

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: Estudo sobre a responsabilização penal no Brasil

OBSTETRIC VIOLENCE: Study about the criminal accountability in Brazil

Nicole Nikititz Amaral¹

Caíque Ribeiro Galícia²

RESUMO

O presente artigo possui o intuito de caracterizar e analisar a importância da responsabilidade penal nos casos de violência obstétrica como violação dos direitos humanos da mulher através da teoria da imputação objetiva, e apresentar os parâmetros para o acesso universal das mulheres ao cuidado devido ao bem-estar materno. Além disso, explora as lacunas existentes na legislação federal vigente sobre o tema, e identifica as ações do Estado frente ao direito fundamental à saúde. Com os princípios norteadores do Biodireito e da Bioética e os fundamentos da teoria da imputação objetiva, mostra-se imprescindível a criação de uma lei federal específica que assegure a proteção dos direitos da mulher em trabalho de parto, a fim de possibilitar uma avaliação adequada e fornecer o suporte necessário às vítimas de maneira efetiva. Quanto aos procedimentos metodológicos, este estudo foi classificado como exploratório, sendo realizada revisão da literatura de caráter qualitativo, com o objetivo de coletar informações sobre a violência obstétrica sofrida pelas mulheres, enfatizando os diversos aspectos envolvidos nesse processo.

Palavras-chaves: Violência obstétrica. Responsabilidade penal. Imputação objetiva. Direitos reprodutivos e sexuais. Biodireito.

ABSTRACT

The purpose of this article is to characterize and analyze the importance of criminal responsibility in cases of obstetric violence as a violation of women's human rights through the theory of objective imputation, and to present parameters for universal access to appropriate care for maternal well-being. Additionally, it explores the gaps in the current federal legislation on the subject and identifies the actions of the state in relation to the fundamental right to health. Guided by the principles of Biolaw and Bioethics, and the foundations of the theory of objective imputation, it is essential to create a specific federal law that ensures the protection of the rights of women in labor, in order to enable adequate evaluation and provide necessary support to victims in an effective manner. As for the methodological procedures, this study was classified as exploratory, with a qualitative

¹ Graduanda em Direito pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, <http://lattes.cnpq.br/8588175597859726>. nicole.nikititz@ufms.br.

² Doutorado (PUCRS), com período sanduíche na Università degli Studi di Bologna (bolsa PDSE/CAPES) e Mestrado em Ciências Criminais (PUCRS). Estágio de pós-doutorado em Antropologia Social (PPGAS/UFMS). Professor universitário. <http://lattes.cnpq.br/2192755380515999>. caique.ribeiro@ufms.br, Orientador.

literature review conducted to collect information on obstetric violence experienced by women, emphasizing the various aspects involved in this process.

Keywords: Obstetric violence. Criminal responsibility. Objective imputation. Reproductive and sexual rights. Biolaw.

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. A violência obstétrica no Brasil: estudo sobre a responsabilidade penal e demais efeitos jurídicos; 3. Direitos reprodutivos e sexuais da mulher e o biodireito nas condutas médicas; 4. A teoria da imputação objetiva: o risco não permitido e sua relação com a violência obstétrica; 5. Considerações Finais; 6. Referências.

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica se refere a qualquer ação ou omissão por parte dos profissionais de saúde envolvidos no processo de atendimento ao parto que resulte em danos físicos, psicológicos ou emocionais à mulher grávida ou ao recém-nascido. Isso pode incluir tratamento desrespeitoso, negligência, abuso físico ou verbal, coerção, intervenções desnecessárias ou prejudiciais, falta de informação ou consentimento informado. Sendo considerada uma violação dos direitos humanos, é um problema de saúde pública que pode afetar a integridade física e mental das parturientes e infringe direitos estabelecidos por tratados internacionais de direitos humanos, como o direito à vida, à saúde, à integridade física e mental, à dignidade, à privacidade, ao consentimento informado.

O presente estudo trata-se de uma análise sobre a responsabilidade penal médica nos casos de violência obstétrica como violação dos direitos humanos da mulher. Logo, possui o intuito de proceder uma discussão acerca dos direitos da mulher grávida, da responsabilidade penal do médico, identificando as falhas do Estado frente ao direito fundamental à saúde. Além disso, verificou-se os parâmetros para o acesso universal das mulheres aos cuidados de bem-estar materno e da relação dos direitos reprodutivos e sexuais da mulher com o biodireito nas condutas médicas. Relacionando a necessidade de uma legislação que defina a violência obstétrica e suas especificidades, a carência de uma responsabilidade penal do médico e a teoria da imputação objetiva.

Para o desenvolvimento do artigo foi realizada uma revisão da literatura de caráter qualitativo. O tipo de pesquisa aplicado para a realização deste trabalho foi descritiva e exploratória, pois a violência obstétrica é um problema que ainda não está bem definido,

tendo em vista a falta de uma legislação federal específica. Trazendo como base a realização de coleta de dados por meio bibliográfico e documental, com a abordagem qualitativa e teórica, com o objetivo de coletar informações sobre a violência obstétrica sofrida pelas mulheres, enfatizando os diversos aspectos envolvidos nesse processo. As principais fontes usadas serão artigos científicos, legislações, doutrinas e jurisprudências, que abordam sobre os direitos reprodutivos e sexuais da mulher, a teoria do risco e sobre a responsabilidade penal. Foram considerados para análise os estudos publicados na íntegra, observando as tendências e abordagens sobre o tema proposto.

2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: ESTUDO SOBRE A RESPONSABILIDADE PENAL E DEMAIS EFEITOS JURÍDICOS

Ao longo da história, houve muitas evoluções em relação ao parto, parir e nascer, o qual sempre foram eventos importantes na vida de uma pessoa e, no princípio, o auxílio ao “dar a luz” era, em regra, realizado por uma mulher mais velha e experiente, denominada parteira, sem a ajuda de recursos, aparelhos ou medicamentos. Com o aprimoramento da humanidade, do desenvolvimento técnico científico, e das técnicas de medicina, o parto se tornou mais seguro com procedimentos de esterilização e tendo como alternativa a aplicação de anestésias em um movimento de transição do modelo assistencial tradicional para o médico-hospitalar.

Ademais, foram desenvolvidas técnicas que pareceram um avanço na época, hoje são consideradas erradas, pois colocam em risco a integridade da mãe e da criança, como é o caso do uso do fórceps e das técnicas da episiotomia e da manobra de Kristeller, que supostamente facilitam a saída do bebê, mas possuem o potencial de causar sérios danos.

Segundo Corrêa e Torres (2020), encontram-se duas explicações predominantes para justificar a violência obstétrica, associadas ao patriarcado e ao saber-poder biomédico.

A primeira causa refere-se primariamente ao mito judaico-cristão de fundação da humanidade, segundo o qual Eva é a responsável por disseminar o pecado na Terra ao desobedecer a ordem de não comer do fruto proibido, induzido Adão a fazer o mesmo. Como punição, Eva recebe de Deus o castigo de dar à luz entre dores de parto, castigo esse que seria carregado por suas descendentes geração após geração. Por conta deste episódio, as mulheres foram envolvidas em um tabu e seus corpos passaram a ser considerados portas para o inferno. O imaginário da dor do parto naturalizou-se, ajudando a ocultar atos de violência no momento de dar à luz. A segunda causa da violência obstétrica está relacionada ao avanço da medicina e consequente medicalização do parto, processo que deu fim à toda uma concepção do nascimento como evento familiar, em que a mulher se

encontrava amparada pelo companheiro, por outras mulheres e por parteiras. Neste novo modelo de assistência, o ambiente aconchegante do lar foi substituído pelo leito de hospitais e maternidades, um ambiente frio, solitário e muitas vezes hostil, em que as mulheres rapidamente perderam o seu ativismo no momento do parto, ficando vulneráveis a quaisquer práticas que os profissionais de saúde julgassem necessárias. Em nome da eficiência e rapidez para liberação de leitos, estabeleceu-se uma espécie de linha de montagem (DINIZ; CHACHAM, 2006) na atenção ao parto, que expõe as mulheres a muitos riscos decorrentes da prática de medicina não baseada em evidências científicas. (CORRÊA, TORRES, 2020, p. 02)

A nova forma de assistência ao parto trouxe grandes avanços, os cuidados de pré-natal, a medicina diagnóstica, sendo possível descobrir e tratar de problemas do feto enquanto ainda não nasceu e novas tecnologias de suporte vital. Porém, a existência de avanços na medicina, não isenta os modelos assistenciais de problemas. Com a introdução do parto por cesárea, o que era um processo natural, se tornou um procedimento técnico, que foi se popularizando por trazer menos riscos de complicação, ao passo que traz uma recuperação mais longa e dolorosa para a mulher e não entrega os benefícios que o parto normal e natural proporciona à criança.

Houve a propagação de uma visão pessimista acerca do parto normal, declarando a cesárea um procedimento com menos riscos, numa tentativa de justificar a sua prática excessiva. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016), o índice ideal de cesáreas em relação aos partos normais deve ser de 10 a 15%, enquanto no Brasil, em 2019, aproximadamente 57% das crianças nasceram através de uma cesariana (ANS, 2019). Sobre os riscos do parto por cesárea:

São conhecidos os prejuízos da cesariana para a mãe e o recém-nascido. Um estudo multicêntrico realizado em uma amostra de hospitais de oito países da América Latina avaliou os riscos e benefícios da cesárea em relação ao parto vaginal, e concluiu que na apresentação cefálica a cesárea aumentou o risco de morbidade grave e mortalidade materna e neonatal. Resultados semelhantes foram encontrados por Souza et al em 2010 em um trabalho que incluiu, além da América Latina, países da África e Ásia, levando os autores a concluir que a cesárea deve ser realizada quando for identificado um benefício que compense os custos e riscos adicionais desta cirurgia. Hansen et al., estudando a coorte de Aarhus, verificaram que os nascidos de cesárea eletiva, quando comparados com os nascidos de parto vaginal, apresentaram risco mais elevado de morbidade respiratória leve e grave, que aumentava à medida que diminuía a idade gestacional. Os resultados sugeriram que o trabalho de parto cumpre uma função importante na maturação pulmonar da criança. A cesariana também é um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento subsequente de uma placentação anormal. Os resultados da análise da base de dados da Universidade de Chicago mostraram que a elevação da prática de cesariana foi um dos fatores associados ao aumento de cinco vezes na taxa de placenta prévia. (LEAL, et al., 2014, p. 28)

Em determinado momento, passou-se a realizar a cesárea eletiva, que é realizada sem necessidade clínica, podendo ser agendada de acordo com o que for conveniente para a gestante e principalmente pelo médico, não sendo necessário que a gestante tenha entrado em trabalho de parto. A cesárea eletiva foi definida por Ferrari, Carvalhaes e Parada (2016, p. 78), como: “cesárea referida pela mulher como agendada e sem referência no prontuário hospitalar ou cartão de pré-natal de indicação absoluta ou relativa ou a qualquer motivo de ordem médica para tal”. Com isso, ficou mais difícil para a mulher encontrar profissionais dispostos a incluir a tentativa de um procedimento natural no plano de parto, sendo muitas vezes coagida a abandonar a ideia de um parto normal.

A partir do século XX, acelerou-se o processo de hospitalização dos partos (Pasche et al., 2010), chegando ao final do século a quase 90% deles sendo realizados em hospitais (Rattner, 2009). Concomitante a esse fato, ocorreu um aumento do uso de tecnologias com o objetivo de “iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto, tudo para torná-lo ‘mais normal’ e obter ganhos para a saúde da mãe e do bebê” (Diniz & Chacham, 2006, p. 80). Com o intuito de aumentar a qualidade da assistência, tem-se medicalizado o parto, utilizando em larga escala procedimentos considerados inadequados e desnecessários, que muitas vezes podem colocar em risco a saúde e a vida da mãe e do bebê, sem avaliação adequada da sua segurança e sem base em evidências (Diniz & Chacham, 2006). Essas ações intervencionistas e, muitas vezes, desnecessárias, têm ocasionado a insatisfação das mulheres, que são relegadas a coadjuvantes nos processos de parto e nascimento. O parto passa a integrar um modelo centralizado na figura do médico e que exclui outros profissionais da saúde, como enfermeiras, que por formação estariam habilitadas para atender o parto normal (Sanfelice et al., 2014; Wolff & Waldow, 2008). Trata-se de modelo médico de atenção hegemônico que exerce controle dos conhecimentos do corpo humano e da sexualidade, nesse caso da mulher (Aguiar, 2010; García, Diaz, & Acosta, 2013). (...). As críticas de estudos na área (Andrade & Aggio, 2014; Diniz, 2005; Leal et al., 2014; Sanfelice et al., 2014) perpassam a questão da transformação do parto em um momento patológico, que necessita de hospitalização e intervenções médicas, deixando de ser visto como um evento natural, existencial e social, vinculado à sexualidade da mulher e à família. A realidade brasileira é caracterizada por um atendimento com abuso de intervenções cirúrgicas, muitas vezes humilhante, em que há falta de informação às mulheres e até a negação ao direito ao acompanhante, o que é considerado um desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, além de uma violação dos direitos humanos (Diniz & Chacham, 2006; Leal et al., 2014; Pasche et al., 2010; Tornquist, 2002). Apesar de ser um direito garantido em lei (Lei do Acompanhante: Lei no 11.108/2005), a mulher não é esclarecida quanto à possibilidade de escolher seu acompanhante durante o trabalho de parto até o pós-parto imediato, por vezes havendo restrições quanto ao gênero, impossibilitando a escolha do marido, ou ainda é negada a companhia (Rede Parto do Princípio, 2012). (ZANARDO, et al., 2017, p. 03-04)

Com o excesso de medicalização do parto houve, de certa forma, o retorno da parteira, agora com um novo nome, a Doula, que consiste em uma mulher especialista em partos que

podem ser enfermeiras, fisioterapeutas ou outros profissionais da saúde e que se especializam em partos e com conhecimentos técnicos buscando equilibrar um parto humanizado e a segurança dos pacientes. Segundo Grécia, et al. (2019, p. 02) “Doulas são profissionais treinadas para abordar, especificamente, as necessidades físicas, emocionais e informativas das mulheres em cuidados obstétricos”.

A violência sofrida pelas mulheres durante as fases do parto é uma prática regular e costumeira, sendo tratada no ambiente hospitalar com normalidade. Não é raro para a mulher escutar “na hora de fazer foi bom”, “procurou agora tem que aguentar”, usados para normalizar a agressividade dos procedimentos, como exemplifica Zanardo (2017). Apesar de ser um tema antigo, é pouco discutido, a autoridade do médico não pode ser questionada, a naturalização do sofrimento feminino faz parte de uma sociedade fundada no desrespeito à ideia da autonomia da mulher.

Dentro dos serviços de saúde, usuárias e profissionais não associam os maus-tratos na assistência ao parto como formas de violência. Segundo pesquisa realizada por Aguiar (2010), as gestantes e os profissionais de saúde consideram esses acontecimentos como prática rotineira ou como resposta ao esgotamento das equipes frente a mulheres queixosas. Para os profissionais entrevistados, a violência está mais relacionada com uma agressão física ou sexual, mas não com suas práticas diárias ou sua experiência na sala de parto (Aguiar, 2010). Além disso, fatores como a diferença racial, o estrato sociodemográfico, a renda e a escolaridade influenciam a percepção das usuárias sobre o atendimento ao parto e ao parto em si. Em alguns serviços públicos de saúde no Brasil, onde são atendidas mulheres com baixa escolaridade e baixa renda, elas são consideradas sem autonomia e sem capacidade de decidir sobre seu corpo no parto (D’Orsi et al., 2014). A violência obstétrica está atrelada à violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra suas usuárias (Diniz, 2005). Nesse sentido, ela faz parte da violência institucional, exercida pelos serviços de saúde, e se caracteriza por negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários, incluindo a violação dos direitos reprodutivos, a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento e aceleração do parto para liberar leitos, entre outros (Gomes, 2014). Por isso, a frase “na hora de fazer gostou, então agora aguenta” falada pelos médicos e pela equipe se converte em parte do discurso institucional, relacionando a dor com o preço que devem pagar pelo prazer do ato sexual e levando a uma banalização dos atos desrespeitosos e à invisibilidade da violência (Aguiar, 2010). (ZANARDO, et al., 2017, p. 06)

A definição de violência adotada pela Organização Mundial da Saúde, no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002, p. 05) é “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Assim, a violência obstétrica não está relacionada apenas a ações cometidas no momento do parto, ela está associada à procedimentos

desnecessários, negligências, desrespeito, agressões e abusos sofridos durante todas as fases da gestação, que envolvem o pré-natal, o parto e o puerpério. Atos que são fatos geradores de consequências que se encaixam no conceito dado pela OMS.

Entretanto, mesmo com o profundo grau de relevância social e jurídica para a sociedade, que é continuamente atingida, a violência obstétrica permanece sem ter a devida atenção dos legisladores. De acordo com o estudo “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, 1 em cada 4 mulheres foram vítimas de violência durante os procedimentos obstétricos (FPA, 2010).

Esse crime é uma agressão que ocorre, frequentemente, sem testemunhas e contra a mulher em seu estado mais vulnerável. A falta de políticas públicas efetivas de suporte e amparo para as grávidas contribui para o alto índice de agressões sofridas pelas brasileiras.

Na pandemia de 2020, foi suprimido por muitas maternidades o direito da mulher grávida a um acompanhante (G1, 2020), previsto desde 2005, quando a Lei nº 11.108 incluiu na Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, o Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (BRASIL, 2005)

Sob o pretexto de diminuir as aglomerações no ambiente hospitalar e proteger a grávida e a criança de um possível contágio por Covid-19 durante o parto, o direito, garantido por lei, foi ignorado, não sendo levado em consideração que de qualquer forma esse acompanhante teria contato com ambos logo após o parto e que o ambiente hospitalar já gera um risco muito maior de, não apenas contaminação pelo coronavírus, como também por diversas outras doenças. Retirar o direito a um acompanhante só torna toda a situação que já é por si só peculiar -um parto durante uma pandemia- em um complexo de mais inseguranças e propensões à violência obstétrica. Além disso, a simples privação de não permitir um acompanhante, já se configura como violência obstétrica.

Em Santa Catarina (G1, 2020), no Hospital Marieta Konder Bornhausen foi suspenso o acompanhamento durante o parto, no Hospital Regional do Oeste, só foi permitida entrada da mãe na UTI neonatal, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no momento do parto podiam entrar acompanhantes até 60 anos, sem doença crônica, e sem doença respiratória, e foi proibido o acompanhamento de doulas; e no Hospital Santa Isabel,

em Blumenau, no Vale: só pai poderia entrar no momento do parto. Essas limitações configuram violência obstétrica, segundo orientações do Ministério da Saúde, o direito à presença do acompanhante deve ser garantido mesmo durante a pandemia. Ademais, de acordo com a OMS, uma experiência de parto segura e positiva implica em ser tratada com respeito e dignidade e estar acompanhada por uma pessoa de sua escolha durante e parto.

De acordo com o a Lei Estadual nº 18.322/22, de Santa Catarina, que dispõe sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres: “Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério”. De forma semelhante a Lei Estadual nº 5.217/18, do Mato Grosso do Sul, determina que será considerado como violência obstétrica “todo ato praticado por qualquer pessoa no atendimento de serviço de saúde, que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto, no período puerpério ou, ainda, em situação de abortamento” (FERREIRA, 2019, p. 79-80).

A violência obstétrica pode ser verbal, física, psicológica e por negligência. O agente agressor pode ser o médico obstetra, anestesista, enfermeiro, técnico de enfermagem ou parte da administração do hospital. Caracterizada por Brito:

Nos Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário a violência obstétrica é definida como qualquer conduta, comissiva ou omissiva, realizado por profissionais de saúde, em instituição pública ou privada que, direta ou indiretamente, leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres. Expressa-se em tratamento desumano, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e capacidade para decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida. Para tanto, aludida agressão se consubstancia como o somatório de condutas que causam constrangimento ou danos às mulheres durante o acompanhamento pré-natal, o trabalho de parto, o parto propriamente e o pós-parto. (BRITO, OLIVEIRA, COSTA, 2020, p. 122)

A responsabilidade penal está ligada a um ato ilícito que viola a lei, desta forma, quem comete ação ou omissão que incide na norma penal vigente, será responsável criminalmente por seus atos. Portanto, deve haver uma regra jurídica que responsabilize penalmente o indivíduo que comete a violência obstétrica, tendo em vista todas as particularidades que envolvem o momento do parto. Sobre as particularidades da responsabilidade criminal, Bagatini e Costa explicam:

A responsabilidade moral é aquela em que, a partir de um comportamento socialmente contraditório, o sujeito sente-se responsável por sua ação. Tal espécie de responsabilidade não possui uma das características basilares da

norma jurídica, que é a coercibilidade. A responsabilidade criminal, por sua vez, é aquela que acarreta uma sanção, uma pena, pela violação da norma jurídica de cunho penal. Por vezes, é possível que a partir de um mesmo comportamento humano derivem responsabilidades criminais e também civis (BAGATINI, COSTA, 2020, p. 06)

A responsabilização penal se faz necessária, visto que esta violência se dá em uma situação de vulnerabilidade da mulher, e causa complicações que poderiam ser evitadas. O Estado, que deveria garantir a qualidade e a eficácia dos serviços de saúde, se isenta de suas responsabilidades com os direitos humanos e reprodutivos da mulher, como destaca Fattorelli (2019, p. 77), “O Estado, menosprezando a saúde reprodutiva e a prioritária atenção que deve ser concedida às mulheres nos períodos de pré e pós-natal, guarda para elas ações negligentes e discriminatórias, revelando um quadro de sistemática violação de direitos humanos e de produção de mortes”.

A violência obstétrica, apesar de ser um assunto de baixa notoriedade no Brasil, é uma questão que possui grande relevância. No ano de 2022 houve um destaque no tema, envolvendo uma ocorrência marcante, e evidenciada pela imprensa, o caso do médico anestesista que foi filmado pelas enfermeiras praticando estupro contra a gestante durante o trabalho de parto (CNN, 2022).

Além disso, outro caso destacado foi o da influenciadora Shantal Verdelho (2022), que de acordo com o processo, alegou que as condutas do médico teriam gerado lesões de ordem física e moral, bem como sofrimentos e exposições, tudo com repercussões, especialmente, na saúde mental da vítima. Segundo a denúncia ofertada pelo Ministério Público, médico obstetra Renato Kalil teria causado danos emocionais à sua paciente, Shantal durante o parto tendo cometido ações que perturbaram e prejudicaram a vítima “visando degradar ou a controlar as suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante constrangimento, humilhação, manipulação, ridicularização, causando prejuízo à sua saúde psicológica e autodeterminação, tudo prevalecendo-se da relação de poder entre médico e paciente.” (TJSP, 2022)

O Juiz no caso em tela rejeitou a ação penal pública promovida pelo Ministério Público do estado de São Paulo sob o argumento de que um parto natural possui riscos de intercorrências e que estas são próprias das diferenças de cada organismo perante os procedimentos do parto. Além disso, o magistrado alega que apesar do feto ter se desenvolvido e precisar ganhar o espaço externo, isso não significa que irá ocorrer sem riscos e sem sofrimentos, acima de tudo, nos casos em que existam intercorrências nas condições anatômicas da parturiente e na situação de dilatação do próprio espaço do canal de passagem

do feto. De acordo com o Juiz, não foi encontrado motivo com fundamentos para uma ação penal, bem como não foi identificada a materialidade.

Ao contrário do que pretendo o Ministério Público não se verifica, nos autos, um fundado motivo para uma ação penal pelo que constou imputado na denúncia, com os elementos de convicção por hora colacionados.

O fundado motivo ou justa causa para a ação penal precede o próprio processo criminal e é uma das condições necessárias para se manter a moralidade de um processo penal de natureza acusatória.

Como é sabido, o processo penal atinge muito mais do que o patrimônio de uma pessoa, razão pela qual deve ser guardado para situações em que se verifica a necessidade, adequação e fundada razão de existir, o que não se verifica no presente caso por tudo que foi acima exposto.

Respeitosamente, o que se verificou nos autos foi a existência de muito sofrimento por parte de todos os envolvidos, por razões diversas. (grifo nosso)

Também a tentativa de endemoniar um profissional e destruir a sua carreira, com consequências graves, haja vista que a mulher do investigado acabou morrendo em circunstâncias violentas e que estão sendo investigadas (conforme informações trazidas pela mídia), **tudo a partir de um conceito sobre a violência no parto e opiniões que não possuem a condição de demonstrar a materialidade dos crimes imputados conforme acima já mencionado.** (grifo nosso)

O caso impõe a todos, a reflexão sobre a necessidade de se tomar muita cautela, mormente em um momento de grande desenvolvimento e da universalização da informação, onde heróis e vilões podem ser criados em momentos, bem como diante de pressões midiática cada vez maiores, **para ser evitado o excesso e o equívoco, bem como para não se criminalizar o que pode ser inadequado do ponto de vista científico e ético, passando para o Poder Judiciário (judicialização), algo que possui outra esfera de investigação e de análise.** (grifo nosso)

Inclusive, após tanta exposição, tanto sofrimento, perdas, quantas vítimas restam neste evento?

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

O caso da influenciadora teve uma grande repercussão midiática, foram realizadas diversas denúncias de outras pacientes de Renato Kalil, que também relataram situações de violência obstétrica. Durante a análise do Juiz, ele deve ser imparcial, sem levar em conta opiniões externas da sociedade ou da mídia, opiniões não são fatos, e não refletem o que realmente ocorreu. Porém, diante das provas apresentadas, fica claro que o médico cometeu vários atos de violência obstétrica, mas não existe legislação que proíba um médico de utilizar a técnica que preferir na sala de cirurgia, podendo esta não ser a mais indicada para o caso, mas o médico deve ter sua autonomia. Se alguém e se sentiu incomodado com a prática médica, não deve recorrer à justiça brasileira, mas ao Conselho Federal de Medicina (CFM),

onde será atendido e ouvido pelos colegas médicos do seu obstetra e que buscarão apaziguar a situação e deslegitimar a sua dor, em defesa do companheiro médico.

O CFM (2019) adota a política de saúde digna e competente, mas se manifesta contra o uso do termo “Violência Obstétrica”, que é a expressão que melhor representa a violação aos direitos humanos e à dignidade da parturiente. Segundo o conselho, o termo deve ser abolido, entendendo que é uma enunciação pejorativa, e que a adoção desse dizer estigmatiza a prática médica e interfere de forma negativa na relação médico-paciente. Pode-se observar a abordagem do CFM (2019):

A adoção desse termo conturba a relação médico-paciente; quebra o princípio da harmonia nas equipes multiprofissionais; não promove qualquer mudança significativa no quadro de desproteção às gestantes; e transfere de modo inconsequente sobre os médicos a responsabilidade por todas as mazelas da saúde (pública ou privada), como se fossem culpados pelos graves indicadores de mortalidade e de morbidade maternos e infantis (CFM, 2019)

A nota se encerra articulando “Afinal, o médico tem como fundamento de sua profissão minorar o sofrimento do ser humano, conseqüentemente não há qualquer sentido pressupor que esse profissional, no exercício de suas funções, vá praticar atos que prejudiquem seus pacientes” (CFM, 2019). Um órgão que deveria fiscalizar e normatizar a prática médica e prezar pelo bom funcionamento da saúde brasileira não deve pressupor nada, e sim cumprir suas funções de forma imparcial, inspecionando e prezando pela ética dos seus inscritos. Na cadeia de comando de uma cirurgia, quem está à frente é o médico, o que ocorre com a sua paciente deve ser sua responsabilidade. Se a simples utilização da expressão que melhor tipifica esse tipo de agressão, “agrider” a comunidade médica, o que sente uma mulher ao ter sua dignidade violada ao sofrer violência obstétrica?

Cabe destacar, a publicação do Ofício nº 17 de 2019 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), que julgou o termo violência obstétrica como impróprio para uso em políticas públicas e documentos legais. Entretanto, o Ministério Público Federal (MPF, 2019), considerou essencial para a refrear os atos de violência no parto, o reconhecimento da violência existir e defendeu o uso do termo:

RECOMENDA o Ministério Público Federal ao Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Atenção à Saúde ou quaisquer Outras Secretarias que tratem do atendimento ao parto no país, que: I- esclareça por meio de nota que o termo "violência obstétrica" é expressão já consagrada em documentos científicos, legais e usualmente empregada pela sociedade civil, sendo o uso da expressão livremente facultado independentemente de eventual preferência do Ministério da Saúde em utilizar expressões alternativas em suas ações específicas; II: que se abstenha de empregar

quaisquer ações voltadas especificamente à abolição do uso da expressão "violência obstétrica", empregando, ao invés, ações voltadas a coibir as práticas agressivas, maus tratos e desrespeito durante o parto, independentemente da intenção dos profissionais em causar danos; (MPF, 2019)

Após o posicionamento do MPF, o Ministério da Saúde divulgou uma nota declarando o direito de usar a expressão violência obstétrica para distinguir os abusos sofridos pela parturiente: “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” (BRASIL, 2019).

A violência obstétrica não é tipificada como infração penal, e não há, no Brasil, uma legislação federal que qualifique a agressão, se houvesse uma lei específica a ser aplicada no caso da influenciadora, os atos que envolveram o parto teriam sido considerados violência obstétrica, mas não há crime sem lei que o defina, então a denúncia do Ministério Público não foi recebida.

Por não estar previsto no Código Penal, não há uma previsão de multa, prisão ou detenção a ser cumprida pelo profissional violador dos direitos da parturiente, da mesma maneira, não há uma regra nacional que determine que violações seriam essas. No caso de ocorrência de um crime já previsto no CP, como um estupro ou uma lesão corporal durante o parto, o ato criminoso se enquadrará na legislação. Entretanto, faltam as particularidades que envolvem os atos da obstetrícia, e que violentam a mulher de formas não capituladas pela lei.

Tais fatos são evidenciados por Bagatini e Costa:

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

Outro fator relevante no que diz respeito aos processos de violência de gênero é a lei de 2021 de nº 1.245, a Lei Mariana Ferrer. A lei foi batizada com o nome da influenciadora Mariana Ferrer, que se declarou vítima de crime de estupro de vulnerável pois estava sob efeito de abuso de álcool, quando manteve relações sexuais com o empresário André Aranha numa festa.

Aranha foi declarado inocente pela justiça brasileira, após o seu advogado humilhar a vítima, tecer comentários ofensivos e degradantes durante a audiência, expondo fotos antigas e tentando denegrir a sua imagem, numa tentativa de desqualificação da vítima e de justificar a prática do ato ilícito (ALVES, 2020). Uma prática comum em processos de crimes contra a dignidade sexual, que buscam demonstrar que de alguma forma a vítima mereceu ou provocou a violência, criando uma inversão de papéis de ofensor e ofendido.

O tratamento dado a vítima durante o julgamento auxiliou na não condenação do réu e mesmo ele não tendo sido declarado culpado, a lei nova que surgiu com o nome de Mariana tem o objetivo de que o que aconteceu com ela não se repita. Oliveira e Giordano (2021) mostram que o surgimento da lei segue uma tendência já há muito existente no Brasil no que diz respeito ao tratamento com as mulheres, primeiro deve haver episódio inquietante, que traga revolta à população e só após a indignação social, que essa nova lei de proteção surgirá:

Todas as Leis hoje existentes no Brasil de proteção às mulheres foram precedidas de violência e grandes lutas organizadas. Há uma lógica e continuidade no processo de positivação das Leis de proteção às mulheres no Brasil. Todas as Leis visando os direitos das mulheres seguiram um linear lógico de continuidade e expressão cultural. Há sempre uma situação fática violenta, que desencadeia uma revolta e indignação social, seguida, atualmente, de visibilidade midiática em programas de televisão, jornais, e redes sociais, procedidas de lutas por justiça e direitos que se refletem na construção de Leis visando evitar que outras mulheres sofram como àquelas as quais as violências sofridas foram pivô da criação das Leis (...) O Brasil é um país marcado pela violência contra as mulheres. Todos os dias novos casos de violência vão a mídia. (OLIVEIRA, GIORDANO, 2021, p. 79)

Esse caso leva ao questionamento de quantas mulheres sofreram exatamente o mesmo que Mariana diante de um tribunal, antes que um caso, dentre tantos outros por acaso, ganhasse relevância.

O Brasil é um país marcado pela violência contra as mulheres. Todos os dias novos casos de violência vão a mídia. Novas mulheres são vítimas e na maioria das vezes silenciadas. Há casos que reverberam mais que outros. Casos esses que com o apoio social e midiático, e com o movimento organizado feminista ganha espaço e transforma-se em luta por justiça e na concretização de Leis. Há no Brasil uma prática muito singular por parte do legislativo de tentar ressarcir e até reparar a violência sofrida pelas mulheres pivô da concretização das Leis com homenagens, sendo elas a nomeação da Lei com o nome da mulher que fora violentada. Fato que se repete e mostra-se agora, parte da cultura legislativa no país. Várias foram as leis voltadas à proteção das mulheres que passaram por esse processo. Várias foram as Leis que passaram pelo “processo cultural da homenagem”. Entre elas estão a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006), Lei Carolina Dieckmann (Lei 12.737/2012) e a Lei Joana Maranhão (Lei 12.650/2015). (OLIVEIRA, GIORDANO, 2021, p. 79-80)

No contexto do presente artigo, a lei Mariana Ferrer se faz importante porque busca reprimir as práticas atentatórias contra a dignidade de vítimas de violência sexual e das testemunhas durante o curso do processo, evitando a revitimização das vítimas. A vitimização decorre da conduta que foi praticada em favor da vítima, e por consequência, a revitimização é torná-la vítima mais de uma vez, derivando dos mesmos atos. A revitimização no processo ocorre quando o sistema de justiça criminal insere a vítima novamente naquele sofrimento. De acordo com Amaral:

Nos estudos sobre vitimologia há a conceituação de vitimização primária, secundária e terciária. A vitimização primária decorre diretamente da conduta típica. A vitimização secundária decorre do agravamento do sofrimento da vítima, seja através do sistema de justiça criminal ou das diversas vias de controle social. Já a vitimização terciária decorre da ausência de políticas públicas voltadas a assistências social e psicológica da vítima, e estigmatização em seu grupo social (OLIVEIRA, 1999). Embora o conceito de vitimização terciária muito se aproxime do conceito de revitimização, a escolha pelo uso de revitimização na pesquisa em tela, se deve ao fato do termo ser amplamente utilizado fora do âmbito criminal, para se referir à violência institucional e institucionalizada. (AMARAL, 2019, p. 38)

A autora evidencia em sua pesquisa a naturalização da violência de gênero contra a mulher, onde a revitimização acontece como resultado de outra violência que está ligada à violência contra a mulher, apoiada nas questões de gênero. Demonstrando que a revitimização está além dos constrangimentos sofridos em instituições de atendimento à vítima, a autora traz à tona o termo “revitimização midiática”, denunciando as práticas abomináveis da imprensa em relação à vítima:

A revitimização, objeto de estudo da referida pesquisa, diz respeito à violência contra a mulher, fundada em questões de gênero, que acontece em decorrência de uma outra violência. Embora o termo revitimização seja mais utilizado para tratar violência que ocorre em instituições de atendimento às vítimas, é importante que se entenda que esta não é a única. O termo revitimização midiática, aqui utilizado, diz respeito à revitimização de autoria midiática, que ocorre quando há veiculação de detalhes “desqualificadores” da vida da mulher que sofreu violência. A vítima passa a ser julgada e discriminada, como se fosse culpada pela violência sofrida, se tornando vítima de uma nova violência. Ademais, a revitimização midiática reforça no imaginário coletivo a culpabilização da vítima. (AMARAL, 2019, p. 39)

A revitimização é dolorosa, traz de volta a dor e o tormento e concomitantemente, nos processos de violência obstétrica a revitimização se é uma realidade amarga em todos os casos, um momento de luz da nova vida que se inicia se torna um sofrimento, principalmente para a mãe.

3 DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS DA MULHER E O BIODIREITO NAS CONDUTAS MÉDICAS

O Brasil não possui uma legislação federal específica que estabeleça o que é a violência obstétrica, como ela se dá e qual a responsabilidade penal que a violência gera para os agressores. Nesse sentido, por já possuir uma legislação específica, o estado de Santa Catarina é um exemplo de avanço do país nas questões que envolvem violência obstétrica. De acordo com a Declaração de prevenção e eliminação de abusos (OMS, 2014), desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde da OMS:

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. (OMS, 2014, p. 01-02)

Outrossim, a referida declaração institui medidas a serem tomadas para melhorar a qualidade da assistência e eliminar os abusos contra as gestantes, dentre elas estão: o maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos, o suporte nas mudanças de conduta dos profissionais de saúde, garantindo acesso a uma assistência adequada, que os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez sejam enfatizados. Ademais, incentivo à produção de dados sobre práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, e que haja um sistema de responsabilização aos profissionais.

A conduta omissiva dos profissionais da saúde, além de causar danos físicos e psicológicos, pode ser considerado um grande responsável pelas mortes maternas e de recém-nascidos. Tendo em vista que, de acordo com o Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna (BRASIL, 2021), o Brasil teve, em 2021, a média de 107 mortes a cada 100 mil nascimentos, e a média ideal definida pela Organização das Nações Unidas (ONU), seria de menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos. A mortalidade materna é um reflexo da condição social da mulher grávida na sociedade, e os índices atuais mostram a condição em que os direitos da mulher brasileira se encontram. Sobre a mortalidade materna:

A morte materna pode ser verificada, nesta perspectiva, como morte invisível, calada, consentida. Não trás consigo o luto em sua dimensão pública e não mobiliza responsabilidade coletiva frente as vidas perdidas. Estas mortes toleradas imprimem em si um modelo de Estado ainda ancorado no patriarcalismo, no racismo e na desigualdade, incapaz de nomear as mulheres vítimas de uma estrutura organizada para perpetuar violências e de empenhar esforços prioritários em programas e ações essenciais à saúde das mulheres. Por situarem-se fora das lentes que permitem a apreensão da vida em sua dimensão precária e fundante, as mortes maternas seguem adstritas à invisibilidade. (FATTORELLI, 2019, p. 96)

A mulher tem o direito de não sofrer um dano evitável, mantendo a sua integridade corporal e seus direitos reprodutivos. Desta forma, a qualidade e a eficácia dos serviços de saúde se mostram de extrema importância para a garantia desses direitos. Outrossim, a falta de políticas públicas de suporte e amparo tem como consequência a degradação do sistema de saúde e, de igual forma, do atendimento às mulheres.

O Biodireito e a Bioética discorrem de temas de forma fundamental relacionados à vida e às relações sociais. Enquanto a Biotecnologia detém a execução dos processos biológicos objetivando a concepção de novos elementos para o desenvolvimento no âmbito da indústria, da medicina e da farmacêutica (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2002). Portanto, se faz necessário expor os princípios bioéticos para tratar de responsabilizar criminalmente a prática de intervenções médicas arbitrárias.

As questões sobre impactos, vantagens e desvantagens de cada avanço, e da sua aplicação e utilização, estão no campo de estudo da bioética, dentre eles, os questionamentos mais expressivos em relação a presente pesquisa são o direito à vida, a relação médico-paciente e a valorização do conceito de autonomia do paciente. Destarte, na busca de um equilíbrio entre o desenvolvimento científico e a normatização das condutas médicas, dos princípios éticos e morais presentes nas práticas da medicina surgiu o Biodireito, tendo como fundamento a busca pela qualidade de vida e o princípio da dignidade da pessoa humana, inserido no Art. 1º, III, da Carta Magna do Brasil (CF, 1988). De acordo com o Instituto Brasileiro de Direito da Família, sobre a atuação do Biodireito e da Bioética:

Criou-se, outrossim, uma renovação no modo de agir e decidir das partes envolvidas com a ciência médica e biológica: a socialização do atendimento médico, com o conseqüente surgimento de novos padrões de conduta na relação médico-paciente., do atendimento em massa, da democratização da Medicina; a universalização da saúde; a medicalização da vida (aumento das especialidades médicas); a emancipação do paciente, indicando a necessidade do consentimento informado para as atividades médicas e experimentais; a criação e o funcionamento de comitês de ética hospitalar e

comitês de ética para pesquisas em seres humanos, e muitos outros. Nesse sentido, ocupa-se o Biodireito em normatizar as principais condutas médicas, a fim de que se alcance um equilíbrio no viver científico. (IBDFAM, 2022, p. 02)

Além disso, um dos princípios da bioética é o da autonomia, que é a liberdade de escolha do paciente, segundo esse princípio, as práticas médicas devem estar consonantes com os parâmetros adequados de intervenção na saúde e no corpo do paciente, mesmo quando é uma prática realizada com o objetivo de evitar ou antecipar a incidência de possíveis prejuízos à integridade física e à vida do paciente. Deste modo, a violência obstétrica não só compromete a dignidade da pessoa humana, como também os princípios da autonomia e da beneficência.

De acordo com o Art. 6º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura:

Qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo (UNESCO, 2006)

A bioética envolve a análise dos conhecimentos científico, filosófico, jurídico ou social, que criam questionamentos sobre a identificação das suas limitações. Para a prática devida da atuação médica, deve haver uma designação precisa das regras e normas válidas para sua prática, sendo regida, segundo Beauchamp e Childress (2002), pelos princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. De acordo com Rego, Gomes e Siqueira-Batista, o princípio que rege as decisões é o da proteção ao bem-estar e à qualidade de vida:

A bioética preocupa-se em analisar os argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas que afetam a qualidade de vida e o bem-estar dos humanos e dos outros seres vivos e a qualidade de seus ambientes e em tomar decisões baseadas nas análises anteriores. Considerando-se de forma específica, mas não só, o campo da saúde pública, defende-se hoje que a “proteção” seja o princípio norteador das análises e decisões a serem tomadas (REGO, GOMES e SIQUEIRA-BATISTA, 2007, p. 484)

Entretanto, na Violência Obstétrica, a autonomia é um tema controverso, porque ela está nos dois lados da questão, tanto a autonomia do médico de tomar as decisões cabíveis durante os procedimentos, como a autonomia da parturiente sobre o seu corpo, seus processos biológicos e sua sexualidade. Consoante Beauchamp e Childress, a autonomia está ligada aos

direitos de liberdade, de escolha e do pertencimento a si mesmo, o governo do próprio corpo, e para que haja um poder de decisão, deve haver acesso à informação sobre as consequências de cada decisão, a parturiente deve compreender os fatores que envolvem cada decisão, sendo papel do médico, o profissional especializado no assunto, fornecer as instruções necessárias. Quando não há o esclarecimento das questões que envolvem o parto, das instruções que serão seguidas e dos direitos reprodutivos, o parto se distancia de uma experiência digna.

Na pesquisa “Nascer do Brasil” (FIOCRUZ, 2014), foi explicitado que aproximadamente 70% das mulheres brasileiras desejavam um parto normal no início da gravidez, mas no setor privado, o índice foi de apenas 15% de parto vaginal para aquelas que estavam no primeiro parto. Foi observado pela pesquisa que houveram mudanças de opinião sobre a forma desejada de parto no decorrer da gravidez, mesmo sem haver a ocorrência de complicações que justificassem a mudança. A pesquisa aduz que esse índice de desistência de um parto normal pode estar ligado com a indução do parto por cesárea durante o pré-natal.

O princípio da beneficência é a obrigação de ajudar as pessoas, de acordo com o interesse genuíno delas, é a obrigação moral de não agir em benefício de si mesmo, e sim em benefício do próximo. Além disso, as decisões do profissional da saúde devem ser pautadas pela medicina baseada em evidência, sem esconder informações da paciente em favor de agir de forma beneficente, sem que haja argumentos científicos para tal.

A regra da não-maleficência está relacionada à não causar mal a outro indivíduo de forma intencional, sendo complementar ao princípio da beneficência, de forma a assegurar que o paciente não venha a sofrer lesões. Ademais, procurar a melhor opção para o seu paciente, protegendo-o de possíveis perigos e ameaças à integridade do paciente. Segundo Costa (2022), sobre a não-maleficência a parturiente, sobre a escolha do tipo de parto e a tolerância de medidas violentas durante o processo de parir, existe uma recomendação no âmbito da medicina obstétrica que o profissional de saúde ao aconselhar a gestante, o faça de forma habilidosa, para que o conselho não torne uma imposição a ser acatada. Um exemplo de não-maleficência é a utilização de técnicas, protocolos e procedimentos atualizados conforme as recomendações das autoridades no assunto, como o documento da Organização Mundial de Saúde de Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde (OMS, 2014) e as publicações da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, organizada pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO, 2023).

Segundo a pesquisa “Nascer no Brasil” (FIOCRUZ, 2014), o número de cesáreas realizadas no país está muito acima do indicado pela OMS, na rede pública, o índice de partos

por cesáreas eletivas é de 46%, enquanto na rede privada é de 88%. Além disso, em 2020 de 2.849.146 nascidos/as vivos/as no Brasil, 1.604.189 nasceram por meio de cesáreas (BRASIL, 2020). Isso mostra a violência obstétrica pautada na violação dos princípios da bioética no cotidiano da obstetrícia brasileira, as desinformações afetam diretamente a autonomia da parturiente a. Em uma análise da violência obstétrica à luz da teoria principialista da bioética, Costa (2022), afirma:

Para além da desigualdade estruturada pelo patriarcado e os julgamentos e responsabilidades atribuídas à mulher no que se refere à condução da sua gestação e parto, muitas vezes, estão as gestantes e as parturientes desassistidas e desamparadas em diversos aspectos. Algumas mulheres abandonadas por parceiro íntimo, por equipe técnica e sem acesso à informação atualizada e baseada em evidências que possa fazê-la compreender e subsidiar a sua decisão acerca da condução da gestação sem relegá-la ao médico ou ao profissional de saúde que a "acompanha" (ainda que de forma pontual). Isso porque não se pode falar de violência obstétrica, de princípios bioéticos, ou de diversos outros temas existenciais relacionados ao Biodireito, sem mencionar as questões de gênero, de raça e de todas as adversidades que delas decorrem. São muitas as mulheres atravessadas pelas mais diferentes desigualdades, vulnerabilidades e irregular acesso a instrumentos de poder e de informação, mas todas elas estão imersas em um cenário sistêmico de institucionalização do parto que coloca esse momento como um campo de legitimação de intervenções que "desnaturalizam" o ato de gerar uma vida. (COSTA, 2022, p. 01)

Retirar o direito da mulher sobre o seu próprio corpo, seus processos reprodutivos e biológicos vão de encontro com o princípio da autonomia e da dignidade da pessoa humana, caracterizando-se como violência obstétrica. Perante a explanação feita, entende-se a real necessidade de uma legislação federal que defina a violência obstétrica e regule as condutas e os procedimentos permitidos. Além disso, a inclusão da violência obstétrica ao Código Penal Brasileiro, como forma de coibir essa conduta.

Hodiernamente, existem projetos de lei que incluem práticas humanizadas e garantindo o direito a realização de um plano individual de parto, e a orientações sobre todos os processos que ocorrem, ou podem vir a ocorrer durante a gravidez e o trabalho de parto em si, seguindo as recomendações de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018). Além disso, projetos de lei que determinam o que exatamente seria tratado como violência obstétrica e a atribuição de responsabilidade civil e criminal pelos danos causados.

Em consulta ao Portal da Câmara dos Deputados, é possível visualizar todos os projetos em tramitação sobre o tema, entre eles, estão o Projeto de Lei N. ° 7.633, de 2014, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo

gravídico-puerperal e dá outras providências, o PL N.º 7.868, de 2017, dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério

O PL N.º 8.219, de 2017, dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. PL N.º 879, de 2019, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Projeto de lei nº 2.693, de 2019. Institui a Política Nacional de Atendimento à Gestante. O projeto de lei nº 3.310, de 2019, dispõe sobre o registro de som e imagem de consultas pré-natais, trabalho de parto e parto. Além disso, o projeto de lei nº 3.635, de 2019, garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.

O PL N.º 190, de 2023, tipifica o crime de violência obstétrica. O PL N.º 422, de 2022, dispõe sobre a violência obstétrica, e sobre o dever dos diversos Poderes dos entes da Federação de promover políticas públicas integradas para a sua prevenção e repressão, alterando a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. O PL N.º 989, de 2023, dispõe sobre as diretrizes para prevenir e combater a violência obstétrica. O PL N.º 1056, de 2023, que altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, para incluir a violência obstétrica como forma de violência doméstica e familiar, e garantir a assistência à saúde mental da mulher vítima desse tipo de violência. Ademais, o Requerimento de Constituição de Comissão Especial de Estudo das razões do aumento de denúncias de violência obstétrica e a alta taxa de morte materna no Brasil.

A prevenção da violência obstétrica envolve a conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância do respeito aos direitos das mulheres durante o parto e o estabelecimento de políticas e práticas baseadas em evidências que garantam a segurança, a dignidade e o bem-estar das mulheres e de seus filhos.

4 A TEORIA DA IMPUTAÇÃO OBJETIVA: O RISCO NÃO PERMITIDO E SUA RELAÇÃO COM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Conforme Claus Roxin (2002, p. 13-14), a teoria da imputação objetiva tem como propósito estabelecer critérios determinados para a atribuição de responsabilidade penal ao autor de um fato. Um dos principais expoentes da teoria (BURGEL, 2017, p. 77-78), defende que a imputação objetiva não deve se limitar apenas à análise da causalidade entre a conduta

do autor e o resultado produzido, mas também deve considerar a previsibilidade e a evitabilidade do resultado.

A teoria da imputação objetiva busca determinar se uma conduta foi causa de certo resultado, se o comportamento do agente resultou em um risco proibido. O crime só deverá ser imputado quando forem atingidos os requisitos que são a causalidade adequada, em que a conduta do agente deve ser considerada como causa do resultado, criação de um risco proibido e o risco se realiza. A causa deve ser considerada adequada quando há uma relação direta entre a conduta do agente e o resultado.

Para Roxin (2002, p. 12), a imputação objetiva se divide em duas vertentes, a imputação objetiva do resultado e a imputação objetiva do risco. A primeira vertente se aplica aos casos em que o resultado concreto é relevante para a caracterização do delito, enquanto a segunda se aplica aos casos em que o risco criado pela conduta do autor é relevante para a caracterização do delito, independentemente do resultado concreto produzido.

Além disso, os requisitos da tipicidade, em que a conduta do agente deve estar prevista em lei como crime, e da previsibilidade, em que o agente especializado deve ser capaz de prever que sua conduta poderia causar o resultado. Outro requisito é a ausência de superveniência, o resultado não pode ser decorrente de uma causa superveniente, ou seja, uma causa que tenha surgido depois da conduta do agente e que tenha sido determinante para o resultado.

Outro requisito é haver uma ligação entre a norma e a conduta que causa lesão ou perigo de lesão e o resultado efetivo. Ademais, a teoria busca garantir que a responsabilidade penal seja imputada apenas quando houver uma relação de causalidade adequada entre a conduta do agente e o resultado, de acordo com critérios objetivos estabelecidos. Desta forma, é atribuída a responsabilidade da conduta e do resultado ao autor. Se baseando na imputação da norma incriminadora à pessoa que pratica uma conduta tipicamente proibida, criadora de um risco ou perigo não permitido, e também no resultado jurídico decorrente dessa conduta, que afeta um bem jurídico.

Roxin (apud BURGEL, 2017), também ressalta que a teoria da imputação objetiva não é um critério absoluto e que deve ser utilizada com cautela, sempre levando em consideração as circunstâncias do caso concreto. Além disso, ele destaca que a imputação objetiva não pode ser aplicada de forma mecânica, mas deve ser utilizada como um instrumento para alcançar a justiça e a equidade na aplicação do direito penal.

As normas técnicas são mais específicas que as normas extrapenais, porque determinam o conhecimento e a habilidade necessários para o desempenho de uma atividade,

e também definem a forma como a atividade deve ser conduzida, ou seja, a maneira correta de agir.

A questão que envolve as normas técnicas, para regulamentação das atividades pela esfera privada é a facilidade em que são alteradas, não podendo assim ser equivalente a uma regra jurídica para determinar se a conduta seria um risco proibido. Segundo Burgel (2017), o Estado não conseguiria regulamentar todas as práticas desenvolvidas pela sociedade, mas não se pode preterir determinadas atividades que possuem riscos significativos ou delegar sua autoridade a um órgão privado para que regule os padrões de como devem ser realizadas.

Essas normas emitidas no âmbito privado acabam buscando, algumas vezes, apenas atender interesses individuais e econômicos de quem as emite, pois uma comunidade médica não terá como objetivo criar normas rígidas para seus médicos arriscando prejudicá-los de alguma maneira a impossibilitar o exercício da sua profissão. Ou seja, tais normas acabam representando, muitas vezes, interesses diversos das normas jurídicas, de modo que não poderiam ser tidas como parâmetro para determinar o nível do tido como proibido na esfera jurídica, especialmente na esfera penal. Ademais, Salvador e Fernández afirmam que as regras técnicas, por mais que determinem o que deve ser considerado como habitual e um determinado âmbito, não possuem a capacidade de resolver problemas de valoração. (...) Roxin se posiciona contra a possibilidade de que instituições privadas determinem o nível de risco que deve ser tido como permitido. Ao ver dele, apenas o legislador poderia definir o patamar do risco a ser tolerado, pois essas instituições privadas não teriam os mesmo interesses que o legislador. O que se está a sustentar aqui não é a irrelevância e a inutilidade das normas técnicas, mas sim o perigo em considerá-las como parâmetro para determinar o que deverá ser reconhecido como proibido pelo Direito Penal. Ao vincular o reconhecimento de uma conduta como digna de pena criminal a uma norma que, em primeiro lugar, não possui a mesma hierarquia da norma penal, que pode ser alterada a todo e qualquer momento, sem a necessidade da observância das formalidades exigidas pelas normas estatais, e que não raras vezes acaba por representar interesses de determinadas classes e de seus representantes, esvazia-se o injusto penal de qualquer sentido. (BURGEL, 2017, p. 88)

Consoante a autora, a discussão não é a relevância e inutilidade das normas técnicas, mas o perigo de utilizá-las como parâmetro para determinar o que deve ser reconhecido pela lei penal como proibido. Não haveria como associar a admissão de conduta punível criminalmente a uma norma que não possui a mesma hierarquia da norma penal, que pode ser alterada a qualquer momento sem a necessidade de cumprimento de procedimentos exigidos por lei, e que reflete os interesses de determinado grupo.

As normas privadas, de órgãos especializados, devem ser levadas em conta, tendo em vista que cada área possui suas especificidades e podem ser utilizadas como parâmetro para os limites do risco permitido, como um instrumento acessório. Desta forma, é demonstrada a

necessidade de haver uma legislação penal que determine os riscos proibidos nas situações de violência obstétrica, tendo em vista o grau de essencialidade de um nascimento seguro para a sociedade.

O médico não atua sozinho, sendo dependente de diversos profissionais dentro do universo do hospital. As atividades cotidianas do homem estão sujeitas a erros, e na medicina também, o problema é que um erro médico pode causar lesões permanentes tanto no âmbito físico como no psicológico da pessoa. Por isso, existe a necessidade de impor limites na atuação médica, devendo o Direito zelar pela saúde e pela integridade física da pessoa humana.

Semelhante ao Direito, a Medicina possui como pilar a dignidade da pessoa humana, não sendo o objetivo deste trabalho dificultar ou prejudicar o trabalho dos profissionais da saúde, mas sim, buscar a melhor forma de eliminar as práticas frequentes que prejudicam a vida dos pacientes de diversas formas.

De acordo com a pesquisadora portuguesa Ana Margarida Araújo (2011), o que interessa ao direito, no prisma penal, é o erro juridicamente relevante, que produz resultado nos bens jurídicos protegidos, a autora faz uma diferenciação entre erro e negligência. Os erros dentro da atividade médica podem se dividir em erros evitáveis e inevitáveis, erro honesto, quando ocorre por acidente, e o erro negligente, que corresponde a um comportamento ilícito. O erro evitável pode corresponder a um erro negligente, e o erro inevitável pode derivar dos riscos que o ambiente hospitalar impõe. Desta forma, é possível depreender que nem todo erro médico é sinônimo de negligência médica. O problema a ser combatido é o erro negligente que viola o dever de cuidado adequado, devendo ser ilícito.

Para a autora, a capacidade de prever o resultado, de acordo com o processo causal de seus elementos essenciais, pode levantar a suspeita de negligência inconsciente, uma vez que o perigo não pode ser previsto. Podem surgir questionamentos acerca da negligência na previsibilidade do resultado, mas nos crimes negligentes com violação do cuidado devido, esta violação deverá ser imputada como causa do resultado

Nem todos os resultados produzidos são tipicamente relevantes, devendo-se introduzir critérios de imputação objectiva para afirmar com razoável probabilidade, que o agente criou ou incrementou um perigo juridicamente desaprovado, evitável se tivesse empreendido o cuidado devido. Este juízo é paralelo aquele que foi introduzido para valorar a violação cuidado devido, pelo que Roxin entende ser desnecessário recorrer a critérios de previsibilidade e evitabilidade, pelo que tudo dependerá se o agente criou ou potenciou um risco proibido e com isso produziu um resultado. A recondução da ilicitude a um problema de causalidade, não é seguida pela doutrina portuguesa, que delimita expressamente a violação do dever

objectivo de cuidado, como problema de tipicidade, e como tal, valorado ao nível do ilícito, de forma global. Assim, é necessário valorar autonomamente a violação de cuidado, integrante do ilícito e a imputação objectiva, como forma de causalidade. (ARAÚJO, 2011, p. 33)

Nem todos os resultados produzidos são tipicamente relevantes e critérios objetivos de atribuição devem ser estabelecidos para afirmar com probabilidade razoável que o agente que criou ou aumentou o risco não é aprovação legal, o que poderia ter sido evitado se ele tivesse exercido cautela. Esta decisão é paralela à proferida para avaliar a violação do devido cuidado, que Roxin (2006) considera desnecessária usar os critérios de previsibilidade e evitabilidade, então tudo dependerá se o agente criou um risco proibido e, portanto, produziu um resultado. A doutrina portuguesa não adere a recondução da ilicitude à questão da causalidade, o que delinea claramente a violação do dever objetivo de cuidado, por uma questão de tipicidade.

Portanto, é necessário avaliar de forma independente a violação de direitos, como parte do delito, e atribuí-la objetivamente, como forma de nexos causal. No caso de crimes por negligência, a causalidade deve ser estabelecida após a determinação da violação do cuidado, a fim de atribuir as consequências do abuso à pura causalidade, o ato praticado com violação de dever de cuidado é causa do resultado.

Devido à natureza essencial de algumas atividades que envolvem um grau significativo de risco, a lei não pode proibi-las e deve aceitá-las. Entretanto, não é plausível que simplesmente se admita todos os riscos decorrentes dessas atividades de forma integral, razão pela qual há necessidade de legislação para mantê-las em um nível aceitável de periculosidade, e para isso, criar uma variedade de medidas de cuidado.

A importância do risco permitido vai bastante além do caso do princípio da confiança, referido. Sempre que, em virtude de sua preponderante utilidade social, ações perigosas forem permitidas pelo legislador — em certos casos, sob a condição de que se respeitem determinados preceitos de segurança — e, mesmo assim, ocorra um resultado de dano, esta causação não deve ser imputada ao tipo objetivo. Isto vale em especial para o tráfego de veículos. Aquele que respeita as regras de trânsito e, ainda assim, acaba se envolvendo em um acidente com consequência de lesões a bens jurídicos não praticou ação de homicídio, lesões corporais ou dano; pois as lesões aos bens jurídicos não decorreram de um risco proibido, e sim de um risco tolerado pela lei. Este ponto de vista possui grande relevância também para os riscos advindos de modernos complexos industriais. Acidentes que ocorram apesar do respeito aos padrões legais de segurança sequer objetivamente constituem ações de lesões corporais. (ROXIN, 2006, p.110)

Seguindo um paralelo dos exemplos apresentados pelo autor, com a violência obstétrica, pode-se compreender que os riscos inerentes à atividade médica cotidiana são

toleráveis pelo legislador, quando o profissional tiver respeitado todas as normas de segurança previstas dentro do risco tolerado pela lei. O médico que respeitar as regras de tratamento no processo de parto, e mesmo com isso, gerar um dano, não terá praticado uma conduta proibida, que constitua uma lesão. Desta forma, não será responsável pelo dano causado.

Porém, a violência obstétrica é um problema concreto, de grande relevância social, que gera diversos danos para a parturiente e para a criança, e não havendo uma legislação que determine os riscos em que o profissional obstetra não pode submeter a gestante, principalmente sem o seu consentimento, não poderá ser imputado ao médico qualquer crime. Isso mostra a importância de haver uma legislação específica que regule a violência obstétrica, servindo de proteção, não só para as mulheres, como também para os profissionais da saúde que cumprem seu papel dentro do que é permitido.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar a importância da responsabilidade penal médica nos casos de violência obstétrica como violação dos direitos humanos da mulher. Os elementos aqui apontados mostraram que a violência obstétrica é um problema notável, que necessita da atenção adequada nas lacunas da legislação vigente.

O tópico inicial deste artigo abordou o contexto histórico e o conceito de violência obstétrica, associados à evolução da assistência de parto e a relevância social e jurídica do tema. Além disso, foram apresentados a política adotada pelo Conselho Federal de Medicina, pelo Ministério da Saúde, e casos recentes de violência que foram divulgados de forma ampla pela mídia. Bem como o tratamento da vítima e de que forma a justiça brasileira encara esse tipo de conduta hodiernamente, mostrando a naturalização da violência de gênero contra a mulher e os processos de revitimização.

Posteriormente, este estudo possibilitou a compreensão dos direitos reprodutivos e sexuais da mulher e das condições da mortalidade materna no Brasil. Acompanhados de ponderações nos princípios da autonomia, da beneficência e da não-maleficência, que são bases do biodireito e da bioética nos apontamentos sobre a responsabilidade nas relações médico-paciente. Ademais, foram apresentados os principais projetos de lei que estão em tramitação na Câmara dos Deputados acerca do tema e a necessidade de se estabelecerem políticas garantidoras da segurança e da dignidade da mulher.

Tem-se como encerramento os fundamentos da teoria da imputação objetiva frente a atribuição de responsabilidade penal ao profissional violador dos direitos da mulher grávida.

Foi levantada a questão de utilizar as normas técnicas como parâmetro para regulamentar as atividades e a importância de uma legislação federal que determine o limite da atuação profissional, e a partir de qual momento o médico estaria submetendo o paciente a um risco proibido ou a um erro evitável. Outrossim, a importância da causalidade e a violação do cuidado devido e a fronteira entre os riscos inerentes à atividade médica e a negligência.

Diante do exposto, entende-se que ao negligenciar as questões de violência obstétrica, o Estado se torna o principal violador dos direitos da mulher. Daí surge a necessidade de uma legislação federal específica que garanta a proteção dos direitos da parturiente, para que se possa julgar e dar o suporte necessário às vítimas de forma concreta.

Cabe enfatizar que a resolução da violência obstétrica não se dará apenas com a responsabilização penal do médico. Sendo necessário que sejam feitas novas pesquisas, com o objetivo de melhorar as condições de tratamento da vítima dentro do processo, o entendimento do fenômeno da violência obstétrica e as políticas públicas garantidoras do direito fundamental à saúde e de cuidado adequadas para o enfrentamento desta violência.

6 REFERÊNCIAS

ALVES, Schirlei. **Julgamento De Influencer Mariana Ferrer Termina Com Tese Inédita De ‘estupro Culposo’ E Advogado Humilhando Jovem:** imagens inéditas da audiência mostram defesa do réu usando fotos sensuais da jovem para questionar acusação de estupro. Imagens inéditas da audiência mostram defesa do réu usando fotos sensuais da jovem para questionar acusação de estupro. 2020. The Intercept Brasil. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2020/11/03/influencer-mariana-ferrer-estupro-culposo/>. Acesso em: 13 abr. 2023.

AMARAL, Hillana Souza. **Mortas duas vezes:** revitimização midiática de mulheres em coberturas jornalísticas. 2019. 207 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Núcleo Interdisciplinar em Estudos e Pesquisas em Direitos Humanos, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/9944#:~:text=Revitimiza%C3%A7%C3%A3o%20midi%C3%A1tica%20se%20d%C3%A1%20quando,a%20desqualificam%20e%20a%20culpabilizam>. Acesso em: 13 abr. 2023.

ARAÚJO, Ana Margarida Reis Carvalho. **O erro e a negligência médica numa perspectiva jurídico-penal.** 2011. 44 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Centro Regional do

Porto, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16431/1/TESE%20MESTRADO.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2023.

BEAUCHAMP, Tom L. & CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica**. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.

BAGATINI, Júlia; COSTA, Marli Marlene Moraes da. A responsabilização civil dos profissionais da saúde por violência obstétrica: uma análise a partir do gênero feminino. **Revista Jurídica (FURB)**, [S.l.], v. 24, n. 54 (2020), p. e9201, jan. 2021. ISSN 1982-4858. Disponível em: <<https://bu.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/9201>>. Acesso em: 15 out. 2022

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Indicadores da atenção à saúde materna e neonatal**. Brasil: ANS, 2019. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYzBjZGI5YmMtOTExNy00MjVhLTk2NmMtN2NiOTYyNWVhYWE1IiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 09 abr. 2023.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Portal da Câmara dos Deputados**. 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/busca-portal?contextoBusca=BuscaProposicoes&pagina=1&order=relevancia&abaEspecificas=true&q=viol%C3%Aancia%20obst%C3%A9trica>. Acesso em: 02 mai. 2023.

BRASIL. Lei nº 8080, 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, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 09 abr. 2023.

BRITO, C. M. C. de; OLIVEIRA, A. C. G. de A.; COSTA, A. P. C. de A. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 120–140, 2020. DOI: 10.17566/ciads.v9i1.604. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/604>. Acesso em: 15 out. 2022.

BURGEL, Leticia. **O risco permitido em Direito Penal**. 2017. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Disponível em:
<https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/12176/1/000489325-Texto%2BCompleto-0.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2023.

CNN BRASIL. **Anestesista acusado de estuprar mulher durante parto tem registro profissional cassado.** 2022. Disponível em:
<https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/anestesista-acusado-de-estuprar-mulher-durante-parto-t-em-registro-profissional-cassado/>. Acesso em: 12 abr. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Nota à imprensa e à população.** Brasília: Cfm, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2023.

CORRÊA, Ana Paula Dias; TORRES, Iraíldes Caldas. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PANDEMIA DE COVID-19: reflexões sobre a qualidade da atenção ao parto e nascimento no Amazonas e no Brasil. In: **SEMINÁRIO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, INTERSETORIALIDADE E FAMÍLIA: INFLEXÕES DA PANDEMIA COVID 19 NA VIDA**, 3., 2020, Porto Alegre. Anais [...] . Porto Alegre: PUCRS, 2020. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/serpinf-senpinf/assets/edicoes/2020/arquivos/99.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2023.

COSTA, Jessica Hind Ribeiro. **Uma breve análise da violência obstétrica à luz da teoria principialista da bioética.** Migalhas. 2022. Disponível em:
<https://www.migalhas.com.br/coluna/migalhas-de-direito-medico-e-bioetica/373615/uma-analise-da-violencia-obstetrica-a-luz-da-bioetica>

DEPARTAMENTO DE ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (Brasil). Secretaria em Vigilância e Saúde. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna.** 2021. Disponível em:
<https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 09 abr. 2023.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil:** inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em:
https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 28 abr. 2023.

FATTORELLI, Maíra Miranda. **Notas sobre a precariedade e a invisibilidade da morte materna**. 2019. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Departamento de Direito da Puc-Rio, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/46415/46415.PDF>. Acesso em: 11 out. 2022.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**: RGBO. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas-rbgo>. Acesso em: 09 abr. 2023.

FERRARI, Anna Paula; CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 75-88, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600010007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/g7XYsw5B8vsRD3bpy5C5rkz/?lang=pt>. Acesso em: 02 jun. 2023.

FERREIRA, Maíra Soares. **Pisando em óvulos**: a violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres. 2019. 204 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/9989>. Acesso em: 08 abr. 2023.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. 2010. Disponível em: http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acesso em: 13 out. 2022.

G1: Em SC, maternidades vetam presença de acompanhante durante o parto em meio à pandemia de coronavírus. Santa Catarina, 31 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2020/03/31/em-sc-maternidades-vetam-presenca-de-acompanhante-durante-o-parto-em-meio-a-pandemia-de-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 09 abr. 2023.

GRECIA, Luana Marques Romano; LOPES NETO, David; DIAS, Valéria Pacheco; MOISÉS, Mitsi Silva. **Percepção e Ações de Doulas no Processo de Humanização do Parto**. Reme Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 23, 06 jul. 2019. Universidade Federal de Minas Gerais - Pró-reitoria de Pesquisa. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190057>. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1353>. Acesso em: 15 mar. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO DE FAMÍLIA. **Advogada explica como funciona o Biodireito e qual a relação da área com o Direito de Família.** 2022. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/noticias/9993/javascript;>. Acesso em: 09 abr. 2023.

LEAL, Maria do Carmo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; FILHA, Mariza Miranda Theme; DIAS, Marcos Augusto Bastos; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; BASTOS, Maria Helena; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 17-32, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00151513>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWfGd/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2023.

MATO GROSSO DO SUL (Estado). Lei nº 5217, de 26 de junho de 2018. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. Campo Grande, MS, 27 jun. 2018. Disponível em: https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO9684_27_06_2018. Acesso em: 05 mar. 2023.

MIGALHAS. **Juiz rejeita denúncia contra médico Renato Kalil por parto de Shantal:** para o magistrado, frases foram retiradas de contexto e não ficaram demonstrados materialidade e dolo sobre as alegações. 2022. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/quentes/376409/juiz-rejeita-denuncia-contramedico-renato-kalil-por-parto-de-shantal>. Acesso em: 09 abr. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **OFÍCIO Nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.** Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 13 abr. 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Recomendação nº 29/2019.** São Paulo: MPF, 2019. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf/. Acesso em: 13 abr. 2023.

OLIVEIRA, Kenny Stephanny Souza; GIORDANO, Jade Ventura. A luta pela proteção da mulher vítima de violência sexual no processo judicial: uma análise do projeto de lei Mariana

Ferrer. In: SILVA, Maynara Costa de Oliveira; SIQUEIRA, Laurinda Fernanda Saldanha (org.). **Maternidade Aborto E Direitos Da Mulher**. São Luís: Expressão Feminista, 2021. Cap. 2. p. 07-12. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maynara-Costa-2/publication/351038426_livro_maternidade_aborto_e_direito_da_mulher/links/6080ad2d907dcf667bb5af2d/livro-maternidade-aborto-e-direito-da-mulher.pdf#page=14. Acesso em: 13 abr. 2023.

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. UNESCO (Portugal). **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Lisboa: Comissão Nacional da UNESCO, 2006. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acesso em: 13 abr. 2023.

REGO, Sergio; GOMES, Andréia Patrícia; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Bioética e Humanização como Temas Transversais na Formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 32, p. 482-491, 03 jan. 2008. Disponível em: https://web.archive.org/web/20170808071025id_/http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a11.pdf. Acesso em: 15 mar. 2023.

ROXIN, Claus. A teoria da imputação objetiva. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v. 38, n. 11, p. 11-24, abr. 2002. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56948210/A_TEORIA_DA_IMPUTAO_OBJETIVA_1._artigo_claus_roxin_3-libre.pdf?1530970990=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DA_TEORIA_DA_IMPUTACAO_OBJETIVA.pdf&Expires=1684339934&Signature=D8q0yoOLuljjJH9Wy8uOygb2-nftutKIDKRx9EcvlDUHjo66X7hYP4HV4IuzGH7oFMmv3SiuzZiiqrBT2jrLiLu3Pym5xthzy0V60TCRlldWwEi4rdNoE2lblIqa5Mh8AM3hnAi8j15eUaESg3lJVvTsEzHWlg9gurBEol7gu2xirETOCwkaIPNNSdBH49PYzaNMKaTgzoaCBnVse3x-M0aLR LQA2xeSW4t00hJQZfgo7uMqFPG4ZxOBvZIEHJ4vAtp3~SMPv-6Zynn5GbzC69OeT1fYdtMSgpcwT-4SWsVrzbLZUXdtCN81nwYR8hqiwyFYF81eW6E-UGAOHNE9XjPIQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA. Acesso em: 05 mar. 2023.

ROXIN, Claus. **Estudos de Direito Penal**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Processo nº 1541195-03.2021.8.26.0050. PD 1329/2022. Averiguado: Renato Kalil. Relator: Juiz de Direito Carlos Alberto Corrêa de Almeida Oliveira. **Diário da Justiça Eletrônico**. São Paulo, 31 out. 2022. p. 860-877. Disponível em:

https://www.migalhas.com.br/arquivos/2022/11/2EE1D6BF7EDECf_decisaoshantal.pdf.

Acesso em: 09 abr. 2023.

SANTA CATARINA (Estado). Lei nº 18322, de 05 de janeiro de 2022. Consolida as Leis que dispõem sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Florianópolis, SC, Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2022/18322_2022_lei.html#:~:text=Estabelece%20regime%20de%20assist%C3%Aancia%20especial,inser%C3%A7%C3%A3o%20no%20mercado%20de%20trabalho. Acesso em: 28 abr. 2023.

Sistema de Informações Sobre Mortalidade. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. Brasil: Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/?s=MSQyMDIyJDEkMSQzNSQ3NiQxJDEkMCQzMDA2JDAkNSQxJDMwMDAwMSQw>. Acesso em: 11 out. 2022.

World Health Organization. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**: Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas. OMS, Organização Mundial de Saúde. Genebra: OMS; 2016. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 13 out. 2022.

World Health Organization. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. OMS, Organização Mundial de Saúde. Genebra: OMS; 2002. Version of the Introduction to the World Report on Violence and Health (WHO): Geneve: WHO, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2023.

World Health Organization. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. OMS, Organização Mundial de Saúde. Genebra: 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 13 out. 2022.

World Health Organization. **WHO recommendations:** Intrapartum care for a positive childbirth experience. OMS, Organização Mundial de Saúde. Genebra: 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf> e https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5087552/mod_resource/content/1/Recomendac%CC%A7o%CC%83es%20OMS%202018.pdf. Acesso em: 13 out. 2022.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos de; HABIGZANG, Luísa Fernanda. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 29, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/#>. Acesso em: 15 mar. 2023.