 2008.

Ministério da Saúde reconhece legitimidade do uso do termo 'violência obstétrica'. (10 jun. 2019). G1-Ciência E Saúde. Disponível em:

<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/06/10/ministerio-da-saude-reconhece-legitimidade-do-uso-do-termo-violencia-obstetrica.ghtml>. Acesso em: 17 jun. 2024.

Nascimento RC, Souza ACF. A assistência do enfermeiro à parturiente no contexto hospitalar: um olhar sobre a violência obstétrica. **REVISA**. 2022; Disponível em:

<https://biblat.unam.mx/pt/revista/revisa/articulo/a-assistencia-do-enfermeiro-a-parturiente-no-contexto-hospitalar-um-olhar-sobre-a-violencia-obstetrica>. Acesso em: 17 jun. 2024.

NASCIMENTO, Samilla Leal do et al. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 37, p. 66-79, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n37/1409-4568-enfermeria-37-66.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2024.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho; SEVERI, Fabiana Cristina. Violência obstétrica e acesso das mulheres à justiça: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região sudeste. **Panóptica**, vol. 11, n. 2, jul./dez. 2016. p. 430-470. Disponível em: <https://bdta.abcd.usp.br/item/003171861>. Acesso em: 17 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasília, 1996. (OMS/SRF/MSM). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde - Declaração da OMS**, 2014. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=71A5526EB49C740B%20E2F28AFCAD44A8E7?sequence=3. Acesso em: 17 jun. 2024.

OYELESE, Y.; ANANTH, C. Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. **Clin Obstet Gynec**, Philadelphia, vol.53, n.1, mar. 2010, p. 147-156. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20142652/#:~:text=Uterine%20atony%20is%20the%20leading,PPH%20in%20a%20subsequent%20pregnancy>. Acesso em: 17 jun. 2024.

PASSOS, G. B. **Violência obstétrica: comparativo entre os países da América do Sul com o Brasil**. UniCEUB, 2020. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14230/1/Geycielle%20Batista%2021503693.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2024.

PEREIRA, Francinni Ferreira; DE PAIVA, Jaqueline de Kassia Ribeiro. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A RESPONSABILIDADE CRIMINAL NO BRASIL. **Revista Ibero-Americana de Humanidades**, Ciências e Educação, v. 9, n. 10, p. 1382-1404, 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11755/5312>. Acesso em: 16 jun. 2024.

PULHEZ, Mariana Marquez. A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 10**. Anais Eletrônicos. Florianópolis, 2013, 12p. Disponível em: https://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372972128_ARQUIVO_PULHEZ_MarianaMarques_fazendogenero10_ST69.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

PULHEZ, Mariana Marquez. “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção** [online], v. 12, nº. 35, 544-564, Agosto de 2013. Disponível em: <https://www.cchla.ufpb.br/rbse/PulhezArt%20Copy.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2024.

RIBEIRO, Aline. **Violência obstétrica atinge cerca de 45% das mulheres na rede pública brasileira; vítimas perdem bebês e ficam com lesões**. 26 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/violencia-obstetrica-atinge-cerca-de-45-das-mulheres-na-rede-publica-brasileira-vitimas-perdem-bebes-ficam-com-lesoes-25332302#:~:te>

[xt=Viol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica%20atinge%20cerca%20de.com%20les%C3%B5es%20%2D%20Jornal%20O%20Globo](#). Acesso em: 17 jun. 2024.

ROBINSON, J.N. **Approach to episiotomy**. Release: 20.6 - C20.11. Up to Date. Support Tag: [ecapp1102p.utd.com-200.144.93.190-551BA777FD-2556.14] Disponível em:

<http://www.uptodate.com/contents/approach-toepisiotomy?view=print>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SANTOS, Antonio Jeová. **Dano moral indenizável**, 4^a ed. rev., ampl. e atual de acordo com o novo código civil, São Paulo: RT, 2003.

SANTOS, Iara Christine Marcelino. **Análise da responsabilização penal dos agentes de saúde nos casos de violência obstétrica no Brasil**. 2019. Disponível em: <https://dspace.mackenzie.br/items/cc55cd86-e040-4a8a-bd0a-5a527b59ea0e>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SCHIOCCHET, Taysa; CARLOS, Paula P. de. Novas tecnologias reprodutivas e Direito: mulheres brasileiras entre benefícios e vulnerabilidades. **Estudos Jurídicos**, Itajaí, v. 11, n. 2, p. 249-264, 2006. Disponível em: <https://periodicos.univali.br/index.php/nej/article/view/436>. Acesso em: 17 jun. 2024.

Schultz GD. **Ladies' Home Journal**. May, 1958 apud GOER, Henci, 2010.

SEDICIAS, Sheila. **Parto induzido: o que é, quando é indicado e quando evitar**. 2022. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/parto-induzido/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Violência obstétrica em (des)foco: uma avaliação da atuação do Judiciário sob a ótica do TJMA, STF e STJ**. 227f. Dissertação (Mestrado em Direito/CCSO) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018, p. 24. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/2159>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SHORTER, E. **A History of Women's Body**, London: Penguin, 1982.

SILVA, João. **Função social do direito**. 2023. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/funcao-social-do-direito/1750103896>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SOUZA, J. P.; GÜLMEZOGLU, A.; LUMBIGANON, P.; LAOPAIBOON, M.; CARROLI, G.; FAWOLE, B.; RUYAN, P.; WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008. **BMC Med**, v. 8, n. 71, 2010. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1741-7015-8-71>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SOUZA, Larissa Velásquez de. **Não tem jeito. Vocês vão precisar ouvir. Violência obstétrica no Brasil: construção do termo, seu enfrentamento e mudanças na assistência obstétrica (1970-2015)**. 2022. 244f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/53543/va_Larissa_Souza_COC_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 17 jun. 2024.

STOCO, Rui. **Responsabilidade Civil e sua interpretação jurisprudencial**. 4ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

STOCO, Rui. **Tratado de responsabilidade civil: doutrina e jurisprudência**. 7 ed. São Paulo Editora Revista dos Tribunais, 2007.

STUDART, Mariana Guerra. **Responsabilidade civil decorrente de violência obstétrica**. 2023. 103 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Faculdade de Direito de Alagoas, Curso de Direito, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2022. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/123456789/10240/1/Responsabilidade%20civil%20decorrente%20de%20viol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica>. Acesso em: 17 jun. 2024.

TEPEDINO, Gustavo; BARBOZA, Heloisa Helena; MORAES, Maria Celina Bodin de. **Código Civil Interpretado conforme a Constituição da República. vol. I e II**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

TESSER, Charles Dalcanale; et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1–12, 2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>. Acesso em: 17 jun. 2024.

TESSER, Charles Dalcanale; SENA, Ligia Moreiras. “Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências”. **Revista Interface**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>. Acesso em: 17 jun. 2024.

TJ-AM - **Apelação Cível 0620886- 58.2015.8.04.0001**, Relator: Airton Luís Corrêa Gentil, Data de Julgamento: 29/04/2019, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 29/04/2019.

TJ-AM - **Apelação Cível 0620886- 58.2015.8.04.0001**, Relator: Airton Luís Corrêa Gentil, Data de Julgamento: 29/04/2019, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 29/04/2019.

TJ-RS. **Apelação Crime Nº 70053392767**, Segunda Câmara Criminal, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Lizete Andreis Sebben, Julgado em 14/11/2013.

TJ-SP - **Apelação Cível 1003479-98.2017.8.26.0127**, Relator: Alexandre Coelho, Data de Julgamento: 29/04/2021, 8ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 29/04/2021.

TJ-SP, - **Apelação Cível 1020454-80.2020.8.26.0002**, Relator: Rômolo Russo, Data de Julgamento: 24/11/2021, 7ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 24/11/2021.

TJ/MT. **Apelação Cível 0003281-88.2013.8.11.0013**; Relator: Yale Sabo Mendes; Órgão Julgador: Segunda Câmara de Direito Público e Coletivo; Data do Julgamento: 07/06/2021.

TJ/SP. **Apelação Cível 0040235-41.2008.8.26.0224**; Relator (a): Osvaldo de Oliveira; Órgão Julgador: 12ª Câmara de Direito Público; Foro de Guarulhos - 4ª. Vara Cível; Data do Julgamento: 31/10/2018.

TORNQUIST, Carmen S. **Parto e poder: o movimento de humanização pelo parto no Brasil**. 2004. 429f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86639/207876.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 jun. 2024.

Traité de la responsabilité civile em droit français, vol. II, n° 456, apud Agostinho Alvin, in **Da inexecução das obrigações e suas consequências**, Saraiva, 1949, pag. 299.

VELOSO, Roberto Carvalho; DE MESQUITA SERRA, Maiane Cibele. Reflexos da responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 2, n. 1, p. 257-277, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322621526_Reflexos_da_Responsabilidade_e_Civil_e_Penal_nos_Casos_de_Violencia_Obstetrica. Acesso em: 17 jun. 2024.

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. N° 38.668, Caracas, 2007.

VENOSA, Sílvio de Salvo. Novos paradigmas da responsabilidade civil. **Valor Econômico, Legislação & Tributos**, p. E2., 29 dez. 2008. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/447481/noticia.htm?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 jun. 2024.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3 ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2009. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

VENTURI, G., Recamán, M., & Oliveira, S. (Orgs.) **Pesquisa mulheres brasileiras nos espaços público e privado**. São Paulo. Fundação Perseu Abramo, 2010. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

VISWANATHAN, M.; HARTMANN, K.; PALMIERI, R.; LUX, L.; SWINSON, T.; LOHR, K.N.; GARTLEHNER, G.; THORP, J. Jr. **The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review**. AHRQ Publication, No. 05- E009-1, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, May 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15910014/>. Acesso em: 17 jun. 2024.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. In: **Saúde Soc**. São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>. Acesso em: 17 jun. 2024.

XAVIER, Camila. **Violência obstétrica**, PRX Advocacia e consultoria, 2019. Disponível em:

<https://www.prxadvogados.com.br/blog/violencia-obstetrica/index.html>. Acesso em: 13 abr. 2024.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & sociedade**, v. 29, p. e155043, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acesso em: 20 mai. 2024.

ZAVALA MOQ, KLINJ TP, CARRILLO KLS. Quality of life in the workplace for nursing staff at public healthcare institutions. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 24, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1149.2713>. Acesso em: 17 jun. 2024.

ZOUEIN, L. H. L. Ainda precisamos falar sobre a violência obstétrica. **Consultor Jurídico**, 26 nov. 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-nov-26/tribuna-defensoria-ainda-precisamos-falar-violencia-obstetrica>. Acesso em: 19 mai. 2024.

‘Olha aqui, toda arrebetada’: influencer Shantal diz que foi vítima de violência obstétrica de médico durante parto em SP. (12 dez. 2021). G1 - São Paulo. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/12/12/olha-aqui-toda-arrebetada-influencer-shantal-diz-que-foi-vitima-de-violencia-obstetrica-de-medico-durante-parto-e-m-sp.ghtml>. Acesso em: 17 jun. 2024.