

## A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FRENTE AO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

### OBSTETRIC VIOLENCE IN FRONT OF THE BRAZILIAN LEGAL ORDER

Gabriela Alves Silva<sup>1</sup>  
Josiene Aparecida de Souza<sup>2</sup>

**RESUMO:** O presente trabalho versa sobre a violência obstétrica, sendo este um termo utilizado para todas as condutas desrespeitosas e degradantes na esfera física ou psíquica acometidos as gestantes, parturientes e mulheres que se encontram em trabalho de parto e puérperas. É notório os traumas que tal violência tem causado em diversas mulheres espalhadas por todo o Brasil. A violência obstétrica é uma forma de violência de gênero, a qual viola a Constituição Federal e, conseqüentemente, os direitos fundamentais e direitos humanos, através de danos causados à saúde física, moral, psicológica e sexual da mulher. Deste modo, é possível verificar eventual vulnerabilidade psicofísica das referidas mulheres perante as situações acima relatadas, configurando, assim, violação de seus direitos fundamentais. A pesquisa foi realizada através de Revistas Jurídicas, Artigos Jurídicos, bem como uma análise de dois casos de grande mídia que foi o caso Alyne Pimentel, no ano de 2002; e o caso da influenciadora e empresária Shantal Verdelho, em 2021.

**PALAVRAS-CHAVES:** Violência obstétrica, parturiente, gestantes, violência de gênero.

**ABSTRACT:** The present work deals with obstetric violence, which is a term used for all disrespectful and degrading conduct in the physical or psychological sphere affected by pregnant women, parturients and women who are in labor and postpartum women. It is notorious the traumas that such violence has caused in several women spread throughout Brazil. Obstetric violence is a form of gender violence, which violates the Federal Constitution and, consequently, fundamental rights and human rights, through damage to women's physical, moral, psychological and sexual health. In this way, it is possible to verify possible psychophysical vulnerability of these women in the face of the situations reported above, thus configuring a violation of their fundamental rights. The research was carried out through Legal Magazines, Legal Articles, as well as an analysis of two cases in the great media, which was the case of Alyne Pimentel, in 2002; and the case of influencer and businesswoman Shantal Verdelho, in 2021.

**KEYWORDS:** Obstetric violence, parturiente, pregnant women, gender violence.

## INTRODUÇÃO

---

O presente trabalho tem por objetivo demonstrar, por meio de pesquisa e análise bibliográfica, a conceituação e caracterização da violência obstétrica e as situações praticas mais comuns que ocorrem essa violência de gênero. Discutir-se-ão também os limites da violência obstétrica e como esta e outras ofensas à dignidade da mulher ferem sua autodeterminação.

---

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Direito da Faculdade de Direito de Conselheiro Lafaiete. E-mail: gabialvess2203@gmail.com.

<sup>2</sup> Orientadora. Mestre em Direito pelo Programa de Pós-Graduação "Novos Direitos, Novos Sujeitos" pela Universidade Federal de Ouro Preto. Especialista em Processo Civil pelo CAD em parceria com a Universidade FUMEC. Especialista em Direito Civil e Direito do Trabalho pelo Instituto Elpidio Donizette. Bacharela em Direito pela Universidade Federal de Ouro Preto. Advogada. Professora na Faculdade de Direito de Conselheiro Lafaiete. E-mail: josisouza09@hotmail.com.

Diante disso, o capítulo 2, como premissa inicial, aborda a conceituação e caracterização da violência obstétrica e identifica as situações mais comuns, sendo eles, a episiotomia, manobra de Kristeller, proibição de acompanhantes, violência obstétrica psicológica e as cesáreas eletivas realizados por profissionais da saúde.

Na segunda seção deste capítulo, adentrar-se-á a parturiente como sujeito de direitos e como a prática da violência obstétrica violam os direitos fundamentais e constitucionais, bem como tratar na esfera jurídica a responsabilidade civil no caso da violência e também quais são os tipos penais aplicáveis neste caso, além de analisar as jurisprudências do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e Supremo Tribunal Federal (STF) e os apresentar os projetos de lei vigentes apresentados no Congresso Nacional.

Por fim, no capítulo 3, apresentará dois casos de grande repercussão nacional; o 'caso Alyne', que ocorreu em 2002, resultando na morte da jovem e o caso da influenciadora Shantal Verdelho, que foi vítima de violência obstétrica por parte do médico obstetra Renato Kalil, analisando os pormenores já conhecidos da mídia, em virtude do processo correr em segredo de justiça.

## **1. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITUAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO**

---

O termo violência obstétrica é utilizado para descrever todas e quaisquer condutas desrespeitosas e degradantes, seja física, emocional e/ou verbal, como também procedimentos desnecessários e danosos cometidos contra gestantes, parturientes e puérperas.

Várias expressões são utilizadas para descrever o mesmo fenômeno, tais como “violência no parto”, “abuso ou desrespeito obstétrico”, “violência de gênero no parto e aborto”, “violência institucional de gênero no parto e aborto”, “assistência desumana/desumanizada”, “crueldade no parto”, “violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto”, entre outros (TESSER; KNOBEL; ANDREZZO; DINIZ, 2015).

Este ato cometido contra a gestante e sua família por profissionais dos serviços de saúde, profissionais técnicos-administrativos de instituições públicas ou privadas, bem como civis, durante o acompanhamento ao pré-natal, parto, pós-parto e aborto constitui em uma ou várias agressões, algumas de uma forma mais explícita e outras de modo velado.

Nesse sentido, a violência obstétrica pode ser expressa através do tratamento violento, doloroso, contrário ao consentimento da parturiente ou gestante, do tratamento grosseiro e ameaças ou humilhação, bem como através da negligência na assistência; da discriminação no atendimento; do abuso ou negativa de administração de medicamentos ou através da utilização inadequada de tecnologias e procedimentos desnecessários ou contrários às evidências científicas existentes, durante a gestação, parto, pós-parto e puerpério (SENA, 2016).

Especificamente, no caso do Brasil, verifica-se que a violência obstétrica não é algo anômalo ou pontual, mas sim naturalizado, uma vez que uma a cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência de gênero durante o atendimento ao parto (FPA, 2010).

Um dos estudos mais relevantes sobre o tema, que colheu dados sobre saúde reprodutiva em hospitais públicos e privados de 25 unidades da federação em 176 municípios espalhados pelo Brasil, cerca de 25% das mulheres brasileiras afirmam terem sofrido algum tipo de violência durante o atendimento (FPA, 2010).

Ainda assim, o Brasil é um país que anda na contramão do que é recomendado pelas principais organizações de saúde do mundo e do próprio país, conforme será demonstrado a partir da exemplificação das práticas mais comuns de violência obstétrica.

## **1.1. Situações mais comuns nas práticas de Violência Obstétrica**

---

O sofrimento é a medida iatrogênica quando estendida por costumes como a imobilização, a indução ou aceleração do parto com a ocitocina, a episiotomia, a manobra de Kristeller, cesáreas eletivas, impedimento de acompanhante, limitação de alimentos e bebidas, além da possível violência psicológica ligado a todas as condutas que violem os direitos das mulheres em situação gestacional.

Portanto, a partir deste capítulo, pretende-se apresentar as situações violadoras mais comuns que podem ser compreendidas como violência obstétrica.

### **1.1.1. Episiotomia**

---

A Episiotomia é um procedimento desnecessário utilizado nas práticas obstétricas rotineiramente acarretando em lesões inúteis e danosas à mulher,

causando lesões nas genitais da mãe ou na cabeça do recém-nascido. A intervenção é praticada por alguns médicos até nos dias de hoje como uma prática necessária para preservar a integridade do assoalho pélvico, restaurando a anatomia vaginal e a musculatura pélvica à condição de pré-parto.

Trata-se da episiotomia, um procedimento cirúrgico realizados pelos médicos para aumentar o canal vaginal que consiste em realizar um corte períneo - região entre o ânus e a vagina - com uma tesoura ou um bisturi. A cirurgia afeta diversas camadas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos, tendões, causando várias complicações, entre elas incontinência urinária e fecal, dor nas relações sexuais, risco de infecção e laceração perineal em partos posteriores, aumento de volume de sangramento no período menstrual, além de ser causa de muita dor. À frente desta situação, Previatti e Souza (2007, p. 198) postulam que:

É fato que a episiotomia vem sendo utilizada de forma indiscriminada na assistência obstétrica. É fato também que, os profissionais de saúde arraigados a conceitos e práticas que não contemplam os resultados de evidências científicas atuais, bem como, as práticas baseadas nos direitos das mulheres, insistem na realização deste procedimento, mantém um enfoque intervencionista e assim subtraem da mulher-parturiente a possibilidade de experienciar o parto, como um processo fisiológico e fortalecedor de sua autonomia.

A episiotomia é a única cirurgia do Brasil realizada sem o consentimento da paciente, e sequer prestam informações sobre o risco e efeitos adversos desprezando o direito da mulher no trabalho de parto, uma vez que todo procedimento cirúrgico, em especial a episiotomia, só deveria ser realizado após o consentimento pós-informação da paciente, tendo em vista que a mulher tem autonomia do seu próprio corpo.

Leal *et al.* (2012) estimam que a episiotomia é realizada em 53,5% dos partos via vaginal, sendo que as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que sejam realizados apenas em 10% deles, visto que muitos profissionais afirmam que este procedimento é necessário quando há risco de uma “ruptura perineal grave” (de terceiro ou quarto grau), mas essa não é uma análise objetiva, tendo em vista que a episiotomia por si só é uma laceração de 3º grau e quando ele não é realizada pode não ocorrer laceração ou surgir laceração de graus anteriores de melhor prognóstico.

Portanto, é notável a presença da violência obstétrica nesta conduta perante a perda de autonomia da parturiente através de uma intervenção danosa que poderá

comprometer e afetar consideravelmente a sua qualidade de vida, integridade física, psíquica e sexual.

### *1.1.2. Manobra de Kristeller*

---

A manobra de Kristeller é uma técnica realizada com frequência, por profissionais da saúde, com o objetivo de acelerar o trabalho de parto e expulsar o feto. Consiste em uma manobra na parte superior do útero, durante as contrações do parto visando empurrar o bebê em direção à pelve. Utiliza-se as mãos, braços, antebraços, joelhos e, em alguns casos horrendos, o profissional até sobe em cima do abdômen da parturiente.

Contudo, não há evidências que esse procedimento traga benefícios e diminua o tempo do período expulsivo, podendo causar danos maternos e fetais, sendo que os casos mais comuns na parturiente podem provocar lesões nos órgãos internos, hematomas, fratura de costela, hemorragias, contusões, além da violência psicológica sofrida. E expõe a criança ao aumento da probabilidade de complicações decorrente de distócia de ombros, fraturas de clavícula, trauma encefálico, descolamento do músculo esternocleidomastoideo, hipóxia, dentre outras sequelas.

Leal *et al.* (2012), apuraram que essa prática acomete aproximadamente cerca de 36,1% das mulheres. Segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), essa manobra é classificada na categoria C como prática ineficaz, sem evidência científica para utilização e usada de forma inadequada.

Ademais, o Ministério da Saúde na publicação “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada para a Mulher” (2001) também descreve o procedimento como prática claramente prejudicial ou ineficaz que deve ser abolida (BRASIL, 2001).

### *1.1.3. Proibição de acompanhantes*

---

A gestante possui o direito de ter o acompanhante e esse direito é respaldado pela Lei Federal 11.108/2005 (BRASIL, 2005) e duas importantes resoluções: Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2008) e Resolução Normativa (RN) 260/2011 da Agência Nacional de Saúde (ANS, 2011), portanto a proibição do acompanhante é

caracterizada violência obstétrica, uma vez que, negando esse direito, descumpra a Lei. Além do mais, a presença do acompanhante é parte da política oficial adotada pelo Ministério da Saúde incluída pela Rede Cegonha.

Leal *et. al.* (2012) revelam que menos de 20% das mulheres se beneficiam da presença contínua de um acompanhante durante todo o período da internação, sendo que essa porcentagem são privilégios das mulheres com maior renda e escolaridade, brancas, usuárias do setor privado e que tiveram cesariana como opção de parto.

Os argumentos utilizados que justificam a negação do acompanhante são baseados na estrutura física dos hospitais ou ainda profissionais, quando a decisão passa a ser a critério do médico. O acompanhante no trabalho de parto é considerado como práticas muito úteis e que devem ser estimuladas, tendo em vista que a presença é altamente protetora contra formas de violência obstétrica durante a internação hospitalar promovendo melhores resultados maternos e neonatais.

Em pesquisa realizada por Louro (2002) constatou-se com base em evidências científicas que a presença do acompanhante minora o sofrimento, ansiedade e medo da mulher, tornando o processo de parturição mais natural e menos traumático, em virtude do importante suporte emocional atrelado aos sentimentos de segurança e confiança, diminuição do nível de estresse materno e depressão pós-parto.

#### 1.1.4. Violência Obstétrica Psicológica

A Violência obstétrica psicológica foi considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) como uma das formas mais presentes de agressão à mulher, por sequer serem reconhecidas como violência por grandes partes das mulheres.

No depoimento que se segue (CIELLO 2012), é nítido a violência psicológica sofrida pela vítima:

O médico só gritava: "puxa ele logo, vocês estão quebrando ele todo, esse bebê já era, sintam o cheiro de podre, vou ter que interditar a sala, puxem!". Então meu bebe nasceu e logo foram reanimar com apenas 50 batimentos cardíacos por minuto. O médico dizia: "Não adianta, esse já era, eu tenho 30 anos de profissão, esse já era, não percam tempo, ele está sofrendo... Já era, sintam o cheiro de podre, como uma mãe pode deixar uma infecção chegar a esse ponto? Eu estava em estado de choque, mas eu disse: "Estive aqui há 15 dias e o senhor disse que minha dor era: frescura" - O bebê faleceu, todos se calaram e me perguntaram: "Quer ver o corpo? Eu

não quis. (K.F.M.T., atendida na Maternidade Santa Therezinha, em Juiz de Fora-MG) (CIELLO *et al.*, 2012, p. 138).

Para Rovinsky (2004) o maltrato físico é mais facilmente reconhecido como prejuízo à mulher enquanto abuso psicológico, por não deixar marcas aparentes, sendo de difícil identificação até para própria mulher que não consegue reconhecê-lo e identificá-lo, uma vez que a mente da mulher vítima da violência é brutalmente afetada e/ou manipulada.

A violência psicológica é uma das formas mais invisibilizadas e cruéis de agressão contra a mulher e uma das mais recorrentes no ambiente médico-hospitalar ocorrendo isoladamente ou ainda abarcando todas as demais categorias de violência obstétrica (negligência, física, sexual e verbal) uma vez que refere-se a:

Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio (CIELLO *et al.*, 2012, p. 60).

Embora não deixe marcas físicas, a agressão psicológica afeta e perturba o equilíbrio emocional, podendo configurar ou desencadear sintomas emocionais ou psicopatológicos sérios na vítima. Observa-se que as mulheres sentem mais facilidade em superar a violência física, como empurrões, puxões, tapas e pontapés, do que violência psicológica, como humilhações que, segundo elas, provocam uma dor muito mais profunda.

#### 1.1.5. Restrição da posição para o parto

A restrição da posição para o parto conforme a preferência da mulher é uma das formas mais frequentes de violência obstétrica. O uso rotineiro da posição de litotomia (onde o corpo está deitado com a face virada para cima, joelho e quadril flexionado a 90°, expondo o períneo) prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para muitas gestantes e pode dificultar a oxigenação do feto (SAUAIA; SERRA, 2016).

A Resolução nº 36, da ANVISA (2008), dispõe sobre o regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e assegura à gestante “condições de escolha de diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos”.



Portanto, a liberdade de posição e de movimento e o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto são consideradas práticas classificadas como demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, sendo que a manutenção da parturiente na posição horizontal, tanto no trabalho de parto quanto no parto, é uma prática incorporada pela obstetrícia e tem sido questionada em relação aos seus benefícios para mãe e filho.

#### 1.1.6. Cesáreas eletivas

---

Originariamente, a cesárea foi desenvolvida como um procedimento cirúrgico com o escopo de salvar a vida da mãe e/ou da criança nos casos de complicações durante a gravidez ou parto, sendo assim, um recurso a ser utilizado somente quando surge algum tipo de risco para a mãe, para o bebê ou ambos (BARBOSA *et al.*, 2003).

Entretanto, no Brasil, segundo dados recentes publicados pelo Ministério da Saúde, o percentual de partos cesáreos é de 40% na rede pública, chegando a 84% na saúde suplementar. Em uma pesquisa realizada pela Fiocruz (apud DIAS *et al.*, 2008) envolvendo 487 parturientes observou-se que 70% das entrevistadas não revelaram preferência pela cesariana, 90% das mulheres foram submetidas a essa cirurgia.

A relação entre a mortalidade materna e neonatal associada ao alto número de cirurgias cesarianas foi reconhecida no Relatório 2014 da PMNCH - *Partnership for Maternal, Newborn and Child Health* (Parceria para Saúde Materna, Neonatal e Infantil) da OMS, documento lançado no Fórum Mundial de 2014.

A OMS (2015) preocupada com essa problemática, relatou uma declaração sobre as taxas de cesariana, apontando o Brasil como líder mundial na prática e alertando acerca da epidemia iminente. Destaca-se que desde de 1985, a recomendação da comunidade internacional de saúde considera que a taxa ideal de cesáreas deve ficar entre 10% e 15% de todos os partos realizados. No Brasil, mais da metade dos nascimentos são realizados através dessa prática cirúrgica, predominantemente na rede privada.

Em 2015, a OMS concluiu que as taxas de cesáreas são efetivas para salvar vidas de mães e crianças, quando indicadas ao caso e feitas em um ambiente seguro.



Via de regra, a cesariana é indicada quando o trabalho de parto é desaconselhável ou quando não é provável que o parto vaginal seja realizado com segurança. Por se tratar de uma cirurgia, a prática oferece riscos tanto à parturiente como ao neonato. Pode implicar em complicações maternas menores como episódios de febre ou perda maior do volume de sangue, até eventos maiores, tais como, lacerações acidentais de vísceras, infecções puerperais e acidentes anestésicos, razão pela qual as evidências médicas indicam que as taxas de mortalidade materna em decorrência de cesárea são até sete vezes maiores do que nos partos normais (BRASIL, 2008).

## **1.2. A parturiente como sujeito de direitos**

---

Os abusos correntemente observados nas práticas de violência obstétrica violam os direitos fundamentais e também os direitos humanos, nesse sentido, faz-se necessário esclarecer ambos os termos.

Conforme Carvalho (2002) apesar de ambos os direitos possuírem praticamente o mesmo conteúdo, os direitos humanos devem ser compreendidos como direitos válidos para todos, independentemente do lugar onde estejam, possuindo, portanto, caráter universal. Quanto aos direitos fundamentais, estes representam a jurisdição de direitos positivos vigentes consoante a determinação estabelecida por cada Estado, abrangendo, portanto, direitos individuais, políticos, sociais e econômicos protegidos pelas legislações em vigor nos mais diferentes países.

Contudo, muito embora haja um amplo conjunto de direitos estabelecidos em diferentes legislações pátrias, existem muitas situações cotidianas levadas a juízo para as quais não tem soluções pré-prontas, devendo, por isso, o jurista construir argumentativamente, à luz dos elementos do caso concreto, dos parâmetros fixados na norma e dos elementos externos ao Direito, a melhor resposta para que os direitos e garantias do cidadão sejam assegurados (BARROSO, 2014).

O modelo dogmático que impera no Direito faz com que os operadores busquem respostas prontas tomando como pressuposto a letra da lei, esquecendo-se, portanto, que o direito é dinâmico, e, portanto, deve ser interpretado e contextualizado para suprir novas demandas contemporâneas.

O Direito não se encontra necessariamente vinculado à existência de leis específicas, não obstante serem essas de grande relevância, os princípios podem suprir essas lacunas, uma vez que também são dotados de força normativa. Esse debate torna-se importante para discussão da violência obstétrica, uma vez que a ausência de leis faz com que os aplicadores do direito busquem soluções prontas e acabadas visando sanar o conflito, mas aplicando normas e sanções inadequadas, contribuindo para a consequente invisibilização do fenômeno, ao não observá-lo sob uma perspectiva de gênero com consequentes violações de direitos fundamentais, direitos humanos e princípios bioéticos.

Posto isto, cabe ressaltar certos direitos básicos das mulheres violados e negligenciados cotidianamente nas práticas de violência obstétrica antes, durante e após o parto, sendo os principais: direito à vida, direito à integridade pessoal, direito sexual e reprodutivo e o direito à informação.

#### 1.2.1. Violação dos princípios bioéticos nas práticas de violência obstétrica

A bioética pode ser entendida como o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que esta conduta é analisada à luz dos valores e princípios morais a fim de se conseguir um atendimento eficaz com relação aos problemas da vida, saúde e morte do ser humano (LEPARGNEUR, 1996). Para Ferreira (1998), a bioética seria a ética das biociências e biotecnologias que pretende preservar a dignidade, os princípios e valores morais das condutas humanas, meios e fins defensivos e protetivos da vida, em suas várias formas, notadamente, a vida humana e a do planeta.

A teoria principialista configurou-se como instrumento norteador no que tange aos dilemas éticos advindos das pesquisas científicas e sua aplicabilidade, sendo embasado por quatro pilares ou princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O princípio da autonomia determina que o indivíduo deve ter condições de praticar a sua liberdade de escolha sem qualquer forma de coerção. A beneficência designa-se à condição de agir em prol do benefício dos indivíduos, de modo a fazer-lhe o bem. O princípio da maleficência preconiza o dever de não causar dano a alguém. E a justiça sustenta-se na noção de tratar cada pessoa de forma adequada (BEAUCHAMPS; CHILDRESS, 2002).

Para Wanssa (2011), a limitação da decisão do paciente no que toca a decisão plenamente autônoma pode acarretar a supressão da assistência à saúde e a vontade do paciente, substanciada na liberdade, deve ser embasada na informação e na verdade. À vista disso, muitos profissionais de saúde utilizam informações falaciosas ou coação no intuito de convencer as mulheres a realizar determinados procedimentos, tais como as cesáreas eletivas. Assim, o direito à informação liga-se ao princípio da autonomia, tendo em vista que somente com informações compreensíveis, pode o paciente ser capaz de tomar decisões concretas e autônomas.

Portanto, na prática, o respeito à autonomia encontra-se em oposição onde todas as decisões são tomadas pelo médico sem consultar a vontade do paciente, o que dificulta a atuação do paciente como protagonista do seu próprio tratamento. Sob esse ponto de vista, o modelo participativo é visto como o ideal do ponto de vista ético, onde o médico utilizando justamente o direito de informação ao paciente, o informa, orienta e aconselha-o, no tocante a tomada de decisões livre e consciente (UGARTE; ACIOLY, 2014).

## **2. RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

---

A responsabilidade seja na área civil ou penal pressupõe ato ilícito. E o ilícito, de acordo com sua natureza e grau, ocasiona como consequência uma sanção que pode ser de natureza punitiva ou ressarcitória. A obrigação surge como forma de responsabilizar os indivíduos pelas atividades danosas provocadas.

À vista disso, a ordem jurídica designa deveres, e a violação destes caracteriza o ilícito que acarreta dano a outrem, gerando um novo dever jurídico: o de reparar o dano. É nesse pensar que repousa a noção de responsabilidade exprimindo obrigação, encargo, contraprestação, designando o encargo de alguém de reparar o prejuízo resultante de uma violação. A obrigação surge, assim, como forma de responsabilizar os indivíduos pelas atividades danosas provocadas (CAVALIERI FILHO, 2012).

A responsabilidade penal decorre de um fato criminoso, seja de forma comissiva ou omissiva. Não haverá reparação e sim, aplicação de uma pena pessoal e intransferível à figura do transgressor, tendo em vista a gravidade do ilícito, uma

vez que essa modalidade de responsabilidade visa a ordem social e também a punição.

A responsabilidade civil é marcada por um dano ocasionado pela lesão de um bem juridicamente tutelado, sem, contudo, haver uma prática criminal. Neste caso, haverá reparação do dano (patrimonial ou moral) por meio de uma indenização ou compensação.

Diante destas considerações, a conduta do médico que pode ser ativa ou passiva, por ação ou omissão, quando danosa pode gerar responsabilidade na esfera civil, com a intenção de reparação do dano por meio de indenização ou compensação e/ou penal, decorrente de um fato criminoso seja de forma omissiva ou comissiva.

### **2.1. Da responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica**

---

A violência obstétrica pode ser realizada tanto pelos agentes de saúde na atuação da atividade médico-hospitalar, quanto pelo estabelecimento de saúde. Conforme exposto, a responsabilidade pode ser civil e penal e ainda objetiva e subjetiva.

Dessa forma, para apuração da responsabilidade civil dos médicos e enfermeiros deve haver verificação da culpa, assim só haverá responsabilização se comprovado que estes tenham agido com negligência, imprudência e imperícia, conforme o art. 14, §4º do Código de Defesa do Consumidor: "a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa" (BRASIL, 1990).

Desse modo, a responsabilidade civil do médico envolve erro culposo e presume: "uma conduta profissional inadequada, associada à inobservância de regra técnica, potencialmente capaz de produzir dano à vida ou agravamento do estado de saúde de outrem, mediante imperícia, imprudência ou negligência" (CASTRO, 2005, p. 4).

O Manual de Orientação Ética e Disciplinar do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CRMESC, 2006) estabelece o erro médico como sendo:

Erro médico é a falha do médico no exercício da profissão. É o mau resultado ou resultado adverso decorrente da ação ou da omissão do médico, por inobservância de conduta técnica, estando o profissional no

pleno exercício de suas faculdades mentais. Excluem-se as limitações impostas pela própria natureza da doença, bem como as lesões produzidas deliberadamente pelo médico para tratar um mal maior. Observa-se que todos os casos de erro médico julgados nos Conselhos de Medicina ou na Justiça, em que o médico foi condenado, o foi por erro culposo (CRMESC, 2006, p. 123).

Conforme declara Maria Helena Diniz:

(...) Assim, se o paciente vier a falecer, sem que tenha havido negligência, imprudência ou imperícia na atividade do profissional da saúde, não haverá inadimplemento contratual, pois o médico não assumiu o dever de curá-lo, mas de tratá-lo adequadamente. (...) Não resultando provada a impropriedade ou imperícia ou negligência, nem o erro grosseiro, fica afastada a responsabilidade dos doutores, em medicina em virtude mesmo da presunção de capacidade constituída pelo diploma obtido após as provas regulamentares (DINIZ, 2011, 340).

Nesse sentido, o erro médico consiste na falha profissional que resultará no dano e além da responsabilização na esfera civil e/ou penal, o médico sujeita-se, ainda, às sanções administrativas do Conselho Federal de Medicina, podendo inclusive, dependendo da gravidade do dano, ser proibido de exercer o ofício.

No tocante aos profissionais que não fazem parte do quadro permanente do hospital ou da clínica, mas que ocasionalmente utilizam sua estrutura física e logística para realizar uma cirurgia, por exemplo, entende-se existir um vínculo jurídico entre o médico e a entidade hospitalar, de maneira que existe possibilidade de responsabilização objetiva da instituição, sem prejuízo de um eventual direito de regresso contra o médico (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2015).

Diante desta perspectiva, a responsabilidade civil objetiva prevista na legislação, não dispõe aos agentes do sistema de saúde. Não obstante, no que se expõe à relação entre o hospital ou clínica médica que presta serviços, a responsabilidade civil é objetiva, conforme os arts. 43 e 932, III do CC/2002 e art. 14 do CDC.

Ao encontro dos artigos acima a súmula 341 do STF expressa que: "É presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto" e o art. 37, §6º, da CF/88 assegura que:

As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa (BRASIL, 1988).

Assim sendo, os estabelecimentos hospitalares são fornecedores de serviços e por isso respondem objetivamente pelos danos causados aos seus pacientes, nesse caso não há que se falar em culpa, bastando apenas o dano e o nexo causal.

Perante o exposto, se os casos de violência obstétrica forem observados à luz da teoria clássica da responsabilidade, há uma grande ênfase na produção de provas quer sejam documentais ou periciais para verificação de culpa dos profissionais de saúde, o que muitas vezes não é possível, ensejando no desprovimento de muitos casos ante a alegação de ausência de prova de culpa ou nexo causal. Nessa perspectiva,

São consideráveis as dificuldades para a produção da prova da culpa. Em primeiro lugar, porque os fatos se desenrolam normalmente em ambientes reservados, seja no consultório ou na sala cirúrgica; o paciente além das dificuldades em que se encontra pelas condições próprias da doença, é um leigo, que pouco ou nada entende dos procedimentos a que é submetido sem conhecimentos para avaliar causa e efeito, nem sequer compreendendo o significado dos termos técnicos; a perícia é imprescindível, na maioria das vezes, e sempre efetuada por quem é colega do imputado causador do dano o que dificulta e, na maioria das vezes, impede a isenção e a imparcialidade. É preciso superá-las, porém, com determinação, especialmente quando atuar o corporativismo (AGUIAR JUNIOR. 2000, p. 14-15).

Observa-se que os casos de violência obstétrica não podem ser de forma alguma considerados como erro médico, mas devem ser tidos como uma violência de gênero. Conforme explanam, Nogueira e Severi (2016):

[...] resultantes de uma relação hierárquica de poder, que reduz a capacidade das mulheres de exercerem seus direitos durante as etapas do parto (pré, durante e pós-parto) e resulta em um conjunto variado e articulado de danos físicos, emocionais, estéticos, psicológicos e morais a elas e seus familiares (NOGUEIRA; SEVERI, 2016, p. 465).

Em frente às considerações, se o médico insiste em praticar uma conduta que é ineficiente e danosa como a manobra de Kristeller, ou insiste em realizar determinado procedimento sem o consentimento da mulher, como a episiotomia ou ainda a aplicação de ocitocina sintética, tais condutas não podem ser observadas sob a perspectiva do erro médico que pressupõe uma conduta correta, mas que tem o seu resultado prejudicado por negligência, imprudência ou imperícia (elementos da culpa), visto que nos casos elencados, a conduta é ilícita.

Destarte, se o médico efetuou determinado procedimento sem o consentimento da mulher estará cometendo um ato ilícito que não pode ser resumido a um erro, pois nesse caso a conduta médica é correta, mas a técnica

empregada é incorreta (CAVALIERI FILHO, 2012), enquanto na violência obstétrica a conduta por si só é incorreta e o resultado danoso é consequência da escolha do profissional em optar pela conduta errada, desrespeitando a autonomia da mulher.

Nesse sentido, argumenta-se que a melhor alternativa não seja uma ação de responsabilidade civil na qual teria a grande dificuldade de comprovar a culpa médica, mas sim uma ação de indenização por danos morais e/ou materiais em decorrência da violência obstétrica, expondo toda a situação vivenciada, enfatizando a violência de gênero e também a institucional.

No entanto, em casos graves não podem ser ressarcidos na esfera civil, razão pela qual a responsabilidade penal do agente faz-se necessária conforme expor-se-á a seguir.

## **2.2. Responsabilidade Penal: quais são os tipos aplicáveis nos casos de violência obstétrica**

---

Em conformidade com o exposto no artigo 935 do CC/2002, a responsabilidade civil é independentemente da criminal. À vista disso, o Direito Penal define uma série de crimes que podem ser cometidos pelos agentes de saúde no exercício da profissão. Acerca à violência obstétrica, os crimes mais "elementares" que podem ser imputados a os profissionais de saúde são: homicídio, lesão corporal, constrangimento ilegal, ameaça, maus-tratos, calúnia, difamação e injúria (BRASIL, 2002).

O homicídio simples (art. 121, Código Penal) culposo possui pena de seis a 20 anos. Posto isto, considera-se dolo não apenas a intenção de causar dano (dolo direto), mas ainda as condutas em que o agente não quer o resultado morte, mas assume o risco de produzi-lo (dolo eventual). Na prática médica, o dolo eventual é caracterizado quando há imprudência e negligência que são condutas graves, e, portanto, não pode ser aplicada a pena reduzida do crime culposo (BRASIL, 1940).

Outro crime que merece destaque nas práticas de violência obstétrica lesão corporal, tipificada no art. 129, Código Penal. Dessa maneira, nas práticas obstétricas, a episiotomia sem autorização da parturiente pode ser enquadrada nessa conduta, ou ainda os excessivos exames de toque praticado por diferentes pessoas como meio para práticas acadêmicas, a manobra de Kristeller, dentre



outras condutas que podem ocasionar lesões físicas produzindo dano no corpo da vítima, tendo em vista a integridade física violada.

O artigo 140 do Código Penal, tipifica o crime de injúria, em que o bem jurídico protegido é a honra subjetiva da pessoa humana, sendo o crime consumado através da ofensa à dignidade ou decoro, pode-se elencar como conduta delitiva a submissão da gestante à oitiva de frases como “na hora de fazer você não gritou” ou “não reclama que daqui há um ano você estará aqui de novo” (BRASIL, 1940).

Em se tratando de maus-tratos, previsto no art. 136 do Código Penal (CP) a violência obstétrica se caracteriza por condutas como o procedimento de exames de toque excessivamente dolorosos, da negativa de medicação para dor, entre outras, ou seja, privando a vítima de cuidados considerados indispensáveis por quem está responsável pelo tratamento adequado (BRASIL, 1940).

A parturiente, objeto de violência obstétrica, por muitas vezes tem privação de alimentos e água por longos períodos, mesmo após o parto e em algumas situações não tem os cuidados indispensáveis e especiais. Em alguns casos não se tem os cuidados especiais e indispensáveis, conforme o depoimento abaixo, retirado da pesquisa Ciello *et al.*, (2012):

Na manhã seguinte do parto o médico passou na porta da enfermaria e gritou: 'Todo mundo tira a calcinha e deita na cama! Quem não estiver pronta quando eu passar vai ficar sem prescrição!'. A mãe da cama do lado me disse que já tinha sido examinada por ele e que ele era um grosso, que fazia toque em todo mundo e como era dolorido. Fiquei com medo e me escondi no banheiro. E fiquei sem prescrição de remédio pra dor. (P. atendida na ala do serviço público da Maternidade Pró-Matre de Vitória-ES) (CIELLO *et al.*, 2012, p. 137).

Merece ainda destacar o crime de ameaça tipificado no art. 147, Código Penal, este crime, infelizmente perpetrada nos casos de violência obstétrica, visa intimidar e amedronta as gestantes mediante promessa de causar-lhe mal injusto e grave. O mau injusto é aquele que a vítima não está obrigada a suportar, podendo ser ilícito ou simplesmente imoral. Já o mal grave é o capaz de produzir a o ofendido um prejuízo relevante (MASSON, 2012).

Em resumo, engloba qualquer ato prejudicial à saúde da vítima que possa acarretar danos psicológicos ou físicos, inserindo, portanto, nas tipificações correspondente os recorrentes de Violência Obstétrica. No depoimento a seguir é nítido a lesão à integridade física e psicológica, uma vez que além da parturiente

terem sido submetidas a episiotomia, devem se “conformar” com a dor, pois o médico acha que o procedimento não dói:

Assumo o plantão e já tem 3 puérperas com lágrimas nos olhos à procura de ajuda. Estão sentindo dor 'no corte'. Consulto os prontuários e vejo que todas as três tiveram parto normal com episiotomia, mas não foi prescrito nenhuma medicação para dor. Procuo me informar e descubro que o médico que fez os partos não prescreve medicação para partos normais com episiotomia, pois diz que “normal não dói, é coisa da cabeça delas” (Ex-funcionária da Maternidade Pró-Matre de Vitória-ES) (CIELLO *et al*, 2012, p. 133).

Ainda com relação à integridade pessoal, o art. 129 do Código Penal, §1º, IV, alega que: se a ofensa à integridade corporal ou a saúde de outrem resultar em aceleração de parto, será considerado lesão corporal de natureza grave, com pena de reclusão é de um a cinco anos (BRASIL, 1940). De acordo com Pierangeli:

Acelerar o parto é antecipar o nascimento, isto é, pôr fim à gravidez antes do termo final desta, desde que o feto logre sobreviver. Se o feto vier a morrer dentro do útero materno, com ou sem a sua expulsão, haverá aborto e a lesão será gravíssima. Deve-se, contudo, observar que em ambas as situações, uma vez estabelecido pela perícia o nexo causal entre a agressão e a expulsão, haverá delito (2007, p. 77).

Diante dos casos analisados, resta clara a caracterização da violência obstétrica. Contudo, apesar das normativas e regulamentos no âmbito do Ministério da Saúde com relação a temática, infelizmente, não há no Brasil nenhuma legislação específica, nem no âmbito civil, nem no criminal, com relação a problemática, diferente do que ocorre na Argentina e Venezuela.

Ainda assim, a ausência de legislação específica não impede que os aplicadores do Direito possam punir a prática, uma vez que resta caracterizada a violação de princípios e direitos básicos do Estado Democrático de Direito, podendo haver aplicação da responsabilidade civil da equipe hospitalar e do Estado ou ainda aplicação da lei penal, conforme demonstrado.

### **2.3. Posicionamento STF e STJ**

---

Neste tópico serão apresentados posicionamentos e análise dos conteúdos e dos pedidos das fundamentações do Supremo Tribunal Federal (STF) e Superior Tribunal de Justiça (STJ) sobre o problema sociojurídico da violência obstétrica.

Tendo como palavra-chave o termo violência obstétrica, no qual restou encontrado o mandado de segurança 34347, de relatoria do Ministro Dias Toffoli, apresenta-se o seguinte entendimento:

Decisão: Vistos. Cuida-se de mandado de segurança, com pedido de tutela de urgência, impetrado por Claudinete de Andrade Borges em face do Procurador-Geral da República, com o objetivo de compelir a autoridade impetrada a —anal[is]ar a petição/representação de incidente de deslocamento de competência (IDC) da Justiça Estadual para Justiça Federal, nos autos do Processo nº 1011160-22.2014.8.26.0161, em que pleiteia a responsabilização civil do Município de Diadema por —violência obstétrica contra mulher e neonatol. Claudinete de Andrade Borges narra que apresentou a Representação nº 20160064226 ao Procurador-Geral da República, em 9/6/2016, com fundamento no art. 109, V-A, §5º, da CF/88, na qual objetiva —[que seja suscitado] ante o Superior Tribunal de Justiça, Incidente de Deslocamento de Competência (IDC, art. 109, V-A, § 5º, CF/88) de processo judicial (...) por supostas intimidações e vulnerabilidade ao Poder político e econômico local frente ao Poder Judiciário estadual. Sustenta que foi 42 ultrapassado o —prazo razoável de 30 [trinta] dias para a autoridade impetrada manifestar-se acerca do pedido formulado na Representação nº 20160064226, devendo-se aplicar. (STJ- Mando de Segurança 34347. Relator: Mins Dias Toffoli. Data de julgamento: 17/12/2016. Data da publicação: 01/02/2017).

No caso acima, o mandado de segurança demonstra a dificuldade que a vítima de violência obstétrica poderá possuir ao procurar o poder judiciário. Desse modo, resta claro a possibilidade da vítima pleitear ação judicial, inclusive em face do poder público, contra qualquer violência sofrida durante ou após o parto; não podendo o Estado ser omissor diante de tais casos, cabendo até a responsabilidade da própria União em reparar os danos ocasionados. O Estado possui o dever de garantir o bem-estar e a dignidade para todos os indivíduos, cabendo a ele o poder-dever de aplicar a lei no caso concreto.

Segundo o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que di respeito à violência obstétrica foi encontrado o julgado do AREsp nº 1747648, no qual em sede de decisão monocrática a Ministra Nancy Andrighi proferiu a seguinte decisão:

Cuida-se de agravo em recurso especial interposto por SHEYLA MAYRA DA SILVA CARDOSO, contra decisão que negou seguimento a recurso especial fundamentado na alínea "a" do permissivo constitucional. Ação: de reparação de danos morais e estéticos, ajuizada pela agravante, em face de MEDICAL MEDICINA COOPERATIVA ASSISTENCIAL DE LIMEIRA, JOSÉ LOPES DE OLIVEIRA JÚNIOR e NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S.A. - EM LIQUIDAÇÃO - EM LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL, decorrente da negativa de acesso de acompanhante ao parto da agravante. Sentença: julgou improcedente o pedido. Acórdão: negou provimento à apelação interposta pela agravante, nos termos da seguinte ementa: APELAÇÃO CÍVEL - "Ação de Indenização" (sic.) - Paciente que pretende a condenação do plano de saúde contratado e do médico responsável pelo parto de seu primeiro filho, ocorrido em 01.05.2009, ao pagamento de indenização por

danos morais diante de alegada violência obstétrica, por ter sido submetida desnecessariamente e contra a sua vontade a uma cesariana, o que teria causa da cicatriz e deformidade permanente em razão das suturas realizadas, além de não lhe ter sido cancelado o ingresso de um acompanhante - Sentença de improcedência da lide principal, restando a lide secundária (denúnciação da lide à seguradora do plano de saúde) prejudicada, com condenação do litisdenunciante ao pagamento de honorários advocatícios ao patrono da litisdenunciada - Insurgência da autora e do plano de saúde réu. RECURSO DA AUTORA - Apelação adstrita aos danos morais decorrentes da negativa dos réus em cancelar o ingresso de um acompanhante no momento do parto - Elementos coligidos aos autos que não deixam dúvida de que o parto a que se submeteu a autora era de emergência - Prontuário médico e laudo pericial produzido pelo IMESC, indicando quadro de oligodrâmnio (perda importante de líquido amniótico), o qual oferecia risco até mesmo de óbito ao bebê - Situação que, além de recomendar a realização da cesárea, autorizava a proibição de Ingresso de acompanhante, sobretudo se considerado que foi utilizada a equipe de médicos plantonistas da Maternidade, que prestava assistência não apenas à autora, mas também a outras pacientes em situação equivalente, ou até mesmo mais grave - A despeito de não haver exceção à regra prevista no art. 19-J da Lei nº 8.080/90 (introduzido pela Lei nº 11.108/05 "Lei do Acompanhante"), a depender do caso concreto, a negativa de autorização a um acompanhante não se considera abusiva ou de qualquer outra forma ilícita, tal qual se constata na hipótese vertente - Conduta lesiva e dano moral não configurado - Indenização afastada. RECURSO DO PLANO DE SAÚDE RÉU - Art. 129, parágrafo único do Código de Processo Civil que prevê, de forma expressa, em caso de improcedência da lide principal, com prejuízo do exame da lide secundária, caber ao litisdenunciante arcar com os honorários de sucumbência ao patrono do litisdenunciado R. sentença que se limitou a aplicar a literalidade da lei, nada justificando a alteração pretendida, com condenação da autora ao pagamento da verba honorária devida à litisdenunciada. Sentença mantida - RECURSOS DESPROVIDOS. Recurso especial: alega violação do art. 19-J da Lei 8.080/90. Argumenta que a presença de acompanhante no parto é direito da parturiente. RELATADO O PROCESSO, DECIDE-SE. - Julgamento: aplicação do CPC/2015. - Da existência de fundamento não impugnado A agravante, em relação à presença de acompanhante no parto, não impugnou o seguinte fundamento utilizado pelo TJ/SP: Embora não previsse a norma em referência qualquer restrição ao direito a um acompanhante durante o parto, não se pode negar que, a depender das circunstâncias do caso concreto, a recusa apresentada pelo obstetra, desde que fundada na preservação da integridade da parturiente e do nascituro, não pode ser considerada abusiva ou violadora de direitos. (...) Na hipótese vertente, como dito, a tão só emergência que o caso demandava era suficiente a justificar a negativa de ingresso de acompanhante na sala de parto pela equipe médica, não estando configurados, portanto, a conduta lesiva imputada aos réus, tampouco os danos narrados pela autora. (eSTJfls. 854/855) Assim, não impugnado esse fundamento, deve-se manter o acórdão recorrido. Aplica-se, neste caso, a Súmula 283/STF. Ademais, alterar o decidido no acórdão impugnado, quanto ao ponto, exige o reexame de fatos e provas, o que é vedado em recurso especial pela Súmula 7/STJ. Forte nessas razões, CONHEÇO do agravo e, com fundamento no art. 932, III, do CPC/15, NÃO CONHEÇO do recurso especial. Nos termos do art. 85, § 11, do CPC/15, considerando o trabalho adicional imposto ao advogado da parte agravada em virtude da interposição deste recurso, majoro os honorários fixados anteriormente em 15% sobre o valor da causa (e-STJ fl. 856) para 17%, observada a concessão da gratuidade de 40 justiça. Previno as partes que a interposição de recurso contra esta decisão, se declarado manifestamente inadmissível, protelatório ou improcedente, poderá acarretar sua condenação às

penalidades fixadas nos arts. 1.021, § 4º, e 1.026, § 2º, do CPC/15. (STJ-AREsp n1747648. Relatora: Nancy Andrighi. Data de julgamento 19/11/2020. Data da publicação 23/11/2020).

Observando a respectiva decisão proferida pela ministra, destaca-se a violência obstétrica no prisma da dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, afirma-se que diante de tais casos é necessário analisar o caso concreto, bem como, todas as circunstâncias apresentadas no parto; pois, o principal motivo pelo qual se negou provimento ao recurso foi à demonstração da necessidade da realização do procedimento médico cesariana, que ensejou na impossibilidade do acompanhante.

À vista disso, ao referir que a interferência médica para concessão de acompanhante durante o parto, pode ser causadora de dano ao direito da parturiente, nesse sentido, as decisões precisam ser fundamentadas para garantir a preservação da integridade da mãe e do nascituro.

Diante de tal análise, o que depende para que o Superior Tribunal de Justiça reconhecer procedente do pedido de indenização é a demonstração da ausência de necessidade da conduta médica prática. Nesse sentido, no caso em tela, se restasse demonstrado que a cesárea não seria necessária ou se encontra a parturiente em risco, a não liberação do genitor no acompanhamento do parto resultaria configurado a responsabilidade dos profissionais de saúde.

Por este motivo, faz necessária a análise do caso concreto para definir se a conduta resulta em dano para parturiente e nascituro. Destarte, a necessidade médica do procedimento realizado afasta os requisitos da culpabilidade do profissional.

Desse modo, a conduta do agente poderá ser mediante ação e omissão, o dano causado, bem como, o nexo de causalidade, mais o elemento do dolo ou culpa não restaria configurado diante da necessidade da realização de tal conduta causadora do dano.

Diante ao exposto pela jurisprudência dos tribunais, é possível verificar que é necessário analisar os casos de violência obstétrica de forma a garantir a melhor aplicação da lei, observando cada situação fática, na qual, restando evidenciada a conduta desnecessária e danosa do agente, bem como, o dano sofrido pela vítima e o nexo de causalidade presente na ação.

#### **2.4. Projetos de Lei**

---

A fim de verificar os projetos de lei (PLs) que tramitam no Congresso Nacional brasileiro sobre a temática, foi realizada uma busca nos sítios eletrônicos da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

Os projetos em tramitação dispõem sobre a violência obstétrica em consonância com a sua caracterização pelos movimentos sociais e demais leis estaduais e municipais já promulgadas com esse objeto, a exemplo da definição dada pelo projeto de lei nº 7.633, de 2014 de autoria do Deputado Federal Jean Wyllys (PSOL/RJ), um dos primeiros a serem protocolados com essa temática que prevê, em seu artigo 13 que:

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. Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério (BRASIL, 2014).

O recente projeto de lei 878 de 2019, tendo como autores Talíria Petrone (PSOL/RJ), Áurea Carolina (PSOL/MG), Fernanda Melchionna (PSOL/RS), Sâmia Bonfim (PSOL/SP), David Miranda (PSOL/RJ), o qual o projeto acima foi apensado, prevê a importância dos planos de parto para cada gestante, no qual essa expressa a sua vontade como parte do seu princípio do consentimento e da autonomia (BRASIL, 2019).

O artigo 7º ressalta ainda que, durante a elaboração desse plano,

[...] a gestante deverá ser informada, de forma clara, precisa e objetiva pela equipe de saúde sobre as principais rotinas e procedimentos de assistência ao parto, assim como as implicações de cada um deles para o seu bemestar físico e emocional e o da criança (BRASIL, 2019).

Salienta-se que o projeto de lei 2.589 de 2015 apresentado pelo Deputado Federal Marco Feliciano (PSC/SP), dispõe que os atos que configuram violência obstétrica devem ser introduzidos nas penas previstas no artigo 146 do Código Penal, que versa sobre constrangimento ilegal e prevê pena de detenção de três meses a um ano, ou multa (BRASIL, 2015).



O PL 8.219 de 2017 exposto pelo Deputado Federal Francisco Floriano (DEM/RJ), estabelece uma sanção própria para os atos que configuram como violência obstétrica, em seu artigo 3º, qual seja: detenção, de seis meses a dois anos, e multa, além de estabelecer sanção específica, consubstanciada em detenção de um a dois anos e multa, para a realização de episiotomia na parturiente, considerando-o “inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico” (BRASIL, 2017).

O PL 2.693 de 2019 tem como responsável o Senador Irajá (PSD/TO), visa estabelecer uma ampla política de atendimento às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, prevendo a integração com ações de combate à violência doméstica, humanização no atendimento das gestantes e da família, entre outros princípios. É um projeto amplo que elenca princípios que se conjugam aos demais projetos já elencados (BRASIL, 2019).

O projeto de lei 3.310 de 2019 apresentado pela Deputada Federal Lauriete (PL/ES), apresenta-se para obrigar os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento obstétrico a permitir e facilitar às pacientes o registro de som e imagem durante as próprias consultas pré-natais, o trabalho de parto e o parto. É um projeto com um único artigo, que poderia facilmente ser apensado à discussão dos demais (BRASIL, 2019).

O único projeto que vai contra aos demais projetos aqui abordados é o projeto de lei 3.635 de 2019, que visa garantir o direito da parturiente a uma cesariana eletiva, e só poderá ser realizada após semanas de gestação e com a gestante adequadamente informada sobre os benefícios do parto normal e dos riscos da cesariana (BRASIL, 2019).

Este projeto de lei explica o mesmo que a Resolução CFM nº 2.144 de 2016, do Conselho Federal de Medicina, que aborda o tema sob a perspectiva da ética médica. Todavia, o Brasil é um país onde as taxas de cesariana superam as taxas de parto normal e encontram muito acima do aceito como adequado pela

Organização Mundial de Saúde, que estabelece em até 15% dos partos (CFM, 2016). Verifica-se, assim, que dentre os projetos de lei existentes, provenientes de diversos partidos, há uma convergência na definição e estipulação



de normativas para combater e punir a violência obstétrica no Brasil, como parte das violências de gênero praticadas contra mulheres.

### **3. CASOS NOTICIADOS PELA MÍDIA E SUA REPERCUSSÃO NA JUSTIÇA BRASILEIRA**

---

#### **3.1. Caso “Alyne”**

---

O caso de Alyne Silva Pimentel Teixeira, em novembro de 2002, conhecido como ‘caso Alyne’ gerou grandes repercussões por se tornar o primeiro caso decidido por um órgão internacional de direitos humanos, sendo conhecido pelo processo ‘Alyne v. Brasil’ (PERES; PERUZZO, 2021).

A jovem, à época com 28 anos, era negra e pobre e encontrava-se com seis meses de gestação e foi até a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em Belford Roxo (RJ). A mesma apresentava sinais de gravidez de alto risco, mas não foi bem atendida, sendo em um primeiro momento, mandada de volta para casa. Porém, conforme o mal-estar da vítima aumentou, a mesma foi novamente à clínica, onde já não havia mais batimentos fetais, sendo o parto induzido, com um feto natimorto (PERES; PERUZZO, 2021).

Como de praxe, uma cirurgia para a extração da placenta deveria ser feita imediatamente, para que não ocorresse perigos à Alyne, o que só foi feito após 14 horas depois do parto.

Em que pese a grande urgência da situação, pois já era sabido que o feto estava morto há, no mínimo, 5 horas dentro do corpo da paciente, os procedimentos de indução ao parto só tiveram início horas depois. O parto normal induzido não foi bem sucedido, uma cirurgia de curetagem foi realizada, não antes que transcorressem 14 horas da realização do parto. Alyne Pimentel não pode receber visita de qualquer familiar (COSTA, 2017).

Conforme o caso foi se agravando, a vítima precisou ser transferida para uma unidade de serviço especializado, indo para o serviço público do Hospital Geral de Nova Iguaçu, também no Rio de Janeiro. Por falta de assistência médica e acompanhamento indevido, Alyne veio a falecer, tendo o laudo técnico informado que a morte se deu por hemorragia digestiva, não considerando-a como morte materna (PERES; PERUZZO, 2021).

Já em 2007, sem nenhuma decisão por parte da justiça brasileira, o *Center for Reproductive Rights* (‘Centro por Direitos Reprodutivos), juntamente com a

Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos, fizeram uma denúncia internacional sobre o caso ao Comitê CEDAW<sup>1</sup>, tendo a mãe de Alyne a representação do mesmo. Foi arguido à época que o Estado violou os direitos da vítima quanto ao direito à saúde sem discriminação, por se tratar de uma mulher negra e pobre (art. 12) e o direito à vida, tanto dela quanto de seu bebê, vez que os dois vieram a falecer (REPRODUCTIVE RIGHTS, 2014).

Tomando grandes proporções, o caso foi considerado, entre outros aspectos por sua violência obstétrica, principalmente pelo tratamento desumanizado, que levou a óbito tanto a mãe, quanto o bebê. Além disso, o CEDAW declarou que o Estado brasileiro foi o responsável pelos óbitos (REPRODUCTIVE RIGHTS, 2014).

O Comitê arguiu de três formas diferentes sobre o caso. A primeira delas foi sobre, a partir do momento que o Estado (Nação), além de Municípios e Distritais, tornam-se responsáveis por promover o acesso à saúde, eles são também encarregados por garantir que esses acessos sejam eficazes, monitorando-os e regulamentando-os, tanto unidades públicas, como privadas, ou seja, foi responsabilidade do Estado a morte de Alyne, em decorrência dos fatores de seu atendimento ineficaz.

Além disso, em um segundo momento o CEDAW compreendeu que para que os direitos humanos das mulheres sejam protegidos, tendo as mesmas direito à vida, à saúde, além de não serem discriminadas por quaisquer motivos, fica também a cargo Estado fornecer assistência à saúde materna, dando qualidade à mesma, independentemente de raça, etnia, idade ou classe social (SILVA, 2015). Por fim,

O Comitê CEDAW recomendou que o Brasil “cumpra sua obrigação de garantir ação e tutela judiciais efetivas.” De acordo com o Comitê, o Estado falhou em garantir um tutela judicial efetiva e recursos judiciais adequados, uma vez que (i) não foi iniciado procedimento para estabelecer a responsabilidade dos profissionais da saúde que atenderam a Alyne; (ii) a ação civil impetrada no ano de 2003 pela família da Alyne ainda não havia sido conhecida quando houve a decisão do Comitê; e (iii) dois pedidos de tutela antecipada haviam sido negados (REPRODUCTIVE RIGHTS, 2014, p. 1-6).

Através da decisão do CEDAW, recomendou-se que o Estado:

- (a) Garantir o direito da mulher à uma maternidade segura e o acesso de valor razoável ao serviço de emergência obstétrica adequada, em conformidade com o disposto na Recomendação Geral nº 24 (1999) sobre mulheres e saúde;

---

<sup>1</sup> O Comitê CEDAW tem a responsabilidade de garantir a aplicação da Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Ele é composto por 23 peritas de grande prestígio moral e da mais alta competência na área abarcada pela Convenção (BRASIL, 1979, p. 01).

- (b) Prover treinamento técnico adequado aos profissionais da saúde, especialmente sobre o direito à saúde reprodutiva da mulher, inclusive ao tratamento médico de qualidade durante a gravidez e parto, bem como à assistência emergencial obstétrica oportuna;
- (c) Garantir o acesso aos recursos efetivos nos casos em que os direitos à saúde reprodutiva da mulher tenham sido violados e dispor de treinamento para membros do judiciário e para operadores do direito;
- (d) Garantir que instituições de saúde privadas cumpram com os padrões nacionais e internacionais relevantes sobre assistência à saúde reprodutiva;
- (e) Garantir que sanções adequadas sejam impostas aos profissionais da saúde que violam o direito à saúde reprodutiva das mulheres; e
- (f) Reduzir a mortalidade materna evitável por meio da implementação do Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna nos âmbitos municipais e estaduais, inclusive estabelecendo comitês de mortalidade materna onde estas não existam, em consonância com as observações finais feitas ao Brasil em 15 de agosto de 2007 (CEDAW/C/BRA/CO/6) (REPRODUCTIVE RIGHTS, 2014, p. 1-6).

O ‘caso Alyne’ foi de grande repercussão não só pela violência obstétrica, mas também pela violência estrutural sofrida por mais uma jovem negra e pobre que teve negado seus direitos tão presentes na Constituição Federal, mas tão ausentes na prática. Com a análise do ocorrido percebe-se um avanço normativo quando ‘Alyne v. Brasil’ é capaz de abrir precedentes quanto à responsabilização do Estado diante da ausência de atendimento adequado àqueles que procuram serviços de atendimento à saúde.

### **3.2. Caso Shantal**

---

Em setembro de 2021, a influenciadora Shantal Verdelho, ao dar à luz a sua filha mais nova, Domênica, esperava um parto humanizado, porém a realidade foi totalmente diferente. A influenciadora foi submetida a momentos e procedimentos totalmente invasivos, ofensivos e humilhantes, por parte do médico obstetra, Renato Kalil (FONTES, 2021).

O sonho da humanização do parto juntamente com o respeito aos seus direitos como gestante e paciente veio por água abaixo quando seu médico, Renato Kalil, durante o parto realizou diversas atitudes completamente em desacordo com uma conduta ética, xingou a parturiente e insistiu que a mesma realizasse diversos procedimentos que ela mesma no exercício do seu direito optou por não realizar (OLIVEIRA, 2021).

À época do ocorrido, Shantal, declarou que no momento do parto não tinha a consciência de que estava sendo vítima de violência obstétrica, mas, após assistir as

gravações que seu marido registrou, pôde observar que o médico teria usado palavrões contra ela e exposto de forma pejorativa suas partes íntimas para o pai da criança, Mateus Verdelho, e também para terceiros, além de realizar procedimentos violentos e desnecessários (FONTES, 2021).

Assim como acontece com vítimas de outros tipos de violência, quem sofre violência obstétrica pode levar um tempo para entender as agressões ocorridas na hora do parto. Pouco depois do parto, a influenciadora fez uma publicação dizendo que o momento foi "emocionante" e sem demonstrar qualquer tipo de desconforto em relação ao ginecologista. É bastante comum entre as vítimas de violência obstétrica sair do parto com uma sensação boa. Isso ocorre porque o ginecologista é visto como um médico da família, uma vez que participa da vida da mulher no longo prazo. Entretanto, após assistir à filmagem do parto, Shantal se deu conta de que tinha sido vítima de violência obstétrica (FONTES, 2021).

Nas filmagens é possível ver os xingamentos proferidos à influencer como "viadinha", "mimadinha", "teimosa", "seu útero é uma porcaria", "faz força, porra", além de insistir para induzir o parto com remédio "Misoprostol", medicamento que é contraindicado para pessoas que já fizeram cesárias anteriores, causando complicações para saúde da mulher e podendo causar até a morte (OLIVEIRA, 2021).

Segundo a influenciadora, o ginecologista também "fez birra" por ela ter negado se submeter a uma episiotomia, realizando manobras em sua vagina simulando o procedimento, tendo como resultado muita dor e desconforto. Como se não bastasse, ocorreu também a manobra de Kristeller, que foi realizada por um enfermeiro, nas filmagens é muito claro ver o braço tremendo com tanta força que estava realizando esse procedimento e a parturiente reclamando de dor (OLIVEIRA, 2021).

Neste caso, é possível observar duas situações de violência obstétrica, a psicológica e a física. A primeira são as ofensas e xingamentos, que estão muito claros no vídeo e assustam bastante, porque são muito ofensivos. A segunda é a lesão, que para ser apurada, vai depender de laudos e exames (FONTES, 2021).

Sendo assim, Shantal decidiu denunciar e prestar boletim de ocorrência contra o médico para que o caso seja investigado pela polícia e as medidas necessárias sejam tomadas.

### **3.3. O caso 'Shantal' perante a justiça brasileira**

---

Em dezembro, a influenciadora registrou um boletim de ocorrência no 27º Distrito Policial de São Paulo, que abriu um inquérito para investigação, sendo que algumas testemunhas foram à delegacia prestar depoimento sobre o caso. O Ministério Público de São Paulo (MPSP) também abriu investigação contra o médico Renato Kalil para apurar o caso e também denúncias de pelo menos outras duas mulheres também já relataram ter sido vítimas de violência obstétrica praticada pelo mesmo. A suspeita são da prática de quatro crimes, sendo eles de injúria, dano psicológico a vítima, divulgação de nudez e lesão corporal (OLIVEIRA, 2021).

Após a parturiente pedir o afastamento preventivo do médico, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) abriu um procedimento administrativo disciplinar interno sobre o caso e apuração do ocorrido (OLIVEIRA, 2021).

O caso em tela pode ser analisado como uma expressão máxima da violência obstétrica que poderia levar a parturiente ou o bebê à morte por negligência, imprudência ou imperícia médica. Levando em consideração todas essas questões, o estudo de caso resta claro o reconhecimento de que a influencer foi vítima de uma série de violação de direitos sexuais e reprodutivos e o enquadramento da violência obstétrica como uma forma de discriminação contra a mulher, e também, demonstra a realidade fática da naturalização da violência obstétrica no Brasil como também indica alguns critérios jurídico normativos para a caracterização desse tipo específico de violência de gênero (OLIVEIRA, 2021).

Salienta-se que o presente caso, conta com grande mídia, por conta de serem pessoas famosas, mas todos trâmites correm em segredo de justiça e ainda não foi finalizado.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Compreende-se, a partir deste estudo, que violência obstétrica não tem uma única definição, podendo ser dividida em diversas espécies de violência, sendo física, verbal, psicológica e por negligência. À vista disso, compreende-se que a violência é praticada intencionalmente ou por falta de perícia.

Em 2014, a violência obstétrica foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a fim de prevenir e eliminar esses tipos de abusos, porém, não é o suficiente para que essas situações se tornem menos frequentes ou nulas, visto que não contém previsão de punição ou reparação de danos para casos específicos como estes.

Mesmo após o entendimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) e diversos relatos de ocorrências de violência obstétrica, não houve uma atuação enérgica das autoridades competentes, o que gerou ainda mais impunidade e retraimento das vítimas.

Por ainda não ter muita visibilidade muitas mulheres vítimas não sabem reconhecer quando há abuso por parte dos médicos, tendo em vista que alguns dos procedimentos são considerados comuns dentro do trabalho de parto e parto. Submetendo-se as essas práticas totalmente abusivas e constrangedoras.

Os resultados desta revisão narrativa, portanto, demonstram a necessidade de se promover uma reestruturação na área da saúde, tanto para as usuárias como para os profissionais no que tange à conscientização e mudanças práticas, a fim de reduzir as intervenções desnecessárias, adotar estratégias alternativas mais humanas possíveis e preservar o maior bem jurídico tutelado que é a vida.

Em síntese, a melhor forma de erradicar, ou ao menos, minimizar a violência obstétrica é sensibilizar a sociedade para que saibam identificar as situações que retratam à violência obstétrica dando-lhe um conceito definido, a fim de que as mesmas sejam denunciadas e que os infratores sejam penalizados mediante uma possível legislação específica.

## REFERÊNCIAS

---

AGUIAR, Ruy Rosado de. **Responsabilidade civil do médico**. 2000. p. 1-2. Disponível em: <<http://bdjur.stj.gov.br/dspace/handle/2011/555>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(6):1611-1620, nov-dez, 2003. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BARROSO, Luis Roberto. **Grandes transformações do direito contemporâneo e o pensamento de Robert Alexy**. In: TRIVISONNO, Alexandre Travessoni; SALIBA, Aziz Tuffi; LOPES, Mônica Sette (orgs.). Robert Alexy: princípios formais e outros



aspectos da teoria discursiva do direito. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2014. p. 69-99.

BEUACHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BRASIL. 1988. **Constituição Federal**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 18 maio. 2022.

BRASIL. 1990. **Código de Defesa do Consumidor**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8078compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm)>. Acesso em: 18 maio. 2022.

BRASIL. 2001. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada para a mulher**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2022.

BRASIL. 2005. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm)>. Acesso em: 17 jun. 2022.

BRASIL. 2008. **Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\\_03\\_06\\_2008\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html)>. Acesso em: 17 jun. 2022.

BRASIL. 2011. **Resolução normativa nº 260, de 27 de julho de 2011**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0260\\_27\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0260_27_07_2011.html)>. Acesso em: 17 jun. 2022.

BRASIL. 2014. Projeto de Lei nº 7.633 de 2014. **Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências**. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=67D125B73B98E77010A8E9C8E6CFE17C.proposicoesWebExterno2?codteor=1257785&filena me=PL+7633/2014](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=67D125B73B98E77010A8E9C8E6CFE17C.proposicoesWebExterno2?codteor=1257785&filena me=PL+7633/2014)>. Acesso em: 16 maio. 2022.

BRASIL. 2015. Projeto de Lei nº 2.589 de 2015. **Dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica**. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1369606&filena me=PL+2589/2015](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1369606&filena me=PL+2589/2015)>. Acesso em: 04 maio. 2022.

BRASIL. 2017. Projeto de Lei nº 7.867 de 2017. **Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério**. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1568996&filena me=PL+7867/2017](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1568996&filena me=PL+7867/2017)>. Acesso em: 01 maio. 2022.



BRASIL. 2017. Projeto de Lei nº 8.219 de 2017. **Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após.** Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1584588&filena me=PL+8219/2017](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1584588&filena me=PL+8219/2017)>. Acesso em: 05 jun. 2022.

BRASIL. 2019. **Projeto de Lei nº 2.693 de 2019. Política Nacional de Atendimento à Gestante.** Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=637BEC44281FAEF028695A4F48FD0305.proposicoesWebExterno1?codteor=1763159&filena me=Avulso+-PL+2693/2019](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=637BEC44281FAEF028695A4F48FD0305.proposicoesWebExterno1?codteor=1763159&filena me=Avulso+-PL+2693/2019)>. Acesso em: 04 maio. 2022.

BRASIL. 2019. **Projeto de Lei nº 3.310 de 2019. Dispõe sobre o registro de som e imagem de consultas pré-natais, trabalho de parto e parto.** Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2206465>>. Acesso em: 04 maio. 2022.

BRASIL. 2019. **Projeto de Lei nº 3.635 de 2019. Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.** Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2208686>>. Acesso em: 04 maio. 2022.

BRASIL. 2019. Projeto de Lei nº 878 de 2019. **Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.** Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1712064&filena me=PL+878/2019](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1712064&filena me=PL+878/2019)>. Acesso em: 01 jun. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo em Recurso Especial nº 1.747.648.** Relator: Min. Nancy Andrighi. 19 de nov. 2020. Disponível em: <[https://processo.stj.jus.br/processo/dj/documento/mediado/?tipo\\_documento=documento63mponente=MON&sequencial=117962096&tipo\\_documento=documento&num\\_reg](https://processo.stj.jus.br/processo/dj/documento/mediado/?tipo_documento=documento63mponente=MON&sequencial=117962096&tipo_documento=documento&num_reg)>. Acesso em: 09 maio. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Mandado de Segurança nº 34347.** Relator: Min. Dias Toffoli. 16 dez. 2016. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=310999796&ext=.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2022.

CARVALHO, Márcia Haydée Porto de. **A defesa da honra e o direito de informação.** Florianópolis, SC: Letras contemporâneas, 2002.

CASTRO, João Monteiro de. **Responsabilidade civil do médico.** São Paulo: Método, 2005.

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil.** 10. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

CIELLO, Cariny et al. Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor"**. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

COSTA, Judith Martins. **Bioética e dignidade da pessoa humana: rumo à construção do Biodireito**. Revista da Faculdade de Direito da UFRGS, v. 18, 2000.

CRMESC. 2006. **Manual de orientação ética e disciplinar**. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/1978079-Manual-de-orientacao-etica-e-disciplinar.html>>. Acesso em: 18 jun. 2022.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(5):1521-1534, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/17.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. **O que é Bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2012.

FERREIRA, Jussara Suzi Assis Borges Nasser. Bioética e biodireito. **Scientia Iuris, Revista do Curso de Mestrado em Direito Negocial**, da Universidade Estadual de Londrina, Londrina (PR): (213): 49, 1998/1999.

FONTES, Eduardo. 2021. **Shantal Verdelho acusa médico de violência durante o parto em SP**. Disponível em: <<https://eduardofontes.com/shantal-verdelho-acusamedico-de-violencia-durante-o-parto-em-sp/>>. Acesso em: 19 jun. 2022.

FPA - FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa de opinião Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados 2010**. São Paulo: FPA/SESC, 2010. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheresbrasileiras-egenero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

G1. **História realmente pesada', diz influencer Shantal em rede social após denúncia de violência obstétrica**. G1. São Paulo. 14 de dez. 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/12/14/historia-realmente-pesadadiz-influencer-shantal-em-rede-social-apos-denuncia-de-violencia-obstetrica.ghtml>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo Curso de Direito Civil: responsabilidade civil**. v. 3. 13a ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portalnsp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

LEPARGNEUR, Hubert. **Força e fraqueza dos princípios da bioética**. Bioética – v.4, no2, Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1996.

LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V. R. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-18.

MASSON, Cleber Rogério. **Direito penal esquematizado**: parte especial. 4a ed. Rio de Janeiro: Forense. São Paulo: Método, 2012, vol. 2.

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*, v. 11, n. 2, p. 430-470, jul./dez. 2016.

OLIVEIRA, Samantha. 2021. **Entenda o que é violência obstétrica, que acometeu a influenciadora Shantal Verdelho**. Disponível em: <<https://jc.ne10.uol.com.br/social1/2021/12/14925058-entenda-o-que-e-violenciaobstetrica-que-acometeu-a-influenciadora-shantal-verdelho.html>>. Acesso em: 19 jun. 2022.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)>. Acesso em: 17 maio. 2022.

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)>. Acesso em: 09 abr. 2022.

PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**. Imprensa: São Paulo, Revista dos Tribunais, 2007.

PREVIATTI, Jaqueline Fátima; SOUZA, Kleyde Ventura de. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 197-201, mar./abr.2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a12v60n2.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

REPRODUCTIVE RIGHTS. 2014. **Alyne v. Brasil**. Disponível em: <[https://reproductiverights.org/wpcontent/uploads/2018/08/LAC\\_Alyne\\_Factsheet\\_Portuguese\\_10-24-14\\_FINAL.pdf](https://reproductiverights.org/wpcontent/uploads/2018/08/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10-24-14_FINAL.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2022.

ROVINSKI, Sônia Liane Reichert. **Dano psíquico em mulheres vítima de violência**. Rio de Janeiro. Editora Lúmen, 2004.

SAUAIA, Artenira da S. e S.; SERRA, Maiane Cibele de M. “Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco”. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 128-147, 2016.

SENA, Ligia Moreiras. **Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração**: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. 2016, 277p.

Tese de Doutorado. Área de concentração: Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016. Disponível em: <<http://tede.ufsc.br/teses/PGSC0156-T.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

SERRA, M. **Violência obstétrica em (des)foco: uma avaliação da atuação do Judiciário sob a ótica do TJMA, STF e STJ**. Tese – Universidade Federal do Maranhão Programa de Pós- Graduação em Direito Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça. São Luis, p. 227. 2018.

SILVA, Andreia Mendes. 2015. **Caso Alyne Pimentel: análise do direito humano à saúde e a morte materna**. Monografia (Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4292596/mod\\_resource/content/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20alyne%20pimentel.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4292596/mod_resource/content/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20alyne%20pimentel.pdf)>. Acesso em: 19 jun. 2022.

SOUZA, Neri Tadeu Camara. **Responsabilidade civil e penal do médico**. Campinas, SP: LZN Ed., 2006.

TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. de A.; DINIZ, S. G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade**, vol. 10, n. 35, p.1-12, abril-junho, 2015. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso. **Rev. Col. Bras. Cir.** 2014; 41(5): 274-277. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n5/pt\\_0100-6991-rcbc-41-05-00374.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n5/pt_0100-6991-rcbc-41-05-00374.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2022.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília – DF, 2009. Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos\\_reprodutivos3.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2022.

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. Autonomia versus beneficência. **Rev. Bioét.** (Impr.)2011; 19(1): 105-17.