

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
BACHARELADO EM DIREITO

Milena Vitória da Silva Soares Lopes

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Uma análise da responsabilidade penal médica

Santa Rita

2023

MILENA VITÓRIA DA SILVA SOARES LOPES

## **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Uma análise da responsabilidade penal médica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Direito, da Universidade Federal da Paraíba necessário para a conclusão deste.

Orientadora: Profa. Dra. Werna Karenina Marques

SANTA RITA

2023

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

L864v Lopes, Milena Vitória da Silva Soares.  
Violência obstétrica: uma análise da  
responsabilidade penal médica / Milena Vitória da Silva  
Soares Lopes. - Santa Rita, 2023.  
63 f. : il.

Orientação: Werna Karenina Marques de Sousa.  
Monografia (Graduação) - UFPB/CCJ/DCJ.

1. Violência obstétrica. 2. Responsabilidade penal  
médica. 3. Manobra de Kristeller. 4. Episiotomia. I.  
Sousa, Werna Karenina Marques de. II. Título.

UFPB/BSDCJ

CDU 34



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
DIREÇÃO DO CENTRO  
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
DISCIPLINA: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



DISCIPLINA: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC

**ATA DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA PÚBLICA DO TRABALHO DE  
CONCLUSÃO DE CURSO**

Ao segundo dia do mês de Junho do ano de dois mil e vinte três, realizou-se a sessão de Defesa Pública do Trabalho de Conclusão do Curso de Direito intitulado “Violência obstétrica: uma análise da responsabilidade penal médica”, sob orientação do(a) professor(a) Werna Karenina Marques de Sousa que, após apresentação oral, foi arguido pelos integrantes da Banca Examinadora que se reuniram, reservadamente, e decidiram emitir parecer favorável à Aprovada, de acordo com o art. 33, da Resolução CCGD/02/2013, do(a) aluno(a) Milena Vitória da Silva Soares Lopes com base na média final de 10,0 Des (Des). Após aprovada por todos os presentes, esta ata segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Werna Karenina Marques de Sousa

Ana Carolina Couto Matheus

Matheus Victor Sousa Soares

Dedico este trabalho a todos os meus mestres, dentre eles, especialmente, meu pai, meu primeiro professor, mestre de minhas primeiras lições no Direito e na vida.

## AGRADECIMENTOS

Como tudo em minha vida, o Senhor Deus tem preeminência, por isso, agradeço, antes de tudo, a Ele, pelo dom da vida, por me dar bênçãos incontáveis – a realização deste trabalho, a conclusão deste curso são algumas delas – e Sua infinita Graça que é manifesta em cada canto que vou, a cada traço de meu destino.

Nesta oportunidade, agradeço ao meu brilhante pai, Marcos Evangelista Soares da Silva, que sempre teve um dia o desejo de ingressar nesta instituição que estou prestes a receber o título de bacharela em Direito, e por motivos de trabalho, à época, não conseguiu, porém não desistiu de realizar seu sonho de cursar Direito e, hoje, é um grande advogado de quem muito me orgulho, meu grande exemplo.

Agradeço, também, à minha querida mãe, Maria Josilene da Silva Soares, por todo o amor, por seus cuidados e incentivo que me deu (e me dá todos os dias), por todas as manhãs me ensinando as matérias fundamentais da escola (quão longe chegamos, ‘mainha!’). A ‘musa inspiradora’ desta pesquisa, mãe e mulher.

E tal qual a brilhante canção de Antônio Carlos Jobim, intitulada “Wave”, assim é a vida: “é impossível ser feliz sozinho”, agradeço ao meu amado esposo, Luís Henrique Lopes da Silva, a quem escolhi para trilhar a estrada da vida junto a mim todos os dias, que esteve e está presente a me contemplar, junto de meus pais, em cada conquista da minha vida.

Aos meus irmãos, Matheus Kelvin da Silva Soares e José Henrique da Silva Soares, os meus agradecimentos por partilharem comigo a vida e por todos os momentos vividos.

À minha orientadora, Werna Karenina Marques de Sousa (mulher, mãe e professora) por abraçar a minha ideia e torná-la possível me auxiliando em cada parte desta pesquisa.

À todas as mulheres que sofreram Violência Obstétrica e tomaram a importante e corajosa decisão de responsabilizarem os profissionais que erroneamente as feriram, para que outras mulheres não sejam alvo das mesmas práticas.

“Para mudar o mundo, é necessário primeiro mudar a forma de nascer.”

**Michel Odent**

## RESUMO

A Violência Obstétrica é um problema de saúde pública, além disso, é um crime, que deve ter suas respectivas sanções penais. Portanto, este trabalho monográfico se funda da necessidade pedagógica do alerta sobre o que é a Violência Obstétrica, de explicitar quais são as espécies de Violência Obstétrica e quais as sanções cabíveis.

Os tipos de metodologia utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa foram bibliográficos (através da análise da literatura escrita em livros, publicações, artigos, pesquisas, arquivos da imprensa escrita); documentais (projetos de lei formulados, leis, códigos, resoluções e pesquisa *online*); análise de casos práticos da mídia e relatos de mulheres vítimas da VO.

A tipologia de pesquisa quanto à utilização de resultados foi pura. Quanto à abordagem, foi qualitativa, uma vez que existe a preocupação em não se delimitar apenas a mera descrição de elementos que se depreende da pesquisa e, ainda, enumerativa.

Quantos aos objetivos, a pesquisa se dá de modo descritivo, em que buscou-se descobrir a frequência com que a Violência Obstétrica é praticada e, ainda, interpreta fatos. E, também, a pesquisa possui caráter exploratório, em que busca dar proximidade ao leitor para tratar sobre a problemática apresentada.

Conclui-se, portanto, ainda se faz necessária a legislação própria, que vise coibir esta prática vil.

Palavras-chave: análise; episiotomia; Kristeller; responsabilidade; violência.

## **ABSTRACT**

Obstetric Violence is a public health problem, in addition, it is a crime, which must have its respective criminal sanctions. Therefore, this monographic work is based on the pedagogical need to alert about what Obstetric Violence is, to explain what types of Obstetric Violence are and what sanctions are applicable.

The types of methodology used for the development of this research were bibliographic (through the analysis of the literature written in books, publications, articles, surveys and archives of the written press); documentary (formulated bills, laws, codes, resolutions and online research); analysis of practical media cases and reports of women victims of OV, and still, enumerative.

The research typology regarding the use of results was pure. As for the approach, it was qualitative, since there is a concern not to delimit just the mere description of elements that emerge from the research.

As for the objectives, the research is descriptive, in which it sought to discover the frequency with which Obstetric Violence is practiced and also interprets facts. And, also, the research has an exploratory character, in which it seeks to bring the reader closer to dealing with the presented problem.

It is concluded, therefore, it is still necessary to have legislation, which aims to curb this vile practice.

**Keywords:** analysis; episiotomy; Kristeller; responsibility; violence.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 A LINHA DO TEMPO DO PARTO</b> .....	12
2.1 O PARTO NO SÉCULO XVI E A PRIMEIRA CESARIANA.....	12
2.2 O AVANÇO DAS TÉCNICAS DA CESARIANA NO SÉCULO XX.....	13
2.3 A NOVA ERA DO PARTO – SÉCULO XXI E O SURGIMENTO DA NOMENCLATURA: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	14
<b>3 CONCEITUANDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS ESPÉCIES</b> .....	17
3.1 A MANOBRA DE KRISTELLER.....	20
3.2 A ADMINISTRAÇÃO DA OCITOCINA DE FORMA INADEQUADA OU DELIBERADA.....	22
3.3 EPISIOTOMIA E O PONTO DO MARIDO.....	23
<b>4 ANÁLISE DA VISÃO DO ESTADO ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA</b> .....	27
4.1 ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SEGUNDO A EXPOSIÇÃO SENTIDOS DO NASCER.....	28
4.2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PERÍODO COMPREENDIDO DE 2018 A 2022.....	32
<b>5 RESPONSABILIDADE PENAL <i>VERSUS</i> RESPONSABILIDADE CIVIL</b> .....	35
5.1 A RESPONSABILIDADE PENAL E TIPIFICAÇÃO DAS CONDUTAS MÉDICAS.....	37
<b>5.1.2 O Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero</b> .....	38
<b>5.1.3 Projetos de Lei que já existem para coibir a prática da Violência Obstétrica</b> .....	41
5.2 CRIMES A SEREM UTILIZADOS NA IMPUTABILIDADE DE UM INDIVÍDUO PELA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA O E UTILIZADOS PARA FINS DE NOSSA ANÁLISE.....	42
<b>5.2.1 Condutas cujo bem jurídico tutelado é a vida e a saúde</b> .....	42
<b>5.2.2 Condutas cujo bem jurídico tutelado é a honra</b> .....	44
<b>5.2.3 Condutas cujo bem jurídico tutelado é a liberdade individual</b> .....	45

5.3 ANÁLISE DA RESPONSABILIDADE CRIMINAL NA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	45
5.3.1 Caso Alyne.....	46
5.3.2 Caso – Agravo de Instrumento nº 1.323.321.....	47
5.3.3 Caso Shantal Verdelho.....	47
5.3.4 Caso V.F.....	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
7 REFERÊNCIAS.....	53
GLOSSÁRIO.....	60

## 1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a discussão da prática da Violência Obstétrica (VO) tem estado em voga, posto que esse cenário foi descortinado através dos relatos de mulheres dentro dos “critérios” do conceito de Violência Obstétrica.

Esse fato já tem feito parte da sociedade brasileira, uma vez que em um heredograma de cada família brasileira, em linha ascendente e colateral, possivelmente, a maioria das mulheres que já estiveram grávidas sofreram desta violência – em alguns casos, sem nem ao menos perceberem que sofreram, pois em certas épocas, algumas práticas que hoje são consideradas desnecessárias que nada contribuem para o bem estar da mãe e do feto, eram dadas como “procedimentos de rotina”.

Primordialmente, se faz necessário, neste ensaio, entendermos o conceito da Violência Obstétrica, como essa nomenclatura surgiu e todo o caminho que os órgãos internacionais e nacionais percorreram até o entendimento da existência desta transgressão de direitos e o que estas organizações vêm fazendo para a não ocorrência da violação.

Tendo em vista a exponencial discussão sobre a Violência Obstétrica, esta pesquisa tem o fito de analisar a construção do conceito da Violência Obstétrica, analisar dados amostrais a partir de um grupo de apoio de mães (quantidade de mulheres) através da pesquisa empírica, analisar dados provenientes de hospitais conhecidos da capital, mapeamento de perfil epidemiológico das mulheres que enfrentaram, relacionando a pesquisa com publicações e evidências científicas, para, enfim, analisarmos a responsabilidade penal dos profissionais da saúde que praticam e/ou praticaram a Violência Obstétrica e a ação da tutela penal, levando em consideração o sofrimento a partir da assistência obstétrica constatada como violenta.

Ainda, propõe esta pesquisa, verificarmos a situação do legislativo brasileiro frente à crescente discussão da medicalização do parto, tratamento desumanizado, silenciamento de parturientes, procedimentos desnecessários.

O parto que há muito deixou de ser o evento que é dotado de significado afetivo, carregado de valores culturais e emocionais para se tornar algo institucional e não voltado para o feminino e restrito ao seio familiar, algo cuja natureza feminina

não podia mais ser exercida, uma vez que o processo de partear é exclusivamente fisiológico.

Todo o cenário protagonista da mulher foi substituído por luvas, mãos e braços médicos, bisturis, fórceps, manobras dolorosas a partir da metade do século XIX, onde a medicina, ainda ‘engatinhando’ – por assim dizer – na fisiologia do parto, procurando alternativas para a rapidez, incidindo em diversos erros. Dessa forma, a mulher foi transformada em um objeto da equipe médica, um objeto - na visão médica - defeituoso, insuficiente, perigoso.

Com o passar dos anos, hoje, no século XXI, esta visão se consolidou, dado que a Violência Obstétrica é a mais triste das realidades enfrentadas nos dias que correm, contribuindo para a “criminalização” do parto natural.

As formas de condução do parto de hoje, apenas delineiam o ponto central do problema. A grande questão é que, atualmente, os profissionais cometem a VO e não são devidamente responsabilizados e nesse prisma, analisaremos o “por quê” disto, uma vez que a VO causa danos eternos a uma mulher.

Já insta salientar que, além da falta de regulação do Estado na fiscalização dessa violência como qualquer outra que o governo possui um controle de dados, há a falta de registro por parte dos hospitais, há a falta de orientação dos acompanhantes (dentre eles, maridos, mães, pais de gestantes) em saber o que é permitido em uma sala de parto e o que não é, em saber dos desejos e plano de parto da gestante.

E ainda há o maior problema: o fato de a violência obstétrica ainda não ter sido enquadrada num tipo penal próprio, uma vez que um ato de criminalização, que só assim traria o enfoque e traria ao conhecimento da população em geral acerca das condutas.

A grande problemática é que, em muitos casos, as mulheres não sabem nem mesmo como proceder para o caso de uma indenização por danos causados ou mesmo a penalização de um profissional da saúde que praticou a VO. Para o andamento deste estudo, a finalidade precípua foi destrinchar as espécies de VO nos momentos de pré-natal, pós parto e puerpério, a análise do contexto histórico-social, bem como quais crimes podem ser imputados aos profissionais para fins de responsabilidade penal.

## 2 A LINHA DO TEMPO DO PARTO

Até meados do século XVI, a parturição era feita pelas mulheres, onde eram protagonistas e as coadjuvantes, eram as parteiras. Entretanto, ainda no século XVI, começaram as primeiras movimentações acerca da mecânica do parto. Foi nesta época que Peter Chamberlain, um cirurgião e parteiro franco-inglês, inventou o primeiro fórceps com o fito de “facilitar” a saída do bebê.

O fórceps era interligado à cabeça do bebê após esta ter saído, então o bebê era puxado até que fosse retirado por inteiro da mãe. No caso de natimorto, era realizada uma craniotomia (perfuração do crânio) até que se tornasse possível a retirada deste.

Assim, se iniciava o processo de mecanização da parturição.

### 2.1 O PARTO NO SÉCULO XVI E A PRIMEIRA CESARIANA

Historicamente, a cesariana era feita em mulheres já falecidas para que fosse exequível retirar o feto vivo. Nos tempos de Roma, aproximadamente 700 a.C., era proibida até mesmo a cerimônia do funeral antes que o feto fosse retirado.

Ao contrário dos mitos que se propagaram na passagem dos anos, a cesariana não “nasceu” em berço romano, na época de Júlio César, dado que o primeiro registro de cesariana em vida, aconteceu em 1500, na Suíça, por Jacob Nufer.

Nufer não era médico, era um civil que castrava porcas. Em determinado momento, sua esposa, primigesta, entrou em trabalho de parto e estava na companhia de uma parteira. Entretanto, tomado pelo sofrimento de sua esposa que, por alguma razão seu filho não nascia - não possui dados históricos sobre o trabalho de parto -, Nufer chamou todas as parteiras de Sigershaufen que nada podiam fazer senão aguardar.

Então, Nufer chamou cirurgiões-barbeiros que estavam acostumados a fazer a retirada de cálculos na vesícula e pediu para que tentassem retirar seu filho, mas nenhum atreveu-se a tal feito inédito. Com isso, o civil solicitou a devida permissão às autoridades para que ele mesmo pudesse operar sua esposa acompanhado de mais duas parteiras.

Assim procedeu Nufer. Com sua esposa sobre uma maca e uma navalha, ele conseguiu retirar seu filho. Sua esposa se recuperou e, além desta, teve mais 5 gestações, uma destas gemelar, com via de nascimento normal.

Nos anais de medicina, a cesariana era tida como uma prática “não [...] absolutamente mortal. O número das operadas que escapam é muito limitado”, assim constatado por Theodoro João Henrique Langgaard, médico e farmacêutico do século XVII em seu Dicionário de Medicina Doméstica e Popular (1873), época em que a primeira cesariana foi feita no Brasil, atribuída a José Correia Picanço, em Pernambuco, ano de 1822.

De fato, a prática foi introduzida no meio da medicina no século XIX e não foi considerada como via de nascimento, apenas uma via de parto em casos muito excepcionais.

## 2.2 O AVANÇO DAS TÉCNICAS DA CESARIANA NO SÉCULO XX

No século XX, em meados da década de 60, a prática se popularizou com o avanço da ciência e das práticas, tais como: anestesia, esterilização de materiais, incisão cirúrgica baixa, que puderam proporcionar cada vez mais partos considerados de risco, exitosos. O que ocorre é que em meio aos avanços de técnicas, a cirurgia, socialmente e nos dias atuais, é considerada para algumas mulheres orientadas pela visão de muitos médicos, a única via de nascimento.

No ano de 1985, a OMS publica o Guia Prático para Assistência ao Parto Normal buscando medidas para humanização do atendimento e práticas para um parto e um nascimento saudáveis, prevenindo a morte da parturiente e do nascituro, inclusive, adotando posturas para redução de taxas de cesáreas, respeitando o processo fisiológico e dinâmicas do parto, minimizando os excessos de procedimentos e utilizando recursos de forma criteriosa. Neste Guia, a OMS revisa protocolos e defende o protagonismo da parturiente.

Na década de 90, o Congresso Nacional decretou e o Presidente da República, à época Fernando Collor de Melo, sanciona a Lei de nº 8.080/90 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde [...]”, que mais tarde, em 2005, teria adicionado à sua redação o art. 19 - J, tratando do acompanhante, em que os serviços de saúde do SUS - Sistema Único de saúde, da rede própria ou conveniada são obrigados a permitir junto à parturiente durante

todo o trabalho de parto, parto e pós-parto, a ser indicado pela parturiente, 1 acompanhante, sendo a cesariana a via de nascimento ou parto normal.

No ano de 1996, a OMS publica o programa de Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento. Um marco na história do parto, pois nomeou uma a uma as práticas que devem ser estimuladas, entre elas: respeito à escolha da mãe sobre o local do parto; contato pele a pele entre mãe e filho e introdução à amamentação na primeira hora após o parto; nomeou práticas prejudiciais que devem ser rechaçadas, tais como: uso de enema, tricotomia, lavagem ou revisão uterina (exploração manual) após o parto, uso de rotina da posição litotômica - com ou sem estribos; e ainda, nomeou práticas utilizadas de modo inadequado, que são: restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto, exames vaginais repetidos ou frequentes, por mais de um profissional da saúde, uso liberal da episiotomia.

Dada a recomendação da OMS, os países ainda se encontravam resistentes, utilizando as mesmas práticas antigas.

### 2.3 A NOVA ERA DO PARTO – SÉCULO XXI E O SURGIMENTO DA NOMENCLATURA: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Em 2000, o Ministério da Saúde lança o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, preconizando ações de prevenção e assistência à saúde de gestantes, parturientes e recém-nascidos, ampliando a rede para o acesso por parte das mães ao Sistema Único de Saúde, estabelecendo recursos em dinheiro para a implementação do programa.

Em 2007, a Venezuela já passa a criminalizar a existência do tipo de violência praticada contra a mulher em ambiente hospitalar.

Em 2010, o médico Rogelio Pérez D'Gregório, presidente à época da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela (SOGV), utiliza, pela primeira vez, a nomenclatura para designar a mulher que tem suas escolhas tangidas, seus direitos tolhidos e seus corpos violados desde o pré-natal até o puerpério como “Violência Obstétrica” em um editorial chamado International Journal of Gynecology and Obstetrics (Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia). A partir desse momento, a sociedade - ainda muito restrita - passa a compreender que certas condutas médicas se enquadram em determinada espécie de violência. O termo e a identificação já eram popularizados na Venezuela.

A nomenclatura foi então conceituada pela OMS (2017, ONLINE) como

Apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde, na forma de tratamento desumanizado, medicação abusiva ou patologização dos processos naturais, reduzindo a autonomia da paciente e a capacidade de tomar suas próprias decisões livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, o que tem consequências negativas em sua qualidade de vida.

Em 2011, o Ministério da Saúde dá origem à Rede Cegonha, tendo como princípios norteadores dentre eles “a realização dos direitos humanos; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos das mulheres, homens, jovens e adolescentes” (redação da Portaria de nº 1459/11). O programa é dividido em 3 componentes com ações, respectivamente: I. Pré-natal; II. Parto e nascimento, evidenciando os termos do documento da OMS em 1996, “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, porém não adotando em sua redação de forma clara as práticas corretas a serem adotadas, nem mesmo as condutas que devem ser eliminadas do protocolo de parto.

No ano de 2017, o Ministério da Saúde publiciza suas recomendações na forma de “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal” com o objetivo de padronizar as práticas na assistência do parto, reduzir intervenções julgadas desnecessárias e práticas com base em evidências sem substituir o julgamento individual de cada profissional, parturiente e pais - no caso, em relação ao bebê.

Em 2022, contemporaneamente, foi lançada a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal com a finalidade de atualizar e rever técnicas, recomendar protocolos com base em evidências científicas, inclusive, trazendo as referidas revisões literárias.

Ao ler os documentos emitidos pelo Ministério da Saúde é possível se impressionar com as condutas adotadas por este órgão, uma vez que todas as recomendações têm base científicas, todavia, não utiliza o termo “Violência Obstétrica” em nenhuma de suas redações desde a criação da nomenclatura em meados de 2007 e não trata da violência contra a gestante, parturiente, puérpera que acontece no dia a dia dos hospitais, clínicas e consultórios.

Além de não adotar a terminologia sobre a VO, o Ministério da Saúde não adota a postura de informar e orientar com cartilhas, pronunciamentos, as mulheres usuárias do serviço único de saúde sobre as práticas que não devem mais ser admitidas, o que tangencia o atendimento adequado e qual via a mulher gestante, parturiente, puérpera deve seguir para que consiga responsabilizar os profissionais

da saúde que submeteram-na a alguma espécie de sofrimento desnecessário, constrangimento, ou seja, qualquer tipo de violência.

### 3 CONCEITUANDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS ESPÉCIES

A nomenclatura da Violência Obstétrica surge a partir de um médico venezuelano, Rogelio Pérez D'Gregório.

Como já citado no texto, o médico utilizou, pela primeira vez, a nomenclatura – em um editorial chamado *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) – para designar a mulher que tem suas escolhas limitadas ou sequer, as possui; seus direitos são tolhidos e seus corpos, violados. A partir desse momento, a sociedade, ainda muito restrita, passa a compreender que certas condutas médicas se enquadram em determinada espécie de violência.

O período que compreende a Violência Obstétrica é desde o pré-natal até o puerpério. E neste capítulo, trataremos sobre seu conceito e suas espécies (tipos).

A violência obstétrica é conceituada como comportamentos por parte de médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde envolvidos no processo gravídico-puerperal (CIELLO C, et al., 2012) que são classificados como desumanos.

O termo surgiu recentemente, cunhado por Rogelio Perez D'Gregório. As fontes estimam que surgiu no período de 2010 a 2019, não se sabe precisar. Porém, a popularização do termo vem a ocorrer apenas em meados de 2018, momento em que os movimentos de humanização se tornavam latentes.

Alguns pesquisadores pensaram ainda mais além, entendem a VO se enquadra no conceito de violência de gênero por ser a mulher o “indivíduo” que sofre a violência, mas porque, sobretudo, notoriamente há uma grande carga machista no agente que a pratica a Violência Obstétrica, como dita Santos (2016, p. 5):

A violência obstétrica é classificada como violência de gênero por basear-se, fundamentalmente, no tratamento estereotipado dispensado à mulher, fruto de uma construção histórica e social extremamente machista e patriarcal, enxergando-a como objeto das ações de outrem, em uma postura ideal sempre passiva e submissa, sem a possibilidade efetiva de manifestar livremente suas vontades e preferências.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), a violência é caracterizada como “o uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo [...], que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico [...]”.

Os profissionais de saúde perante seu conhecimento técnico, podem colocar a gestante/parturiente numa posição de 'desvantagem', uma vez que acreditam saber o que é melhor para a mulher dado o saber acadêmico. No entanto, essa crença no seu próprio saber, sem evidências científicas, pode levar a procedimentos e intervenções desnecessárias, por isso a importância de a mulher ter acesso a informações, tais como: diretrizes adotadas pela OMS – Organização Mundial de Saúde; instruções normativas acatadas pelo Ministério da Saúde; elaborar um plano de parto; ter em sua companhia no momento do parto alguém que ela – a mulher – escolher e se sentir à vontade e que esse 'alguém' também conheça as diretrizes e direitos tanto da gestante/parturiente/puérpera, quanto seus como acompanhante.

A VO, em espécie, é caracterizada – de forma velada – como a fala ignorante de um profissional da saúde; a negativa de dar um alimento à parturiente, obrigando-a a manter-se em jejum durante todo o trabalho de parto; o impedimento de a parturiente escolher a posição que deseja parir; induzir a gestante ao erro, informando que seu bebê está em “perigo” por razões que não são baseadas em evidências, especificadamente: circular de cordão, conforme afirmam SOUZA ASR, AMORIM MMR e PORTO AMF (2010, p. 511):

Nenhum ensaio clínico randomizado foi realizado com a finalidade de avaliar a via de parto na presença de circular cervical [...]. A constante movimentação fetal pode levar a que se façam e desfaçam circulares até o momento do parto.

Bem como, também, doença cardiovascular (cuja indicação obstétrica é um parto normal com fórceps de alívio para minimizar esforços maternos). Diabetes, pré-eclâmpsia não são indicativos de cesárea *per se*, ou seja, intrinsecamente. Parto após transplante hepático, gestação prolongada, prematuro em apresentação cefálica, amadurecimento placentário precoce também não são indicativos para cesárea (SOUZA ASR; AMORIM MMR; PORTO AMF, 2010).

Pelas indicações de cesáreas eletivas partirem, geralmente, de médicos experientes, determinadas mulheres tomam como verdade absoluta, entre os mitos já escutados, há um em especial, em que o médico vê na ultrassonografia que o bebê se encontra com circular cervical de cordão e, portanto, decide por uma cesariana, pois “representa risco para o bebê” e por este motivo, após o desfazimento da volta do cordão pelo pescoço, o bebê nasce roxo, indicando sufocamento. A mãe crê que a cesariana eletiva foi o que salvou seu filho, crendo no mito do circular de cordão, em uma via de parto tão banalizada nos dias atuais.

Outros exemplos absurdos não são distantes. Já foi possível deparar-nos com indicações de cesárea por colesterol alto materno. De forma geral, os parâmetros que são usados em mulheres nulíparas (mulheres que nunca estiveram grávidas) não podem ser usados para gestantes, uma vez que o colesterol alto pode até mesmo ser considerado como normal, por conta de todas as transformações que o corpo sofre na gestação e os níveis hormonais.

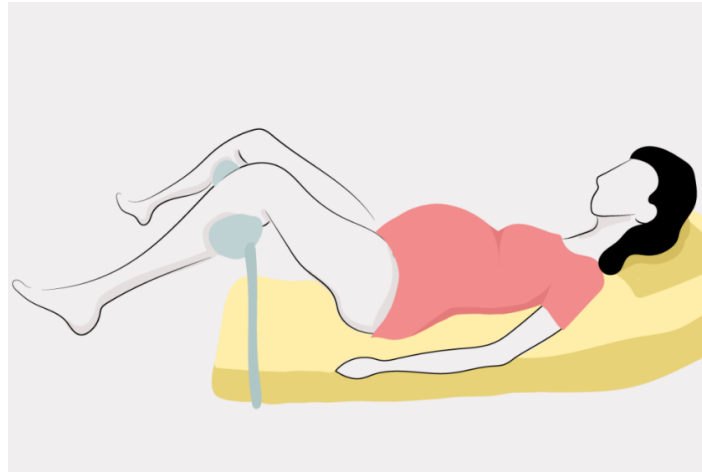
De lado as indicações de cesariana por qualquer motivo por parte de alguns profissionais de saúde, as violências não se resumem a isto, ainda são classificadas como Violência Obstétrica: uso da manobra de Kristeller; o uso de ocitocina para a aceleração do parto e sem necessidade; submeter a parturiente à lavagem intestinal no momento do trabalho de parto; tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); amniotomia (romper a bolsa amniótica, sem deixá-la fazê-lo naturalmente e no tempo oportuno), impedir e/ou amarrar a parturiente para não se movimentar.

Ainda são consideradas Violência Obstétrica: impedir a parturiente de alimentar-se ou hidratar-se durante o trabalho de parto; negativa de anestesia, quando pedida; feitura do toque por diversas vezes e/ou por mais de uma pessoa, sem ao menos a permissão da mulher; dificultar o aleitamento materno e impedir de a mulher e o bebê disfrutarem da hora de ouro (a primeira hora após o nascimento do bebê); uso da episiotomia deliberadamente; após a episiotomia e a sutura da episiotomia (ou laceração mínima) com “ponto do marido”; incentivar no pós-parto, a amamentação como anticoncepcional.

Proibir o acompanhante de estar presente em todo o atendimento, que é de livre escolha da mulher, também é uma espécie de VO, bem como tratar o pai do bebê como mera visita e não como indivíduo importante no partear; desrespeitar, abusar e maltratar com palavras, xingamentos, ou seja, violência psicológica; desrespeito pela cor, credo, etnia da paciente; quebra de sigilo e confidencialidade; barreiras para o acesso ao serviço de saúde; o descaso no direito ao planejamento reprodutivo; forçar o nascimento da placenta (o que deve ser espontâneo); a obrigatoriedade de parir em posição litotômica ou tangê-la da escolha da posição que lhe apraz.

A posição litotômica é a ‘tradicional’ posição ginecológica. Nela, a mulher põe-se em decúbito dorsal e com as pernas afastadas por um estribo de cada lado, erguendo-as para cima (FIGURA 1).

FIGURA 1 – POSIÇÃO LITOTÔMICA



FONTE: BEBÊ.COM.BR, 2018, ONLINE

O entendimento anteriormente era de que esta era a posição que fazia com que o parto fosse 'mais rápido', uma vez que a pelve fica livre. No entanto, de acordo com as recomendações e evidências (OMS, 2016), a posição litotômica não deve ser incentivada pelo motivo de ser uma prática prejudicial durante o parto, devendo os profissionais, apenas estimularem a parturiente a escolher posições verticalizadas, melhorando o desempenho obstétrico, pois, em virtude da adoção da posição litotômica, esta pode provocar compressão aorto-cava, incitando a hipotensão arterial e bradicardia fetal, sendo exitosa apenas na necessidade de instrumentalização, manipulação fetal, episiotomia – caso necessária, e/ou parto cirúrgico (FEBRASGO, 2018).

Portanto, é necessário que tratemos de forma isolada sobre algumas formas de Violência Obstétrica, uma vez que são mais frequentes e além de serem mais frequentes, essas formas ocorrem de forma normalizada em alguns casos. Por isso, a seguir a pesquisa tratará destas formas mais específicas.

### 3.1 A MANOBRA DE KRISTELLER

Esta manobra, assim cunhada pelo seu 'criador', um ginecologista alemão chamado Samuel Kristeller, em 1867 (CONITEC, 2016). Esta técnica consiste em o profissional da saúde pressurizar com os braços a parte superior do útero visando acelerar o parto, no entanto, é evidente que é uma manobra violenta (FIGURA 2).

FIGURA 2 – MANOBRA DE KRISTELLER



FONTE: MÃES DE PEITO, 2016, ONLINE

Segundo a FEBRASGO (2018; 2021) este procedimento não é recomendado tanto por não existir evidências de seu benefício, quanto por existirem evidências de seus malefícios, entre eles: incontinência anal, dispareunia (dor genital durante a relação sexual); possível fratura das costelas da mulher; aumento do risco de hemorragias; lacerações graves no períneo; que traz outro risco para a possibilidade da episiotomia; dor perineal; ruptura de baço, de fígado, de útero.

A manobra foi banida da OMS por se encontrar na nomenclatura de Violência Obstétrica, muito embora ainda seja feita em 1/3 das mulheres no Brasil (LEAL, et al, 2014).

Segundo o Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, da Fio Cruz, o que faz com que a manobra continue a ser praticada é exatamente a prática de atos mal encaminhados (jejum prolongado e rigoroso, ou seja, a mulher fica sem reserva energética ao chegar na terceira fase do trabalho de parto; posição de litotomia; falta de apoio); o 'atropelamento' da terceira fase do trabalho de parto, não deixando com que a mulher siga o seu tempo; o entendimento arcaico de que a manobra é a melhor maneira para encurtar o período expulsivo; a ideia de que a mulher anela por uma manobra para que lhe possa aliviar das dores brevemente.

### 3.2 A ADMINISTRAÇÃO DA OCITOCINA

No início de tudo, a ocitocina natural foi descoberta. Em meados de 1909, Henry Hallet Dale – farmacologista britânico – foi o responsável por tal descoberta em uma pesquisa minuciosa sobre a ação de trocas químicas presentes no sistema nervoso que hoje conhecemos, e por este fato, Dale recebeu o Prêmio Nobel de Fisiologia, na década de 30. Ele percebeu que o que levava à contração uterina de felinas grávidas era a ocitocina (ou oxitocina).

O corpo feminino é uma “máquina” de produção da ocitocina natural e libera o hormônio em três momentos: no orgasmo, no trabalho de parto e na amamentação.

A ocitocina é conhecida como o hormônio do amor, visto que durante sua liberação, os níveis de cortisol – o hormônio do estresse – baixam consideravelmente. Ela é produzida normalmente pelo hipotálamo e armazenada na hipófise posterior. Ela é liberada no trabalho de parto e, nesse momento, sua ação é central e é, ainda, responsável pelo estímulo das contrações e auxilia na amamentação, facilitando a ejeção do leite materno. Todavia, na década de 50, houve a sintetização da ocitocina, que passou a ser utilizada para acelerar e induzir o trabalho de parto (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

A administração da ocitocina sintética é um dos métodos atuais para induzir o trabalho de parto. Neste, é utilizada a ocitocina sintética, popularmente cunhada de “sorinho”, ou seja, um fármaco. Entretanto a utilização deste fármaco só é indicada na terceira fase do trabalho de parto em parturiente que corra o risco de hemorragia pós-parto, pois uma vez administrado, não há como controlar seus efeitos. Seu emprego de forma inadequada pode causar efeitos graves como: ruptura uterina, sofrimento fetal, hipóxia fetal, aumentando a taxa de cesariana.

Além disso, por vezes, os profissionais administram-na antes mesmo do momento oportuno (terceira fase do TP, em pacientes específicas, como anteriormente dito). A sua administração é encorajada pela Organização Mundial da Saúde desde que administrada corretamente.

O que se deve analisar neste contexto são alguns fatores para a utilização da ocitocina sintética: 1) a vontade da paciente durante o trabalho de parto; 2) o momento em que se deve administrá-la; 3) as condições em que a paciente se encontrar para a devida administração.

Por vezes, os profissionais sequer explicam à paciente a composição do famigerado “sorinho” ou não levam em consideração a sua vontade ou se esta apresenta um quadro bom de saúde, onde o trabalho de parto está evoluindo bem, sem necessidade da administração da oxitocina, todavia, não no tempo em que o médico julga adequado para desempenhar suas outras atividades.

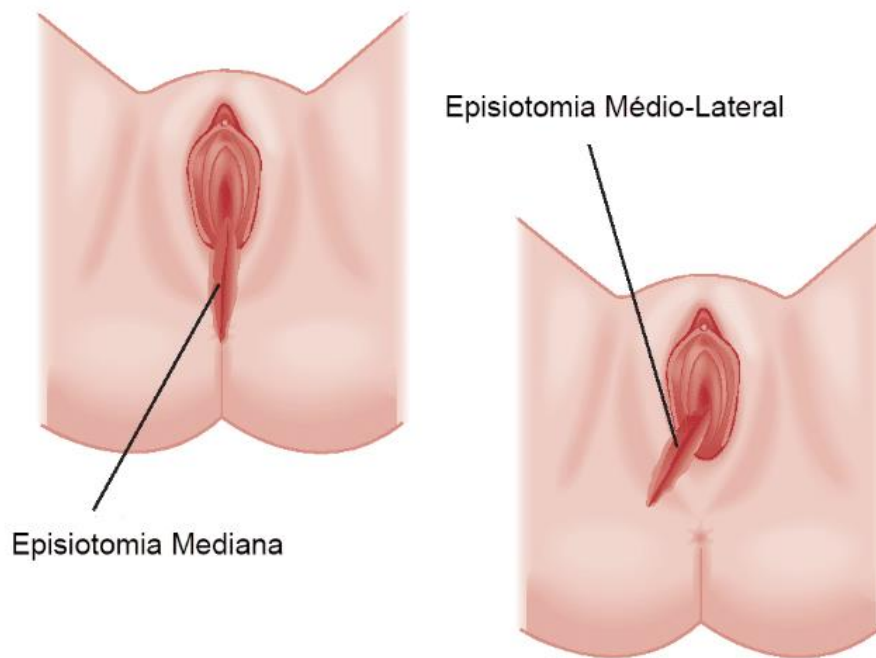
O uso indiscriminado da ocitocina, inclusive na 1ª e 2ª fase de trabalho de parto, pode causar um parto mais dolorido, porque as contrações uterinas evoluem ainda mais rápido, encurtando o trabalho de parto, por vezes, acabando com a experiência de um parto prazeroso.

Existe parto prazeroso? A resposta é uma afirmação: é possível ter um parto prazeroso, justamente pela ação da ocitocina naturalmente produzida pelo corpo humano. Por ser o hormônio do amor e do bem-estar, é comum até mesmo o relato de parturientes, que tiveram uma experiência de parto satisfatória e respeitosa, que sentiram orgasmos durante as contrações, acabando com o estigma de que um parto é, em suma, sacrificial, estressante, medonho ou pavoroso.

### 3.3 EPISIOTOMIA E O PONTO DO MARIDO

Esta técnica consiste no corte – também cunhado de ‘pique’ – do períneo, entre o ânus e a vagina, para facilitar a passagem do bebê, podendo ser seccionado o corpo perineal numa episiotomia mediana (corte reto em direção ao ânus) ou uma episiotomia médio-lateral (corte em 45°). Cientistas evidenciam que este é um procedimento agressivo, com chances evidentes de complicações e, ainda, traz uma recuperação mais dolorida do que só a recuperação do parto, dado que é um músculo extremamente sensível, podendo a mulher apresentar infecção, dispareunia e incontinência urinária e fecal, apresentando esses quadros, em certos casos, durante anos (FIGURA 3).

FIGURA 3 - EPISIOTOMIA



FONTE: FETALMED, 2022, ONLINE

Este procedimento está classificado, de acordo com a OMS, como uma conduta frequentemente utilizada de modo inadequada, pois em tempos não tão distantes era utilizada deliberadamente. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a episiotomia deveria estar presente em menos de 10% dos partos, em razão de a técnica ser uma exceção e não uma regra, a ser utilizada em último caso e em casos muito específicos de bebês extremamente grandes. A taxa, nos dias de hoje, é de 33% no Brasil.

A origem da episiotomia não é recente, sua introdução é datada como mais de 250 atrás e sua utilização foi questionada apenas recentemente. Suas indicações com evidência ainda não são claras, dado que as situações que indicariam o uso da episiotomia também estão sendo estudadas, bem como a sua desnecessidade nessas situações – períneo pouco “elástico”, fetos prematuros, sofrimento fetal (MOUTA, et al., 2008) ou, ainda, macrossomia, episiotomia em parto anterior, períneo curto, ameaça de laceração de terceiro a quarto grau, utilização de fórceps (RIESCO, 2008) – que mudam de autor para autor.

Sem larga escala de evidências, a episiotomia vem sendo efetiva em um número ainda grande, no Brasil e, representa risco para tanto para a mulher quanto para o bebê.

Além de deixar cicatrizes físicas e psíquicas, a episiotomia deixa cicatrizes fisiológicas na mulher, uma vez que, segundo Moore, Agur e Dalley (2013), o períneo é que dá suporte às vísceras pélvicas e seu corte de forma indevida ou desmotivada, pode danificar a função precípua deste, uma vez que dá sustentação à pelve.

A episiotomia pode vir a ser uma prática útil, apenas se utilizada da forma correta, no entanto, apenas sob a ótica de determinados autores, pois não se trata ainda de um tema pacífico na medicina. Para alguns autores, como Oliveira e Miquilini (2005); Carvalho, Souza e Morais Filho (2010), o períneo pode ser preservado sem episiotomia dada a fisiologia perineal.

Dentre os julgados do Superior Tribunal de Justiça, podemos identificar a prática da episiotomia, há um julgado que é salutar trazê-lo para ilustrar o manejo da episiotomia sem a devida experiência a que é necessária. O caso no qual referencia o julgado, a gestante pleiteia, ao judiciário, a devida responsabilidade civil por erro médico, peticiona por danos materiais e danos morais, decorrentes de uma episiotomia mal conduzida, que evoluiu para uma laceração perineal de 4º grau, resultando em descontrole na eliminação de dejetos, dada a imperícia, negligência e nexos causal. Foi tentada a reconstrução do períneo, mas não foi possível obter êxito.

Se trata da decisão em Agravo de Instrumento de nº 1.323.321 – RS (2010/0114082-7), interposto pelo médico ao Superior Tribunal de Justiça contra decisão da Sexta Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, a que o entendimento restou desfavorável.

Neste caso, o médico, visando a diminuição do período expulsivo, realizou a episiotomia mediana (corte reto, verticalmente). Após o parto, o médico uniu as bordas seccionadas com pontos cirúrgicos. No entanto, o procedimento feriu o esfíncter da mulher, o que lhe causou uma recuperação extremamente mais dolorida, classificando as dores como insuportáveis, pois o que deveria ser um pequeno corte, resultou em um rasgo que lesionou a mucosa vaginal, o períneo, bem como canal anal e retal.

Comprovando a extrema imperícia, o médico inverteu os canais durante a sutura das bordas, ou seja, a autora passou a urinar pelo ânus e defecar pela vagina, e sem ter o devido controle nem de um nem de outro.

O caso em comento é considerado um caso de violação aos direitos da mulher, uma espécie de Violência Obstétrica, além de um caso de lesão corporal, mas esta análise a fundo sobre o caso, faremos posteriormente.

Nos Estados Unidos esta ‘técnica’ é denominada de *husband stitch*. O ponto do marido é uma prática cirúrgica e deriva da episiotomia. O momento em que a prática ocorre é – geralmente, mas nem sempre – após a episiotomia, durante a sutura, onde no canal vaginal é realizado um ponto de sutura a mais, para estreitar a abertura do canal, visando unicamente o prazer masculino.

Insta salientar que nem sempre ocorre laceração no momento do parto e quando ocorre não chega a ser um grande corte, situação em que na abertura do canal vaginal é realizada uma pequena sutura. O tecido vaginal é extremamente forte, à mesma medida que é uma membrana que pode ser distendida para o momento do parto e posteriormente voltar ao seu *status quo*, por assim dizer.

Segundo a análise de Simone Diniz e Alessandra S. Chacham (2006), em um estudo precursor, afirmam sabiamente que “a imagem sugerida pelo discurso médico é que, após a passagem do bebê, o pênis do parceiro seria pequeno demais para estimular ou ser estimulado pela vagina, agora distendida”. Podemos entender que não tem nada errado ou alguma problemática em torno da vulva ou do canal vaginal, todavia, certamente há problemas com profissionais que sequer entendem a anatomia da genitália feminina

No documentário ‘O Renascimento do Parto 2’ dirigido por Eduardo Chauvet relata a situação de uma mulher durante o parto na primeira cena, cena esta que impacta e nos traz uma sensação desconfortável. Após a mulher ser vítima de uma manobra de Kristeller, ser gritada pelo profissional de saúde que a atendia e ser impedida de entrar em contato com seu filho após o parto “por risco de contaminação” – frase esta dita pelo médico – a paciente precisou ouvir impropérios a respeito de sua genitália enquanto o próprio algoz a suturava que iam de risadas a comentários que ela ficaria “nova” para seu esposo. Enquanto isso, o esposo segurava a câmera, gravando aquele registro de Violência Obstétrica sendo materializada.

#### 4 A ANÁLISE DA VISÃO DO ESTADO ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O Estado possui o dever como uma de suas finalidades precípua, de garantir através de políticas públicas, econômicas e sociais o acesso à saúde pública adequada, pois, sobretudo, esta é um direito de todos. No entanto, segundo a Fundação Perseu Abramo, em 2010, diagnostica que: “uma em cada quatro brasileiras sofre violência no parto” (UFRGS, 2018, ONLINE).

A saúde é um direito de todos, portanto, o acesso a alternativas e medidas que visem a redução dos riscos a doenças e, ainda, que seu acesso seja universal e equitativo, mas o que os dados mostram não é o painel benéfico descrito na lei.

Preconiza a Lei de nº 8.080/90 no parágrafo §1º em seu artigo 2º:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990, ONLINE)

Dados os fatos que se sucederam pelo governo brasileiro no período compreendido de 2018 a 2022, ou seja, a grande cortina de fumaça para a mudança constante do corpo do Ministério da Saúde, podemos observar a deturpação e desvirtuamento do que preconiza a Lei do Sistema Único de Saúde, a Lei nº 8.080/90, em seu artigo 19-Q, §2º: “O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:”

Em continuação, o inciso I do mesmo artigo e do mesmo parágrafo: “I – as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e segurança do [...] procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para [...] a autorização de uso;”

Em síntese, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – cuida para que as técnicas e procedimentos sejam adequados e dotados de evidência científica e, não feitos de forma deliberada. Mas o que podemos observar, é que mesmo que os procedimentos fossem expressamente pela Comissão, no Governo Bolsonaro, eles foram incentivados.

#### 4.1 ANÁLISE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SEGUNDO A EXPOSIÇÃO SENTIDOS DO NASCER

Ainda não é possível precisarmos um perfil epidemiológico nacional, por ausência de pesquisas mais abrangentes. Mas podemos analisar em um painel de indícios, utilizando a análise da região mais populosa do Brasil, a região Sudeste, que foi objeto de pesquisa em um estudo de 2018 na Exposição Sentidos do Nascer (LANSKY, Sônia et al, 2018).

No período de março/2015 a janeiro/2017 a exposição foi realizada em espaços públicos de 5 municípios do Sudeste: Brasília, Ceilândia, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Niterói. A pesquisa realizada pela Sentidos do Nascer teve como objetivo traçar um perfil de mulheres que foram à exposição, suas opiniões e percepções sobre a Violência Obstétrica, o parto e fatores socioeconômicos associados.

Os dados foram coletados através de entrevistas, no período compreendido entre junho/2015 a janeiro/2017, após o parto. Foram 555 mulheres entrevistadas no período gestacional, de parturição e puerpério, do total de 1290 gestantes que frequentaram a exposição e se qualificaram para a entrevista.

A pesquisa gira em torno do conhecimento da mulher a partir do questionamento (LANSKY, Sônia et al, 2018): “você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana/nascimento do bebê? Sim/Não/Não sei.”

Interpretando os resultados, a faixa etária do grupo estudado foram predominantemente de gestantes jovens, com idade de 20 a 34 anos, equivalente a 77,3%. A partir de 35 anos equivaleram a 16,8%. Adolescentes correspondiam a 5,9%.

As mulheres que se identificavam como negras ou pardas, corresponderam a 51,8% do total. Casadas ou em união estável equivaleram a 84,5%. Mulheres com ensino superior corresponderam a 77,4%.

Grande parte das mulheres da pesquisa (59,2%), tiveram seus filhos em hospitais pertencentes ao Sistema Nacional de Saúde Suplementar, ou seja, esfera privada; as que utilizaram o Sistema Único de Saúde corresponderam a 36,6%; as mulheres que tiveram parto domiciliar corresponderam a 4,5%.

A porcentagem de cirurgias cesarianas foi de 46,2% (ainda alta, no entanto, mais baixa que a taxa de parto normal, o que conhecidamente não corresponde à

realidade brasileira). O índice de parto normal foi de 53,8%. A porcentagem de satisfação (correspondente a bom/ótimo) foi de 77,7%.

Ainda, segundo a pesquisa, dentro do universo de mulheres que tiveram parto vaginal (53,8%), num universo de partos com ou sem Violência Obstétrica, o índice das mulheres que pariram em posição litotômica corresponde a 46,4%. As mulheres que sofreram a manobra de Kristeller correspondem a 23,7%. As mulheres que sofreram a episiotomia correspondem a 30,4%, sendo que 35,6% destas, corresponde a mulheres que não foram informadas da realização do procedimento.

Entre as 555 mulheres da pesquisa, entrevistadas durante a gestação e no pós-parto, 70 relataram ter sofrido violência no parto (correspondente a 12,6%). 25 relataram não ter conhecimento sobre terem sofrido violência.

64 participantes deram detalhes de sua experiência, 44 se enquadram em apenas uma categoria de Violência Obstétrica; em duas categorias, se enquadraram 14 (22%); em três ou mais categorias, se enquadraram 6 mulheres (9%).

Interpretando os dados presentes na tabela 1 da pesquisa (FIGURA 4), apresentar-se-á os dados do perfil das setenta mulheres que dec Violência Obstétrica: quanto à idade: 59 mulheres possuíam 20-34 anos (84,3%); 9 mulheres possuíam idades iguais ou maiores que 35 anos (12,9%); 2 tinham idades menores ou iguais a 19 anos (2,9%).

FIGURA 4 – TABELA 1 DA PESQUISA SENTIDOS DO NASCER, 2015 - 2017

Características	Violência Obstétrica		Valor-p	Total (N = 530)* n(%)
	Sim (N = 70)* n(%)	Não (N = 460)* n(%)		
Idade				
≤19	2 (2,9)	29 (6,4)	**	31 (5,9)
20-34	59 (84,3)	347 (76,3)	0,136	406 (77,3)
≥35	9 (12,9)	79 (17,4)		88 (16,8)
Cor da Pele				
Negra (Parda/preta)	44 (62,9)	230 (50,1)	0,047	274 (51,8)
Outras	3 (4,3)	8 (1,7)	0,165	11 (2,1)
Branca	23 (32,9)	221 (48,1)		244 (46,1)
Estado civil				
Solteiro/separado	19 (27,1)	63 (13,7)	0,004	82 (15,5)
Casado/ união estável	51 (72,9)	397 (86,3)		448 (84,5)
Escolaridade <sup>1</sup>				
Ensino Fundamental /Médio	12 (17,1)	106 (23,5)	0,240	118 (22,6)
Ensino Superior ou +	58 (82,9)	346 (76,5)		404 (77,4)
Renda familiar <sup>2</sup>				
< 2 SM	14 (23,0)	84 (19,4)	0,509	98 (19,8)
2 a <5 SM	25 (41,0)	136 (31,3)	0,132	161 (32,5)
5 a 10 SM	17 (27,9)	112 (25,8)	0,731	129 (26,1)
≥ 10 SM	5 (8,2)	102 (23,5)		107 (21,6)
Plano de Saúde				
Não	21 (30,0)	91 (19,8)	0,052	112 (21,2)
Sim	49 (70,0)	368 (80,2)		417 (78,8)
Local do parto				
SUS	32 (45,7)	160 (34,9)	0,078	192 (36,3)
Domicílio	1 (1,4)	23 (5,0)	**	24 (4,5)
SS <sup>3</sup>	37 (52,9)	276 (60,1)		313 (59,2)
Tipo de parto				
Cesárea	39 (55,7)	206 (44,8)	0,087	245 (46,2)
Vaginal/ Vaginal com fórceps ou vácuo extrator	31 (44,3)	254 (55,2)		285 (53,8)
Satisfação no parto				
Péssimo/ruim/indiferente	55 (78,6)	63 (13,7)	<0,001	118 (22,3)
Bom/Ótimo	15 (21,4)	397 (86,3)		412 (77,7)

\*O totais variam de acordo com os dados perdidos. <sup>1</sup>Considerado ensino completo ou incompleto (em curso). <sup>2</sup>Salário mínimo em 2015: R\$788,00. <sup>3</sup>SS: Saúde Suplementar. \*\*Cálculo do X<sup>2</sup> não é possível pois não foi atingido o número de indivíduos esperado para a célula.

FONTE: LANSKY *et. al* (2019, p. 6).

Quanto à cor da pele: 44 mulheres se identificaram como negras (pardas/pretas), correspondendo a 62,9%; 23 mulheres se identificaram como brancas, em índice, 32,9%; 3 mulheres se identificaram com outras cores de pele, correspondendo a 4,3%.

Quanto ao estado civil: 51 mulheres informaram seu estado civil como casadas ou em união estável, correspondendo a 72,9%; 19 mulheres informaram seu estado civil como solteiras ou separadas, correspondendo a 27,1%.

Quanto à escolaridade: 58 mulheres que sofreram VO responderam ter ensino superior (completo ou incompleto) ou mais, resultando em um índice de 82,9%; 12 mulheres responderam ter ensino fundamental ou médio (completo ou incompleto), resultando em um índice de 17,1%.

Quanto à renda familiar (com base no salário mínimo à época de 2018, R\$788,00 – setecentos e oitenta e oito reais): 25 mulheres indicaram ter renda familiar entre dois e menos que cinco salários mínimos (41,0%); 17 mulheres indicaram ter renda entre cinco e dez salários mínimos (27,9%); 14 mulheres indicaram ter renda menor que dois salários mínimos (23,0%); 5 mulheres indicaram ter renda maior ou igual a dez salários mínimos (8,2%).

Sobre possuir plano de saúde ou não, 49 mulheres (70,0%) declararam possuir convênio particular; 21 mulheres (30,0%) declararam não possuir convênio particular.

Quanto ao local do parto: 37 mulheres (52,9%) pariram no Sistema de Saúde Suplementar; 32 mulheres (45,7%) pariram no Sistema Único de Saúde; 1 mulher (1,4%) teve parto em seu domicílio.

Quanto ao tipo de parto: 39 mulheres (55,7%) tiveram parto cirúrgico; 31 mulheres (44,3%) tiveram parto vaginal/vaginal com fórceps ou vácuo extrator.

Quanto à posição no parto – nos casos de parto vaginal: 25 mulheres (83,3%) pariram em posição litotômica/supina; 5 mulheres (16,7%) pariram em posição não supina.

Quanto à utilização da manobra de Kristeller: 17 mulheres (56,7%) abertamente admitiram ter sofrido esta violência; 13 mulheres (43,3) indicaram não ter sofrido esta violência; 0,0% indicou não ter sabido se havia sofrido ou não.

Quanto à episiotomia (não informada): 17 mulheres (54,8%) abertamente admitiram ter sofrido esta violência; 13 mulheres (41,9%) abertamente admitiram ter sofrido esta violência; 1 mulher (3,2%) não soube informar se havia sofrido esta violência.

Quanto à episiotomia informada: 11 mulheres (57,9%) relataram ter sido avisadas quanto à episiotomia; 7 mulheres (36,8%) relataram ter sido avisadas quanto à episiotomia; 1 mulher (5,3%) não soube relatar se a informaram sobre a episiotomia.

Quanto ao contato primordial imediato após o nascimento: 37 mulheres (54,4%) relataram não ter tido o contato imediato com seus filhos; 31 mulheres (45,6%) relataram ter tido contato imediato após o nascimento.

Quanto à hora de ouro após o nascimento: 37 mulheres (55,2%) negaram ter tido o contato com seus filhos na 1ª hora após o nascimento; 30 mulheres (44,8%) afirmaram ter tido contato com seus filhos na 1ª hora após o nascimento.

De acordo com a distribuição de relatos de VO, enquadrando nas devidas categorias: 38 mulheres (36,9%) relataram ter havido imposição de intervenções não consentidas, ou ainda, intervenções aceitas, mas com base em informações distorcidas ou limitadas; 34 mulheres (33,0%) relataram ter sido vítima de cuidado indigno e abuso verbal; 14 mulheres (13,6%) relataram ter sido vítima de abuso físico; 11 mulheres (10,7%) relataram situações de abandono, negligência ou tiveram assistência negada; 3 mulheres (2,9%) relataram situações de não possuírem privacidade no que tange aos cuidados; 3 mulheres (2,9%) relataram discriminação baseada em características ou atributos.

Saliente-se que esta, a que citamos, não se trata de uma pesquisa a nível nacional e sim, uma pesquisa em 5 municípios pertencentes ao sudeste, mas é inegável a existência de uma associação entre a VO, o grau socioeconômico das mulheres, a etnia, o grau de instrução e o acesso à informação científica, mas nem mesmo o acesso à informação as deixa “imunes” de receber tratamentos violentos ou intervenções inadequadas, desnecessárias.

#### 4.2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PERÍODO COMPREENDIDO DE 2018 A 2022

Em 2019, com a pressão de ativistas e médicos apoiadores do movimento contra a Violência Obstétrica, o Ministério Público Federal enviou um ofício com recomendações, após o Ministério da Saúde assinar um despacho – assinado pela coordenadora-geral de Saúde das Mulheres, à época, Mônica Almeida Neri – declarando que a nomenclatura fosse evitada e abolida, se possível, de documentos de políticas públicas em razão de os médicos e profissionais não terem intencionalidade de prejudicar ou causar algum dano às gestantes/parturientes/puérperas.

Na visão do Ministério da Saúde do governo no período compreendido de 2018 – 2022, o termo se referia ao uso com intenção da força e, por isso, não se aplica às circunstâncias que podem ocorrer durante o parto, gestação e puerpério.

Surge em nós o questionamento: como um profissional da saúde pode fazer força com os braços sobre a barriga de uma parturiente sem ser intencionalmente no caso de um parto normal, para forçar a saída do bebê?

Como mutilar uma paciente – sem risco de laceração grau III – para acelerar o parto sem pretender?

Como encaminhar uma paciente saudável, sem justificativa ou risco, para um parto cesariana sem ser propositadamente?

Como forçar uma mulher a parir em posição litotômica com estribos – sem esta ser a vontade da parturiente – de forma gentil e despretensiosa?

Como proferir a uma paciente xingamentos sobre sua genitália, sobre sua cor da pele, seu credo ou – como já vimos em certos casos – bater na genitália de uma parturiente, de forma moderada, ponderada?

O despacho emitido pelo Ministério da Saúde em maio de 2019, informa que “o termo ‘violência obstétrica’ tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação – parto – puerpério.”

Em 7 de junho de 2019, o Ministério Público Federal recomendou ao Ministério da Saúde, o direito legítimo de utilização do termo “Violência Obstétrica” para denunciar formas de maus tratos, qualquer tipo de ofensa e abuso no momento do parto.

Em 10 de junho de 2019, o Ministério da Saúde emite novo ofício, acatando o recomendado pelo Ministério Público Federal, no entanto, não cita explicitamente a nomenclatura “Violência Obstétrica”. Mas de todo, afirma:

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. (BRASIL, 2019, ONLINE)

Em 4 de abril de 2022, o Ministério da Saúde publica uma nova portaria – nº 715 – e as entidades de defesa dos direitos da mulher prontamente manifestaram-se em desfavor dela, uma vez que as medidas indicadas são consideradas um retrocesso e vão contra as recomendações da Organização Mundial da Saúde. Na portaria, estava a 6ª Edição da Caderneta da Gestante, uma caderneta com diretrizes e acompanhamento da gestação e registros.

E, nesta versão da Caderneta da Gestante, traz procedimentos que rechaçados pela OMS e citados anteriormente neste ensaio, são eles: a episiotomia e a manobra de Kristeller, além do incentivo ao uso da ocitocina para estimular as contrações e, ainda, a amamentação como método contraceptivo, sendo estas recomendações sem qualquer embasamento teórico nem qualquer evidência científica.

## 5 RESPONSABILIDADE PENAL *VERSUS* RESPONSABILIDADE CIVIL

Neste capítulo, versaremos sobre as responsabilidades penal (ou criminal) e civil, onde a grande distinção entre ambas é que uma se refere ao direito penal e outra se refere ao direito civil e seus respectivos conceitos.

Responsabilidade segundo Carlos Roberto Gonçalves (2022), se trata da palavra originária do latim *respondere* e propõe a responsabilidade como ideia de segurança de restituição ou determinada compensação de um bem, portanto, uma recomposição dos danos causados, ressarcimento.

A responsabilidade tanto na esfera penal como civil, surge de um ato ilícito, ato este que dá origem a uma sanção: punitiva ou ressarcitória. Por isto, Aguiar Dias explicita, por Carlos Roberto Gonçalves (2022, p. 24):

Para efeito de punição ou reparação, isto é, para aplicar uma ou outra forma de restauração da ordem social é que se distingue: a sociedade toma à sua conta aquilo que a atinge diretamente, deixando ao particular a ação para restabelecer-se, à custa do ofensor, no *statu quo* anterior à ofensa. Deixa, não porque se não impressione com ele, mas porque o Estado ainda mantém um regime político que explica a sua não intervenção. Restabelecida a vítima na situação anterior, está desfeito o desequilíbrio experimentado.

À vista do restabelecimento da vítima é que a obrigação de responsabilizar surge, para ressarcir a vítima e acoimar o comportamento danoso de determinado órgão ou indivíduo.

A partir da prática de uma conduta típica (omissiva ou comissiva), nasce a responsabilidade criminal (ou penal) que se instrumentaliza através da aplicação de uma pena. A partir de um dano – não necessariamente um crime – a um bem jurídico tutelado, se instrumentalizando através do ressarcimento/reparação mediante uma indenização.

A fim de clarificar, eis o exemplo elucidativo da diferenciação da responsabilidade civil e penal: um indivíduo bêbado atropela um pedestre que atravessava uma via na faixa de pedestres. Diante do exemplo, temos, então, uma possibilidade de responsabilizar civilmente o indivíduo, tendo em vista o dano causado ao pedestre, podendo vir a nascer uma obrigação de ressarcir o pedestre. Doutra banda, surgirá também a responsabilidade penal, uma vez que pode o indivíduo ter causado ferimentos ao pedestre ou mesmo ter ocasionado sua morte.

O ponto comum de ambas responsabilidades é que têm o mesmo fito: restabelecimento da ordem social. Todavia, têm suas distinções, especificamente

que o ilícito civil é distinto do ilícito penal. Uma vez que o ilícito civil é gerado através do indivíduo que age, voluntariamente, de forma negligente, imprudente ou imperita. O ilícito penal é gerado através da ação ou omissão, prejudicando um bem jurídico tutelado pelo Direito Penal, descrito no Código Penal.

Contextualizando as responsabilidades à Violência Obstétrica, para que haja responsabilidade civil de médicos e demais profissionais de saúde, deverá existir a culpa, que significa ser digno da censura, sendo comprovada a ação negligente, imprudente e imperita, segundo o artigo 14, §4º do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90), que diz: “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”, e a responsabilização civil subjetiva pela atividade médica é amparada pelo artigo 951 do Código Civil de 2002: “o disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se [...] por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, impudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão ou inabilitá-lo para o trabalho.” (BRASIL, 2002, ONLINE)

No que tange à atividade médica, ela não é norteada pela obrigação de resultado, uma vez que não se busca um fim determinado, pois imprevistos, acidentes podem acontecer. A atividade médica, na verdade, é norteada pela obrigação de meio, posto que o profissional pratica a atividade, não promete o resultado, porém, é de bom alvitre que este se comprometa a se utilizar dos melhores recursos a que tem acesso, adotar uma postura prudente.

Quando se trata de profissionais que não possuem vínculo laboral com um estabelecimento de saúde (clínicas, hospitais etc), mas utilizam porventura as dependências para atendimentos ou procedimentos, a jurisprudência entende que há um vínculo jurídico médico – entidade, havendo, assim, a responsabilização objetiva do estabelecimento, dado que o estabelecimento não concorre com culpa, se enquadrando na característica de “defeito do serviço”, conforme o Recurso Especial nº 1.184.128 – MS (2010/0038999-0) do Superior Tribunal de Justiça, em seu acórdão:

1 – A responsabilidade do hospital é objetiva quanto à atividade de seu profissional plantonista (CDC, art. 14), de modo que dispensada demonstração da culpa do hospital relativamente a atos lesivos decorrentes de culpa de médico integrante de seu corpo clínico no atendimento. (STJ, 2010, ONLINE)

A respeito de servidores públicos médicos, sobre a responsabilidade direta e primária Ramos (2008) aponta: “é do Estado; a do médico, como de todo servidor público, deve ser apenas indireta, recompondo o prejuízo sofrido pelo Estado [...] comprovada sua culpa.”

Já a respeito da responsabilidade do médico, é subjetiva, portanto, a jurisprudência através do Agravo de Instrumento nº 1.323.321 (STJ – Relator: Ministro Sidnei Beneti) afirma em um caso de indenização por danos morais e materiais por erro médico, que teve causa por uma suposta Violência Obstétrica:

1. Responsabilidade do médico: A relação de causalidade é verificada em toda ação do requerido, evidente o desencadeamento entre o parto, a alta prematura e os danos físicos e morais, causando situação deplorável à apelante, originada de dilaceração perineal de 4º grau. Configurado erro grosseiro, injustificável, com resultado nefasto, o qual teve por causa a imprudência e negligência do requerido. Dever de indenizar. (STJ, 2010, ONLINE)

O caso em tela trata-se de uma situação de utilização da episiotomia em sentido vertical, tendo o médico unido as bordas com pontos cirúrgicos, causando insuportável desconforto à paciente e, ainda, à parte o incômodo, a incisão feriu seu esfíncter, e muito inchaço na região.

Compreendeu o relator a existência da imperícia por parte do médico, dado que ultrapassou os limites da episiotomia (que, quando necessária, deve ser realizada paralelamente ao períneo e não sobre o períneo).

## 5.1 A RESPONSABILIDADE PENAL E TIPIFICAÇÃO DAS CONDUTAS MÉDICAS

A responsabilidade penal médica decorre de atitudes cometidas no exercício das funções profissionais. Impreterivelmente, na medicina há a livre atuação do médico com discricionariedade para agir dentro das possibilidades que cada caso exige.

Contudo, a livre atuação não se confunde com imunidade profissional, visto que o médico tem a obrigação de agir com competência e prudência.

É inegável que a classe médica se mune com grande corporativismo, mas insta ressaltar que responsabilizar devidamente um infrator não é relacionado a intentar profissionais diligentes.

Portanto, neste capítulo, trataremos sobre a novidade jurídica, o Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero e Projetos de Lei.

### 5.1.2 O PROTOCOLO PARA JULGAMENTO COM PERSPECTIVA DE GÊNERO

O Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero se trata de um documento, uma espécie de guia institucional do Poder Judiciário. Foi elaborado por meio de uma pesquisa incessante no período de 6 meses, em 2021 e tornou-se obrigatório em março deste ano – 2023.

O protocolo parte do pressuposto de que a vertente de gênero tem sido utilizada no Direito desde a promulgação da Lei Maria da Penha, do papel desempenhado pelo Fonavid – Fórum Nacional de Juízas e Juizes de Violência Doméstica e Familiar, do exercício das coordenadorias pertinentes à temática da violência contra a mulher nos tribunais de justiça.

Pensando nisto e buscando evoluir, reconhecendo a influência que o patriarcado tem em nossa sociedade, o judiciário brasileiro ‘prova’ da fonte de outros países latinos – México, Bolívia, Chile – que já editaram decretos neste sentido, a partir da necessidade de se utilizar protocolos adequados à perspectiva de gênero, para que problemáticas envolvendo os direitos da mulher sejam tratados à sua forma.

Para nortear nossa análise, utilizaremos as diretrizes do protocolo.

No protocolo, as diretrizes do nosso objeto de discussão, a Violência Obstétrica, bem como a responsabilidade penal médica em geral. A discussão está disposta na Parte III – Questões de Gênero Específicas dos Ramos da Justiça, do documento do protocolo, disponibilizado pelo CNJ – Conselho Nacional de Justiça.

As ações que buscam contender a respeito da Violência Obstétrica (VO), são de competência da Justiça Estadual, muito embora, no Brasil, ainda não exista legislação tipificando a Violência Obstétrica como crime autônomo, ou seja, ele ainda não possui elementares próprios, mas a Constituição Federal e legislação infraconstitucional são bastantes para a responsabilização penal, o que vai distinguir de um crime autônomo é que a própria violência é praticada contra direitos humanos de gestantes, parturientes e puérperas quando da prestação de atendimento médico essencial e emergencial, violando o direito ao atendimento digno, evidenciando as vulnerabilidades, podendo ser classificadas as condutas em violências morais, físicas e psíquicas.

Para fins de compreensão das condutas, o protocolo segue as distribuições das violências de acordo com o listado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

O caso utilizado para simbolizar a justificativa para a responsabilização penal pela prática da Violência Obstétrica se dá pela decisão emitida pelo Comitê CEDAW – Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, condenando o Estado brasileiro pelas violações, no caso emblemático de Alyne da Silva Pimentel Teixeira. Sendo o Brasil responsável pelas violações dos artigos: I) artigo 1º, concernente à proibição da discriminação contra a mulher; II) 2-c, referente ao acesso à justiça; III) 2-e, em relação à obrigatoriedade do Estado brasileiro em normatizar as atividades provenientes de prestadores de serviço particulares em saúde.

Para contextualização, o caso *Alyne versus Brasil* foi um caso emblemático decidido pelo Comitê CEDAW por ser o primeiro caso de mortalidade materna – evitável – decidido por um órgão internacional voltado para os direitos humanos e possui papel fundamental na luta por direitos a uma maternidade segura e o acesso livre aos serviços básicos de saúde, sem quaisquer preconceitos.

Alyne da Silva Pimentel Teixeira (brasileira, 28 anos, negra, grávida e sem condições financeiras), em 11 de novembro de 2002, se dirigiu à Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória (clínica privada em Belford Roxo, Rio de Janeiro). Alyne apresentava sinais de uma gravidez de risco, no entanto, o médico que a atendeu, a encaminhou de volta para casa.

Dias depois, seu quadro piorou, fazendo-a retornar à clínica. Os médicos, a esta altura, não conseguiam mais obter batimentos cardíacos do feto. 6 horas após a detecção de que já não havia batimentos do bebê ainda dentro da barriga de sua mãe, foi induzido o parto. Resultado: um feto natimorto. E 14 horas após o parto é que foi feita a cirurgia para extrair a placenta (no entanto, é o protocolo extrai-la no momento após o parto).

Pelo estado de saúde de Alyne estar se agravando – ainda mais – ela foi transferida para um serviço público de saúde especializado, todavia, a transferência foi efetivada apenas depois de 8 horas de espera. Após 21 horas sem receber assistência médica adequada, Alyne faleceu, deixando sua filha de 5 anos de idade, órfã.

No que tange ao Judiciário, a família de Alyne enfrentou mais percalços. Em novembro, quase 5 anos sem uma posição do Judiciário, o Centro por Direitos Reprodutivos (*Center for Reproductive Rights*) e a Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos, protocolaram uma denúncia internacional junto ao CEDAW.

A denúncia foi apresentada em nome da mãe de Alyne. Nela, argumentava que o Judiciário brasileiro havia ultrajado o direito de Alyne de acesso à justiça, o direito à saúde sem discriminação e o direito à vida, tendo como fundamentos os argumentos de que quando a denúncia foi protocolada, o Judiciário não adotou uma posição sobre a ação civil indenizatória, o que representava um ultraje ao acesso à justiça por parte daqueles que, agora, representavam Alyne.

Outro argumento foi o de que o Estado brasileiro falhou ao não garantir serviços de saúde de qualidade durante toda a gravidez e no parto de Alyne, uma vez que a causou o risco a vida. A falha se deu por não ter profissionais de saúde capacitados na clínica, bem como a falta de um protocolo de transferência eficaz.

Todos os fatores agravaram-se pelo motivo de Alyne ser mulher, negra e pobre: o trinômio que descreve o Brasil, mas que mesmo assim, é discriminado.

Em sua decisão, o CEDAW arguiu que quando o Estado é obrigado legalmente a prover a saúde, está intrinsecamente responsável pela fiscalização de entidades privadas que fornecem serviços de saúde, uma vez que se trata de uma concessão do Estado, ou seja, o Estado também é responsável pelas ações de uma entidade privada.

E como base da proteção dos direitos humanos das mulheres – à vida, à saúde e uma vida sem discriminação – o Estado deve fornecer um acesso adequado à assistência de saúde para todas as mulheres, sem olhar para a raça ou renda da mulher.

Outra decisão do CEDAW foi a de que o Estado “deve garantir ação, tutela e recurso judiciais efetivos, responsabilizando profissionais da saúde por suas ações e omissões em relação aos direitos reprodutivos das mulheres”.

Quanto às reparações que a CEDAW enfatizou em sua decisão, estão: a medida de reparação em relação à família de Alyne; a recomendação ao Estado brasileiro que adotasse as medidas de: I – garantir a segurança da mulher à maternidade e o valor razoável a um serviço de emergência obstétrica adequada; II – fornecer treinamento técnico a profissionais da saúde, especialmente no que diz respeito ao direito à saúde reprodutiva da mulher, tratamento durante gravidez e parto, e também, a assistência emergencial obstétrica; III – fornecer acesso a recursos nos casos de violação à saúde reprodutiva da mulher, bem como se comprometer a treinar membros do judiciário e operadores do Direito; IV – garantir que ambientes privados de fornecimento à saúde cumpram as diretrizes de órgãos

nacionais e internacionais no que concernem ao direito à saúde reprodutiva das mulheres; V – implementar o Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna para reduzir a mortalidade materna em municípios e estados, estabelecendo comitês onde não exista, em cumprimento às recomendações feitas ao Estado brasileiro em 15 de agosto de 2007 pela CEDAW.

Portanto, seguindo as recomendações do Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero, aprovadas em março do presente ano, iremos partir para a análise da responsabilidade penal médica (bem como dos profissionais de saúde, de maneira geral) em face da prática da Violência Obstétrica, utilizando nosso ordenamento jurídico como corolário.

### 5.1.3 PROJETOS DE LEI QUE JÁ EXISTEM PARA COIBIR A PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Por inexistir – ainda – especificamente para este tipo penal, uma lei, iremos utilizar o Código Penal Brasileiro como base da análise. Muito embora já exista projetos de lei para coibir a prática da Violência Obstétrica, por exemplo: o Projeto de Lei nº 422/23, que propõe adicionar a Violência Obstétrica como uma modalidade de violência ao rol da Lei Maria da Penha, e ainda se encontra na Câmara dos Deputados. O projeto é de autoria da deputada Laura Carneiro.

A redação do Projeto de Lei 422/23 prenuncia uma cooperação entre toda a Administração Pública Direta para proporcionar o desenvolvimento de mais políticas públicas. Em sua justificativa, o projeto relata o conceito de Violência Obstétrica, ressaltando a importância de combatê-la e existir um dispositivo específico para a tipificação da conduta.

Junto ao Projeto de Lei 422/23, já existiam outros dois (Projeto de Lei nº 7867/17 – que trata de alternativas para a proteção da mulher contra a VO e boas práticas ao momento da gravidez, do parto, nascimento, abortamento e puerpério – e Projeto de Lei nº 8219/17 – trata da VO como violência praticada contra mulheres por médicos e demais profissionais de saúde durante o trabalho de parto ou logo após), que foram apensados ao Projeto de Lei nº 7633/2014.

Os Projetos de Lei se encontravam parados desde 2018, entretanto, retornaram a ser movimentados em 27 de abril deste ano, sendo recebidos pela Comissão de Educação da Câmara dos Deputados, representando pequenos

avanços para o combate à VO, mas que ainda precisam maximizar as discussões e debates acerca do assunto.

Pela possibilidade de tipificarmos as condutas no ordenamento jurídico atual, é possível responsabilizarmos criminalmente tanto os médicos quanto os profissionais da saúde em geral sem que exista necessariamente um tipo penal exclusivo. Nos exemplos que surgem em documentos oficiais, em artigos, livros e jornais, podemos enquadrar normalmente em crimes do Código Penal, até que tenhamos uma regulamentação específica.

As condutas perante as situações vivenciadas por mulheres, podem ir do artigo 121 ao 148 do Código Penal Brasileiro, porém é salutar que seja analisada cuidadosamente caso a caso.

## 5.2 CRIMES A SEREM UTILIZADOS NA IMPUTABILIDADE DE UM INDIVÍDUO PELA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A seguir, serão enumeradas as condutas que podem ser utilizadas na imputabilidade de um indivíduo dada a prática da Violência Obstétrica, para que seja assim, norteada esta análise.

### 5.2.1 CONDUTAS CUJO BEM JURÍDICO TUTELADO É A VIDA E A SAÚDE

Sendo as condutas, que podem ser neste contexto inseridas, cujo bem jurídico tutelado seja a vida, são classificadas na legislação como: homicídio simples: “matar alguém” (art. 121 do Código Penal Brasileiro), pena: reclusão de 6 a 20 anos.

Homicídio qualificado “contra a mulher por razões da condição de sexo feminino”, pena: reclusão, de doze a trinta anos (art. 121, §2º, VI do Código Penal Brasileiro) – já muito se discute acerca da expressão “homicídio reprodutivo” no que tange a mortes ocorridas a partir da Violência Obstétrica, existindo, ainda, aumento de pena (art. 121, §7º, I).

Homicídio culposo, pena: detenção, de um a três anos (art. 121, §3º do Código Penal Brasileiro), havendo, ainda, aumento de pena (art. 121, §4º do Código Penal Brasileiro):

Se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as consequências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante. Sendo doloso o homicídio, a pena é aumentada de 1/3 (um terço) se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (quatorze) ou maior de 60 (sessenta) anos. (BRASIL, 1940, ONLINE)

Lesão corporal, “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”, pena: detenção, de três meses a um ano (art. 129 do CPB).

Lesão corporal de natureza grave (art. 129, §1º do CPB), pena: reclusão, de um a cinco anos, se dela resulta em: I – Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias; II – perigo de vida; III – debilidade permanente de membro, sentido ou função; IV – aceleração de parto.

E, ainda, se resulta, segundo art. 129, §2º do CPB: I – Incapacidade permanente para o trabalho; II – enfermidade incurável; III – perda ou inutilização do membro, sentido ou função; IV – deformidade permanente; V – aborto. Cujas penas são majoradas em relação ao §1º, neste parágrafo, a pena é de dois a oito anos de reclusão.

Lesão corporal seguida de morte, art. 129, §3º do CPB, “se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo”, pena: reclusão, de quatro a doze anos.

Quanto ao aumento de pena na lesão corporal grave, segundo o art. 129, §7º do CPB, “aumenta-se a pena de um terço se ocorrer qualquer das hipóteses dos §§ 4º e 6º do art. 121 deste código”.

E, ainda, há o abandono de incapaz (art. 133 do CPB), cujo bem jurídico tutelado é a vida ou a saúde do sujeito passivo da ação, também, podendo ser utilizado para a tipificação de um ato de Violência Obstétrica, “abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono”, cuja pena é detenção, que vai de seis meses a três anos. Se desse abandono se origine uma lesão corporal grave (art. 133, §1º) a pena é de reclusão, de um a cinco anos e, caso resulte em morte, a pena é de reclusão, de quatro a doze anos (art. 133, §2º).

Ainda no art. 133, há o aumento de pena (§3º), onde é exposta três hipóteses nos incisos, mas que apenas duas devem ser consideradas para efeitos de tipificação, os incisos I e III, cuja redação diz: “I – se o abandono ocorre em lugar ermo; [...] III – se a vítima é maior de sessenta anos.”

Para efeitos de tipificação da VO, há a omissão de socorro, cuja redação está no artigo 135 do CPB: “Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal [...] à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública.” Sua pena é de detenção, de um a seis meses, ou multa. No parágrafo único do mesmo artigo fala do aumento de pena: “a pena é aumentada até o dobro se da negativa de atendimento resulta lesão corporal de natureza grave, e até o triplo se resulta a morte.”

No artigo 136 do CPB, encontramos o crime de maus-tratos, cuja redação do artigo conceitua:

Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina. (BRASIL, 1940, ONLINE)

A pena para o crime do art. 136 tem a pena de detenção, de dois meses a um ano, ou multa. Caso se do fato resulte lesão corporal de natureza grave, a pena será de reclusão, de um a quatro anos. Se do fato resulte a morte, a pena será de reclusão, de quatro a doze anos.

A possibilidade de aumento de pena no crime do art. 136 se o crime é praticado contra menor de catorze anos.

### 5.2.2 CONDUTAS CUJO BEM JURÍDICO TUTELADO É A HONRA

No Capítulo V do CPB, encontramos os crimes contra honra, que podemos enquadrar na nomenclatura de Violência Obstétrica.

No caso temos: a difamação (presente no art. 139 do CPB), a conduta sem caracteriza como “difamar alguém, imputando-lhe fato ofensivo à sua reputação”, a pena é de detenção, de três meses a um ano, e multa.

Ainda, temos a injúria, configurada no artigo 140 do CPB, cuja redação é “injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro”, pena: detenção, de um a seis meses, ou multa. Em seu §2º assevera: “se a injúria consiste em violência ou vias de fato, que, por sua natureza ou pelo meio empregado, se considerem aviltantes [...]” a pena é de três meses a um ano, e multa, além da pena correspondente à violência.

### 5.2.3 CONDUTAS CUJO BEM JURÍDICO TUTELADO É A LIBERDADE INDIVIDUAL

No capítulo VI do CPB, dos crimes que se adequam às situações que caracterizam à Violência Obstétrica, temos o crime de constrangimento ilegal e ameaça.

O crime de constrangimento ilegal está no art. 146 do CPB, descrito como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda”. A pena é de detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Segundo o §1º deste mesmo artigo, as penas são aplicadas cumuladas e em dobro, quando da execução do crime, estarem reunidas mais de três pessoas, ou há emprego de armas. No §2º, explica que além das penas cominadas neste artigo, serão aplicadas também as correspondentes à violência.

E, no art. 147 do CPB, temos a ameaça. “Ameaçar alguém, por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave: pena – detenção, de um a seis meses, ou multa.” Se procedendo apenas mediante representação (parágrafo único).

### 5.3. ANÁLISE DA RESPONSABILIDADE CRIMINAL NA PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Em que pese a descrição dos artigos que podem ser imputados na prática da VO, neste momento, realizar-se-á a análise dos casos emblemáticos que marcam a luta por direitos das mulheres.

O caso Alyne, do Comitê CEDAW; o caso do agravo de instrumento que tratou-se outrora nesta pesquisa; o caso Shantal Verdelho, que foi emblemático para a mídia e chocante para todas as mulheres, pois os arquivos pessoais da *influencer* vieram a público, ilustrando a prática da VO; e o caso V.F., que expõe as vulnerabilidades da mulher no ambiente hospitalar.

### 5.3.1 CASO ALYNE

Diante do caso supracitado, recepcionado pelo Comitê CEDAW – o caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira, que se dirigiu à Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória (Rio de Janeiro), apresentando sinais de uma gravidez de risco e foi encaminhada de volta para casa. Dias após a ida à clínica, retornou para lá, oportunidade em que os médicos já não encontravam mais batimentos cardíacos em seu bebê.

Após 6 horas com o bebê morto em seu ventre, foi induzido o parto de Alyne, no entanto, pois motivações desconhecidas, os médicos deixaram a placenta no ventre de Alyne por 14 horas (não seguindo o protocolo de retirá-la no momento após o parto). Depois de 21 horas sem receber assistência médica adequada, Alyne faleceu, deixando sua filha de 5 anos de idade, órfã.

Procederemos, então, à análise deste caso, no que tange à imputação de uma conduta típica à postura médica.

No caso em comento, deve-se considerar a existência da prática do art. 121 do Código Penal Brasileiro, uma vez que apesar de não existir – em tese – o dolo direto do agente em causar a morte da vítima, houve o dolo eventual, uma vez que o agente concorreu para o fim, pois assumiu o risco de produzi-lo, sendo caracterizado a partir da negligência (em outros casos, imprudência), que se funda em deixar a parturiente 6 horas com o feto morto em seu ventre e após o seu nascimento, não fazem a retirada imediata da placenta e, por este motivo, não pode ser aplicada a pena mais branda do homicídio culposo, em relação à mãe.

Em relação à criança, não há como precisarmos uma postura típica ao profissional, vez que não se sabe a razão de sua morte ainda no ventre de sua genetriz. Se caso fosse em razão da negligência, poderia imputar ao agente a conduta de omissão de socorro – artigo 135 do CPB – pois, deixou de prestar assistência à mãe, com o fito de assistir ao bebê. Sendo a pena aumentada de forma triplicada, dado que, da omissão teria resultado a morte da criança.

Para buscar a devida responsabilização criminal do profissional, poderia ser ajuizada uma queixa crime subsidiária, dado que o Ministério Público – ou ao menos não se tem conhecimento – não provocou o Judiciário para o início do devido processo legal.

### 5.3.2 CASO – AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 1.323.321

Este caso, ao longo deste estudo já citado, o Agravo de Instrumento de nº 1.323.321 – RS (2010/0114082-7), foi interposto pelo médico que praticou Violência Obstétrica supostamente em recurso dirigido ao Superior Tribunal de Justiça contra decisão da Sexta Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, se tratando de processo da esfera cível.

O médico, realizou a episiotomia mediana (corte reto, verticalmente) para encurtar o período expulsivo. No entanto, o procedimento feriu o esfíncter da mulher, o que lhe causou uma recuperação extremamente mais dolorida, classificando as dores como insuportáveis, pois o que deveria ser um pequeno corte, resultou em um rasgo que lesionou a mucosa vaginal, o períneo, bem como canal anal e retal. Após o parto, o médico uniu as bordas seccionadas com pontos cirúrgicos.

Comprovando a extrema imperícia, o médico inverteu os canais durante a sutura das bordas, ou seja, a suposta vítima passou a urinar pelo ânus e defecar pela vagina, e sem ter o devido controle nem de um nem de outro.

Neste caso, estamos presentes diante de um procedimento nefasto de episiotomia, que diante de sua inabilidade, o médico decide fazê-lo – insta salientar que, neste caso, não é discutida a utilidade da episiotomia, visto que não se tem o conhecimento profundo acerca das circunstâncias que a autora da ação enfrentava durante o parto.

O procedimento, sendo enquadrado no tipo penal, seria o do artigo 129 do Código Penal Brasileiro, dado que não há maiores informações acerca do estado de saúde da paciente.

### 5.3.3 CASO SHANTAL VERDELHO

O Caso Shantal foi amplamente divulgado em 2021. Shantal Verdelho, que é influenciadora digital, se viu exposta a uma situação de Violência Obstétrica no parto de sua segunda filha, Domênica.

No entanto, Shantal não a identificou no momento do parto, em razão de estar concentrada em parir sua filha, nem mesmo seu esposo, pois também estava concentrado, porém, com uma filmadora *GoPro* em um suporte que deixava a câmera rente à sua testa, quase que filmando tudo o que ele via.

Passados os dias, após os primeiros dias turbulentos do puerpério, Shantal resolveu reassistir ao parto, momento em que se viu atônita diante do que passou. No vídeo, que, à época, foi veiculado nas redes sociais e em rede nacional em matéria com a própria Shantal debatendo o assunto, surgindo até mesmo, por parte da jornalista que apresentava o jornal intitulado de “GloboNews”, identificação, entendimento de que havia passado por aquilo também, muitos anos atrás.

As falas do médico-obstetra, Renato Kalil, chocam, no vídeo. “‘Vamo’, ‘vamo’, ‘vamo’, ‘vamo’. ‘Vamo’, Shantal, empurra! Vai, você tá meditando!” em um tom nada amigável, forçando a paciente a fazer força, não respeitando o tempo próprio dela.

Em outro trecho, o médico diz: “ah, ‘viadinha’, ela não faz essa força final!”

Momentos depois, a paciente tenta se ajeitar, uma vez que se encontrava em posição litotômica, e o médico diz grosseiramente: “não sobe, ‘porra’.” Tempos após essa fala grosseira, veio outra, dizendo que a culpa era exclusiva dela, pois a criança, se ela não tivesse com tanta ‘falação’ o bebê “já tinha nascido faz uma meia hora.”

Ainda, reforçou, Shantal, em entrevista que além de escutar estes impropérios, sofreu também, a manobra de Kristeller (empurrões no fundo do útero, para “incentivar” a saída do bebê que, como já vimos, é rechaçada pela OMS e nem possui evidências), e relata que não conseguia se concentrar, naquela hora, no parto, pois aquele procedimento a doía.

Neste caso, o Ministério Público, após as reportagens, iniciou uma investigação contra o médico, vez que o caso tomou proporções a nível nacional.

Analisando a conduta do médico diante de uma responsabilização criminal, podemos, então, perceber a prática do art. 129 – “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem” – no momento em que o médico executa a manobra de Kristeller. A manobra foi banida das recomendações da OMS, e não é recomendada pela FEBRASGO.

E diante dos xingamentos, é existente a prática do art. 140 do CPB – “injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro” – em virtude dos impropérios dirigidos à vítima, que afetam sua honra subjetiva, que impactam na sua visão sobre si mesma.

#### 5.3.4 CASO V.F.

O relato deste caso parte de uma matéria no site ‘Terra’, em agosto de 2022. Se trata de V.F., uma mulher que teve seu nome abreviado por medo de represálias, advogada e assistente social.

V.F. se dirigiu a um consultório para uma consulta de rotina, de seu pré-natal, com a ginecologista obstetra. V.F. aguardava a chegada de Aurora.

O que deveria ser uma consulta normal, se tornou o horror para V.F. A médica pediu que se deitasse na maca para fazer um exame toque. Durante o exame, V.F. relata que se contorceu de dor, uma sensação de estar sendo rasgada. Aquilo queimava e ardia.

A médica a informou que tinha apenas introduzido os dedos, mas ao visualizar os dedos da médica, viu seu sangue, sendo a primeira vez que sangrou durante a gestação. Ainda, V.F. pediu um absorvente, mas não teve sua solicitação atendida e foi para casa com pedaços de papel higiênico na calcinha – antes mesmo de ir para casa, a obstetra relatou que ela estava com três centímetros de dilatação, prevendo que ela entraria em trabalho de parto em dois dias, no máximo –, e a dor não havia passado. Coincidentemente (ou não), a médica sairia de férias naquela semana.

Em casa, V.F. contou a uma amiga, que é doula, o que havia se passado, e perguntou se era mesmo um procedimento de rotina. A doula informou que aquele exame não era um toque, e sim, descolamento de membrana. A ideia do procedimento é separar, as mãos, o saco amniótico do útero para estimular o hormônio chamado de prostaglandina e induzir o parto, no entanto, foi feita sem informar e sem o consentimento de V.F.

E mesmo informando, V.F. não foi ouvida. Poucos dias após o “exame”, V.F. entrou em trabalho de parto e se dirigiu a um hospital particular e, as médicas plantonistas, não acreditaram nas palavras de V.F. que ela estava sentindo contrações. Acreditaram que ela estava sentindo dor, mas de cálculo renal, sem sequer fazer exames. Então V.F. foi medicada e colocada em observação.

À meia-noite, fizeram uma ausculta dos batimentos cardíacos fetais e constataram que Aurora estava bem, indo as profissionais após isto, para o repouso. Porém a paciente ainda se contorcia de dor e pensava estar tudo na normalidade, vez que estava em trabalho de parto.

Às 4 da manhã, outra ausculta foi feita. Os batimentos de Aurora estavam distantes. A mãe, V.F., acreditava que o equipamento de ausculta estava mal posicionado. Ato contínuo, sua barriga se contraiu como um “maracujá murcho”, como explicou V.F.

As médicas, segundo ela informou, disseram “isso, sim, é uma contração”. Ou seja, todo o seu sofrimento não se tratava de contrações, para as médicas, mas V.F. sabia do que sentia.

Dada a urgência, V.F. teve sua bolsa amniótica estourada. Foi então que o parceiro de V.F. viu mecônio no líquido amniótico. Após isso, V.F. foi encaminhada ao centro cirúrgico para cesárea de urgência.

No entanto, Aurora já não tinha mais vida e o som distante que as médicas ouviram, era o som de expulsão do bebê feito pela placenta. Aurora, da meia-noite às 4 da manhã, em algum momento, já não teve mais oxigênio, ocasionando anóxia fetal grave. Após meia hora de reanimação, declararam o óbito de Aurora, e sua mãe retornou para casa sem o fruto de seu ventre.

Diante dos fatos, a análise da responsabilidade criminal, a Violência Obstétrica inicia desde a consulta pré-natal, a partir do descolamento de membrana sem motivação, sem consentimento e sem informar a paciente. Para isto, temos o artigo 129, §1º, IV do CPB: lesão corporal de natureza grave – “artigo 129: ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem; §1º se resulta: IV – aceleração de parto, vez que a intenção da prática do descolamento de membrana era ocasionar a aceleração de parto.

Com base na conduta descrita por V.F. sobre as médicas plantonistas no dia do parto, são respectivamente inseridas na conduta do artigo 135 do CPB: “deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal [...]”, tanto em relação à mãe como em relação ao bebê. No entanto, a conduta negligente das médicas, culminou para a morte do bebê. Sendo assim: em relação à mãe: omissão de socorro; em relação ao bebê: omissão de socorro, sendo a pena triplicada (conforme parágrafo único do mesmo artigo).

Através da existência do Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero foi possível fazermos esta análise, com vistas à tipificação devida da Violência Obstétrica e imputação aos algozes praticantes.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como finalidade precípua a análise da responsabilização criminal de profissionais da saúde à luz de julgados e da utilização do Código Penal, que muito embora seja antigo, supre, por ora, as necessidades das novidades jurídicas que nascem.

Todavia, a prática da Violência Obstétrica ainda necessita ser, de fato e de direito, criminalizada. Todos os dias, galgamos, através das lutas, impasses apenas de nascerem trabalhos como este, que servem de orientação geral, mas necessitamos de reconhecimento da existência da Violência Obstétrica pelo próprio Judiciário, que as decisões usem o termo “Violência Obstétrica” de forma a reforçar e validar ainda mais sua existência.

A omissão da existência da VO, sua “invisibilização”, dificulta ainda mais a sua descoberta, sendo motivo de as mulheres não buscarem a devida imputação deste crime aos algozes, dado que algumas decisões judiciais sequer citam esta nomenclatura.

Outro motivo de as mulheres ainda não buscarem o Judiciário tem a ver com a falta de coragem, pois a sociedade descredita a mulher, desencoraja com palavras de que ela não deve “se meter em problemas”, assim como Shantal cita em sua entrevista. Ou as pessoas desencorajam a mulher sob a escusa de que o médico sempre tem razão e a mulher se põe como agente passivo do processo de parto, que não pode ter vontades próprias, não pode questionar e não sabe do que ela mesma sente (como no caso V.F., descredita por outras mulheres).

Durante a produção desta pesquisa ainda foi possível verificar a escassez de dados a nível nacional sobre as vítimas da Violência Obstétrica, vez que não há um observatório voltado para esta temática para monitorar e prestar assistência a estas mulheres.

Junto a tudo, foi possível verificar que no sistema de justiça, infelizmente, há uma hipossuficiência técnica, mas que diante dos julgamentos tendo a perspectiva de gênero da CEDAW, esperamos assistir a mudanças nos tempos vindouros por parte do Judiciário brasileiro, considerando a Violência Obstétrica como tal e não como erro médico, como alguns julgados no que concernem à responsabilidade civil, apontam.

Insta salientar que, com a criminalização das condutas, não se busca culpabilizar médicos por qualquer tomada de decisão no parto, ou antes ou depois, mas é necessário que reconheçam que existem condutas que são rechaçadas por órgãos, devidamente acompanhadas por estudos científicos que demonstram ser, estas, prejudiciais à mulher, ao bebê ou, ainda, não serem, as condutas, capazes de contribuir em algo durante o parto.

Ainda é um trabalho longo e difícil, mas é possível conscientizar médicos, promover diálogos eficazes e fiscalização por parte do poder público.

## 7 REFERÊNCIAS

BRANDT, Gabriela Pinheiro; SOUZA, Silvia Pereira; MIGOTO, Michelle Thais; WEIGERT, Simone Planca. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A VERDADEIRA DOR DO PARTO. **Revista Gestão & Saúde**, [s. l.], 2018. Disponível em: <https://herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2023;

BRASIL. CÓDIGO PENAL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição, decreta a seguinte Lei. 31 dez. 1940;

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero, de 2 fevereiro de 2021**. Grupo de Trabalho instituído pela Portaria CNJ nº 27;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF. 20 set. 1990;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017**. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília – DF. 20 fev. 2017;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000**. O Ministro de Estado da Saúde institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília – DF. 8 jun. 2000;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição. Brasília – DF. 24 jun. 2011;

BRASIL. VICE-PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília – DF. 8 abr. 2005;

BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Agravo de Instrumento nº 1.323.321 – RS (2010/0114082-7), de 6 de agosto de 2010**. Relatado pelo Ministro Sidnei Beneti;

CIELLO, Cariny et al. Violência Obstétrica "Parirás com Dor". **Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres**, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022;

DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, 2006. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4977291/mod\\_resource/content/1/DINIZ%20Simone.%20O%20corte%20por%20cima%20e%20o%20corte%20por%20baixo.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4977291/mod_resource/content/1/DINIZ%20Simone.%20O%20corte%20por%20cima%20e%20o%20corte%20por%20baixo.pdf). Acesso em: 2 maio 2023;

ENTIDADES acusam governo de estimular violência obstétrica em medidas para gestantes: Organizações afirmam que caderneta elaborada pelo governo Bolsonaro contraria a ciência e representa retrocesso. **Brasil de Fato**, São Paulo, 13 maio 2022. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2022/05/13/entidades-acusam-governo-de-estimular-violencia-obstetrica-em-medidas-para-gestantes>. Acesso em: 11 abr. 2023;

EPISIOTOMIA: quando ela é necessária e quando não é?. **Fetalmed.net**. 3 jul. 2022. 1 fotografia. Disponível em: <https://www.fetalmed.net/episiotomia-quando-ela-e-necessaria-e-quando-nao-e/>. Acesso em: 9 jun. 2023.

"ESTAVA rasgando, queimava e ardia", lembra vítima de violência obstétrica que perdeu bebê: Grávida sofreu uma série de abusos e negligências de médicas obstetras, que levaram à perda da filha Aurora no dia do parto. **Terra**, 17 ago. 2022. Disponível em: <https://www.terra.com.br/nos/estava-rasgando-queimava-e-ardia-lembra-vitima-de-violencia-obstetrica-que-perdeu-bebe,d53d23a5b232a70f6ec29bd8811a9fc9xw74me2r.html>. Acesso em: 11 abr. 2023;

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro Vol. 4**. 17ª. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2022;

JUSTIÇA condena hospital e plano por danos causados em mãe após Manobra de Kristeller. **Mães de Peito**. 30 set. 2016. 1 fotografia. Disponível em: <https://www.maesdepeito.com.br/justica-condena-hospital-e-plano-por-danos-causados-em-mae-apos-manobra-de-kristeller/>. Acesso em: 9 jun. 2023.

JUSTIÇA nega pedido do MP para Renato Kalil pagar indenização de R\$ 12 mil por xingamentos em parto de Shantal Verdelho e determina nova proposta. **G1**, São Paulo, 31 ago. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/09/06/justica-nega-que-renato-kalil-pague-indenizacao-de-r-12-mil-para-shantal-verdelho-por-xingamentos-em-parto-valor-foi-proposto-pelo-mp.ghtml>. Acesso em: 1 maio 2023;

LANGGAARD, Theodoro João Henrique. **Dicionário de Medicina Doméstica e Popular**. 2ª Edição. ed. aum. Rio de Janeiro: E & H Laemmert, 1873;

LANSKY, Sônia et al. **Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrjj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2022;

LEAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014;

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 97–119, 2020. DOI: 10.17566/ciads.v9i1.585. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>. Acesso em: 04 mar. 2023;

MINAYO, Maria Cecília; GUALHANO, Luiza. Existe solução para o excesso de cesarianas no Brasil?. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 1-1, 18 fev. 2022. Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2022/02/18/existe-solucao-para-o-excesso-de-cesarianas-no-brasil/#.ZAqliXbMK3C>. Acesso em: 19 abr. 2023;

MINISTÉRIO da Saúde incentiva violência obstétrica em lançamento da nova Caderneta da Gestante: Em evento para ‘homenagear mães’, governo dá carta branca para violência de médicos no parto. **The Intercept Brasil**, [S. l.], p. 1-1, 9 maio 2022. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2022/05/09/ministerio-da-saude-raphael-camara-violencia-episiotomia/>. Acesso em: 2 mar. 2023;

MINISTÉRIO diz que termo ‘violência obstétrica’ é ‘inadequado’ e deixará de ser usado pelo governo. **G1**, 7 maio 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>. Acesso em: 1 mar. 2023;

MOUTA, Ricardo Oliveira et al. PLANO DE PARTO COMO ESTRATÉGIA DE EMPODERAMENTO FEMININO. **Revista Baiana de Enfermagem**, 20 dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275>. Acesso em: 10 abr. 2023;

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/75xJNDnKttfZThz4QWLJ44R/?lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2023;

PARTO normal: as posições que facilitam o nascimento do bebê. Abril. 29 mar. 2018. 1 ilustração. Disponível em: <https://bebe.abril.com.br/parto-e-pos-parto/parto-normal-posicoes-facilitam-nascimento-bebe/>. Acesso em: 9 jun. 2023.

O PARTO antes da cesariana: Como eram feitos os partos complicados antes da invenção da cesariana? Essa é uma dúvida que a História pode responder. **História do Mundo**, p. 1-1. Disponível em: <https://www.historiadomundo.com.br/idade-antiga/o-parto-antes-da-cesariana.htm>. Acesso em: 4 mar. 2023;

O 'PONTO para o marido' não é só um mito do parto. **El País**, [S. /], p. 1-1, 23 set. 2018. Disponível em: [https://brasil.elpais.com/brasil/2018/09/22/estilo/1537652058\\_103212.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2018/09/22/estilo/1537652058_103212.html). Acesso em: 8 maio 2023.

O QUE é a episiotomia e quando ela deve ser feita no parto? O corte cirúrgico no períneo, também chamado de pique, só deve ser realizado em situações específicas do parto. Conheça suas complicações e indicações. **Veja Saúde**, 5 nov. 2019. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/o-que-e-a-episiotomia-e-quando-ela-deve-ser-feita-no-parto/>. Acesso em: 2 fev. 2023;

PROJETO inclui violência obstétrica na Lei Maria da Penha: Pelo texto, União, estados, Distrito Federal e municípios deverão promover políticas públicas integradas para prevenção e repressão da violência obstétrica. **Agência Câmara de Notícias**, 27 fev. 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/940040-projeto-inclui-violencia-obstetrica-na-lei-maria-da-penha/>. Acesso em: 6 mar. 2023;

QUAL a melhor orientação para gestantes com 38 semanas, com circular de cordão? **BVS Atenção Primária em Saúde**, 9 jan. 2019. Disponível em: <https://aps->

repo.bvs.br/aps/qual-a-melhor-orientacao-para-gestantes-com-38-semanas-com-circular-de-cordao/#:~:text=A%20circular%20de%20cord%C3%A3o%20n%C3%A3o,predi%C3%A7%C3%A3o%20de%20circular%20%C3%A9%20baixa. Acesso em: 5 mar. 2023;

RAMOS, Itamar de Ávila. **A responsabilidade civil dos estabelecimentos de saúde**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008;

RECOMENDAÇÕES Febrasgo parte II: **Cuidados Gerais na Assistência ao Parto (assistência ao nascimento baseado em evidências e no respeito)**. FEBRASGO, 10 dez. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/717-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-cuidados-gerais-na-assistencia-ao-parto-assistencia-ao-nascimento-baseado-em-evidencias-e-no-respeito>. Acesso em: 5 nov. 2022;

REZENDE, J. M. **A Primeira Operação Cesariana em Parturiente Viva**. In: À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009, pp. 171-172. História da Medicina series, vol. 2. ISBN 978-85-61673-63-5;

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. **Do orgulho à resignação: educação e atuação profissional de obstetrias formadas pela Universidade de São Paulo**. São Paulo, 2008. DOI 10.11606/T.7.2009.tde-04082009-103344. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-04082009-103344/pt-br.php>. Acesso em: 4 mar. 2023;

SANTOS, Anna Marcella Mendes dos. **Violência obstétrica: relações entre gênero e poder**. 2016. Disponível em: [https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id\\_dh=16211](https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=16211). Acesso em: 05 nov. 2022;

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria. **A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional**. La percepción de los médicos sobre las dimensiones de la violencia obstétrica y/o institucional,

Florianópolis, p. 1-16, 26 ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170915>. Acesso em: 9 mar. 2023;

SIMÕES, Ricardo Santos *et al.* Dicionário Etimológico de Termos Ginecológicos e Obstétricos. **UNIFESP**, São Paulo, p. 1-158, 24 maio 2017. Disponível em: <https://anatomia-papel-e-caneta.com/wp-content/uploads/2019/06/Dicion%C3%A1rio-ginecol%C3%B3gico-Manuel-de-Jesus-Sim%C3%B5es.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2023;

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa. **Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico**. 1 set. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2023;

VIOLÊNCIA obstétrica atinge 1 em cada 4 gestantes no Brasil, diz pesquisa: Brasil não possui lei federal que especifique esse tipo de violência. **Humanista**, [S. l.], p. 1-1, 28 jan. 2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/humanista/2018/01/28/violencia-obstetrica-atinge-1-em-cada-4-gestantes-no-brasil-diz-pesquisa/>. Acesso em: 4 mar. 2023.

VOCÊ conhece as recomendações da OMS para o parto normal? **UNASUS**, 1 out. 2014. Disponível em: [https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-conhece-recomendacoes-da-oms-para-o-parto-normal#:~:text=A%20episiotomia%20\(corte%20na%20regi%C3%A3o,para%20ser%20aspirado%20e%20limpo.&text=Essa%20%C3%A9%20a%20rotina%20de%20um%20parto%20vaginal%20nos%20hospitais%20do%20Brasil](https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-conhece-recomendacoes-da-oms-para-o-parto-normal#:~:text=A%20episiotomia%20(corte%20na%20regi%C3%A3o,para%20ser%20aspirado%20e%20limpo.&text=Essa%20%C3%A9%20a%20rotina%20de%20um%20parto%20vaginal%20nos%20hospitais%20do%20Brasil). Acesso em: 1 mar. 2023.

## GLOSSÁRIO

**Amniotomia:** do grego Amnio, membrana de feto e Tomos, cortar. Ruptura artificial de membranas.

**Bradycardia fetal:** baixa frequência cardíaca do feto (inferior a 110 batimentos por minuto).

**Dispareunia:** do Grego Dis, mal, ruim, neste caso com dor, Páreunos, aquele com quem se divide o leito, cônjuge (de Para, ao lado, mais Eunê, leito conjugal). Dor ao coito. Normalmente a mulher tem relações sexuais sem dor, no entanto algumas vezes a dor aparece, de maneira repetitiva. Pode haver dor no momento da penetração, durante o ato sexual ou mesmo antes de a penetração acontecer.

**Episiotomia:** do grego Epision, região púbica e Tomos, corte. É uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto. Seu uso se justifica em alguns casos, como necessidade de parto instrumentalizado, sofrimento fetal, acesso para fletir a cabeça do bebê. É geralmente realizada com anestesia local secção de períneo e vagina para facilitar a expulsão do feto e evitar rasgar durante o parto. A prática da episiotomia foi ampliada nas décadas subsequentes, coincidindo com o número progressivamente maior de partos hospitalares a partir da década de 1940, nos Estados Unidos. Essa mudança no local de parto gerou uma série de intervenções que não se baseavam em evidências científicas. Com a hospitalização do parto, o nascimento passou a ser considerado um processo patológico, requerendo necessariamente a realização de intervenções obstétricas para prevenir ou reduzir a incidência de complicações. A prática da episiotomia aumentou consideravelmente a partir da década de 1950 porque muitos médicos acreditavam que sua realização reduzia significativamente o período expulsivo, o que lhes permitia atender rapidamente a grande demanda de partos hospitalares, às vezes simultâneos.

**Hipotensão:** do grego Hypo, sob ou baixo e Temos, tensão.

**Hipóxia:** do grego Hypos, pouco, escasso, e Oxis, usado para indicar que se trata de oxigênio. Suprimento inadequado de oxigênio.

**Laceração:** do Latim lacerare, romper, machucar, fazer em pedaços. É um machucado que não segue uma linha como no caso do corte; os tecidos são rompidos irregularmente.

**Manobra de Kristeller:** é uma manobra obstétrica executada durante o parto que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê. A manobra foi idealizada pelo ginecologista alemão Samuel Kristeller (1820–1900), que a descreveu em 1867. É realizada por auxiliar do obstetra, juntando-se as duas mãos no fundo do útero, sobre a parede abdominal, com os polegares voltados para frente, tracionando-se o fundo do útero em direção à pelve, no exato momento em que ocorre uma contração uterina durante o parto natural. Pode também ser utilizada durante a cirurgia cesárea. Espremer o feto no momento do parto através da parede uterina para expulsão.

**Nulípara:** mulher que não tem filhos, nunca esteve grávida.

**Ocitocina:** ocitocina ou oxitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenada na neurohipófise tendo como função: promover as contrações musculares uterinas; reduzir o sangramento durante o parto; estimular a liberação do leite materno; desenvolver apego e empatia entre pessoas; produzir parte do prazer do orgasmo; e produzir medo do desconhecido. Normalmente é uma substância utilizada no parto para promover as contrações uterinas.

**Orgasmo:** do grego orgaein / orgasmos, que significa “inchar”, “intumescer” ou “plenitude”. A palavra orgasmo se originou inicialmente a partir do idioma grego (ὄργασμός), que pode ser traduzido como “inchaço” ou “plenitude”. De acordo com alguns etimologistas, o termo grego teria origem da raiz indo-europeia -werg, que pode ser traduzido como “trabalho”. A partir da forma gráfica do latim moderno orgasmus, este termo teria aparecido na língua portuguesa pela primeira vez atribuído ao sentido de “clímax sexual”. Atualmente, o significado comum atribuído a

este termo está relacionado com o grau mais alto de satisfação sexual, quando atinge o clímax das sensações provocadas pelo sexo.

**Períneo:** do grego Peri, ao redor de e Naion, ânus. Hipócrates usava as formas Períneon e Perínaion, sendo que Galeno restringiu o termo à área entre o ânus e o escroto, no homem, e entre o ânus e a vulva, na mulher.

**Sofrimento fetal:** asfixia intrauterina. Termo genérico para qualquer situação que ameace o feto.

**Vácuo extrator:** ventosa de extração a vácuo. Aparelho para a extração do vácuo sobre a cabeça fetal.