

Renata Araujo de Paiva

**Violência Obstétrica: uma análise sobre
os discursos jurídicos no Poder
Judiciário Brasileiro**

Tese de Doutorado

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutora em Direito pelo Programa
de Pós-graduação em Direito, do Departamento de
Direito da PUC-Rio.

Orientadora: Prof^ª. Adriana Vidal de Oliveira

Rio de Janeiro,
dezembro de 2025.



Renata Araujo de Paiva

**Violência Obstétrica: uma análise sobre
os discursos jurídicos no Poder Judiciário
Brasileiro**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção
do grau de Doutor pelo Programa de Pós-graduação em
Direito do Departamento de Direito do Centro de Ciências
Sociais da PUC-Rio.

Prof^a. Adriana Vidal de Oliveira
Orientadora
Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof^a. Márcia Nina Bernardes
Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof. Vitor de Azevedo Almeida Júnior
Departamento de Direito – PUC – Rio

Prof. Fernando da Silva Cardoso
PPGSDS - UPE

Prof. Ana Paula Sciammarella
PPGD – UNIRIO

Rio de Janeiro, 09 de dezembro de 2025.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Renata Araujo de Paiva

Graduada em Direito pela PUC-Rio em 2002, pós-graduada em Direito Empresarial pela FVG-RJ em 2003, mestre pela PUC-Rio em 2020, advogada. Interesses de pesquisa nas áreas de feminismo, direitos sexuais e reprodutivos e direito à saúde.

Ficha Catalográfica

Paiva, Renata Araujo de

Violência obstétrica: uma análise sobre os discursos jurídicos no Poder Judiciário Brasileiro / Renata Araujo de Paiva; orientadora: Adriana Vidal de Oliveira. – 2025.

220 f.; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito, 2025.

Inclui bibliografia

1. Direito – Teses. 2. Violência obstétrica. 3. Violência de gênero. 4. Direitos fundamentais. 5. Erro médico. 6. Teoria crítica feminista. I. Oliveira, Adriana Vidal de. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Direito. III. Título.

Dedicatória

Dedico este trabalho a Laís, Cecília e Isabela,
minhas inspirações na busca de um futuro
melhor.

Agradecimentos

A realização desta pesquisa contou com a colaboração de muitas pessoas, direta ou indiretamente e minha querida orientadora foi fundamental para a sua conclusão. Agradeço à Adriana pelo acolhimento, atenção, pela partilha do conhecimento que permitiu o aprofundamento do tema, pelas conversas nas quais a troca de experiências teve grande significado e pelo incentivo a cada etapa do percurso.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação da PUC pelas aulas e textos que despertaram percepções e ampliaram o conhecimento, com um agradecimento especial à professora Rosângela e à professora e amiga Thula, por debates e discussões que permitiram a revisão de conceitos e posicionamentos de extrema relevância, auxiliando não só minha trajetória acadêmica, mas também de vida. Agradeço ao Anderson e à Camen, pela atenção e disponibilidade para atender às dúvidas e orientar em todas as formalidades do programa.

Às companheiras de estudos, Luísa, Kenya, Maísa e Letícia pelo acolhimento e cumplicidade constantes e aos colegas de turma pelas trocas enriquecedoras ao longo do curso. Agradeço a minhas queridas amigas Ana Luísa, pelo apoio e grande incentivo durante todo o curso do doutorado, Daniela e Sandra, por inúmeras conversas e suporte emocional.

Agradeço, especialmente, a Felipe, Cecília e Isabela a quem devoto meus mais puros sentimentos e maiores anseios, que me motivam a buscar minha melhor versão, diariamente, e me apoiaram neste longo processo com paciência durante as horas dedicadas ao estudo nos finais de semana, férias e madrugadas. A vida de pesquisadora e mãe depende em grande parte do apoio familiar e, por isso agradeço a minha tia Valéria pelo cuidado com as crianças, incentivo incansável e o acolhimento em momentos difíceis.

Agradeço a meus irmãos, Rogério e Renan pela torcida sincera de toda uma vida juntos! A minha cunhada Débora, enfermeira obstétrica, com a qual troquei muitas ideias sobre o tema da pesquisa e a meus sogros Elenice e Antônio pelo carinho de sempre.

Finalmente, meu agradecimento especial é para meus pais, Regina e Rogério, meus exemplos de seres humanos, pais e médicos. Tenho certeza de que estariam orgulhosos dos caminhos por mim percorridos nesta jornada.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Agradeço à CAPES e à PUC-Rio pelo apoio disponibilizado.

Resumo

Paiva, Renata Araujo de. Oliveira, Adriana Vidal de. **Violência Obstétrica: análise dos discursos jurídicos no Poder Judiciário brasileiro**. Rio de Janeiro, 2025. Tese de Doutorado. Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A expressão violência obstétrica é carregada de muitos significados. Rejeitada pela classe médica, ela traduz uma incessante busca pela ruptura com os padrões de estruturas violentas, identificadas no mundo inteiro. Diante das controvérsias e polêmicas que ela carrega, este trabalho pretende analisar como os discursos jurídicos a seu respeito vem sendo construídos, especialmente no que concerne ao Poder Judiciário, sob a perspectiva crítica feminista na ótica de Katharine Bartlett, Roberta Cook e Simone Cusack, com amparo na teoria da interseccionalidade. A partir da análise de tais mecanismos, considerando fatores como o racismo estrutural, classe e as disputas políticas que envolvem a atenção de saúde da mulher, bem como o arcabouço legal atual, pretende-se traçar um panorama da forma como o tema vem sendo tratado no Judiciário brasileiro. A abordagem busca identificar se a própria expressão “violência obstétrica” é utilizada nos julgados, bem como de que forma se dá a instrução probatória no contexto de complexidades que cercam a sua demonstração, especialmente diante das limitações do conceito de erro médico que geralmente é associado à sua ocorrência.

Palavras-chave

violência obstétrica, violência de gênero, direitos fundamentais, erro médico e teoria crítica feminista.

Abstract

Paiva, Renata Araujo de. Oliveira, Adriana Vidal de. (Advisor)
Obstetric violence: analysis of legal discourse in Brazilian judicial system. Rio de Janeiro, 2025. Tese de Doutorado.
Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The recently emerged term obstetric violence, is capable of great meaning and possibilities. Resulting from the struggle for rupture from oppressing structures of power imposed upon pregnant women's bodies in facility-based childbirth and other health services, this term is as polemic and powerful as the violence experienced by women all over the world. Considering the debates over this expression, the present research hopes to analyze the legal discourse about pregnant women's rights violation in Brazilian's Courts of Appeal, using Katharine Bartlett's perspective of feminist methods, and a gender-based violence perspective. Based on this analysis and considering facts such as structural racism, class and political disputes that surrounds women's health-care attention, as well as the legal available support, it is hoped to provide an overview of legal discourses on obstetric violence in Brazilian current legal landscape, investigating the use of the expression "obstetric violence" in court and the limitations caused by the concept of medical malpractice in such cases.

Keywords

obstetric violence, gender-based violence, human rights, medical malpractice.

SUMÁRIO

1 – Introdução	12
2- Violência obstétrica um conceito em construção	15
2.1 – Violência obstétrica no panorama de saúde mundial	15
2.2 – As proteções legais asseguradas pelo direito brasileiro	19
2.3 – Caracterizando a ocorrência da violência obstétrica	26
2.3.1 Definição e estabelecimento de parâmetros para identificar a violência obstétrica	26
2.3.2 - Diante da natureza da relação médico-paciente	30
2.3.3 – Diante da relação de consumo com as seguradoras e nas redes hospitalares pública e particular	38
2.3.4 – Mecanismos de regulamentação e fiscalização	43
3 – Uma violência de gênero: a descaracterização da violência obstétrica como erro médico	49
3.1 – A caracterização da culpa do médico no direito brasileiro	50
3.2 – Outro lugar, mesma história: a violência obstétrica como um problema de saúde pública mundial	56
3.2.1 – Reconhecimento pela Organização Mundial de Saúde	56
3.2.2 – Organização das Nações Unidas	58
3.2.3 – Corte Interamericana de Direitos Humanos	64
3.2.4 – Situação nas Américas	68
3.2.5 – Conselho da Europa e Parlamento Europeu	73

3.2.6 – Situação na África, Ásia e Oceania	85
--	----

Quadro comparativo	87
--------------------	----

4 – Desafios à construção do discurso jurídico sobre violência obstétrica

90

4.1 – A instrução probatória, questão dos estereótipos de gênero e o acesso à justiça diante do cenário legal brasileiro	91
--	----

4.2 – A O caso de Adelir Carmen Lemos de Goes - a cesariana forçada pelo poder judiciário	99
---	----

4.3 - Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, perante o Tribunal Regional Federal da 3ª Região	119
---	-----

5 - Análise crítica da tutela jurídica da violência obstétrica no Judiciário brasileiro

125

5.1 – Levantamento jurisprudencial de casos de violência obstétrica nos Tribunais de Justiça - nota metodológica	126
--	-----

5.1.1 – Apresentação dos resultados referentes ao Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro	128
---	-----

a) pesquisa com marcador violência obstétrica	130
---	-----

b) pesquisa com marcador erro médico e parto	131
--	-----

5.1.2 – Apresentação dos resultados referentes ao Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo	134
--	-----

a) pesquisa com marcador violência obstétrica	134
---	-----

5.1.3 – Apresentação dos resultados referentes ao Tribunal de Justiça do Estado Minas Gerais	136
--	-----

5.1.4 - Apresentação dos resultados referentes ao Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo	138
---	-----

5.2 – Análise da jurisprudência à luz da perspectiva de gênero e do conflito	
--	--

probatório	143
5.2.1 – Análise do inteiro teor dos julgados encontrados na pesquisa no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro	143
a) análise dos julgados com marcador violência obstétrica	143
b) análise dos julgados com marcadores erro médico e parto	149
5.2.2 - Análise do inteiro teor dos julgados encontrados na pesquisa no Tribunal de Justiça de São Paulo	154
5.2.3 - Análise do inteiro teor dos julgados encontrados na pesquisa no Tribunal de Justiça de Minas Gerais	169
a) análise dos julgados com marcador “violência obstétrica”	169
b) análise dos julgados com marcador “erro médico” e “parto”	170
5.2.4 - Análise do inteiro teor dos julgados encontrados na pesquisa no Tribunal de Justiça do Espírito Santo	180
5.3 – Conclusão sobre os resultados obtidos	188
6 – Conclusão	191
7 – Referências	195

1**Introdução**

Este trabalho é fruto de uma grande inquietação a respeito das razões que conduzem às violências de gênero na atualidade e se apresenta como um desdobramento da pesquisa desenvolvida no curso de mestrado, nesta mesma casa, onde foi possível explorar os caminhos que nos trouxeram ao grave contexto da violência obstétrica. Naquele trabalho o estudo foi voltado às causas mais profundas do problema, com base teórica em Michel Foucault, para investigação das relações de poder-saber que se ramificam pela sociedade e possibilitam a invisibilidade das violações de direitos das mulheres em situação gestacional, além da identificação dos mecanismos de prevenção e reparação existentes na legislação brasileira. A análise foi realizada a partir da teoria da interseccionalidade proposta por Kimberlé Crenshaw, contando com as contribuições das intelectuais do movimento feminista negro no Brasil, em especial Sueli Carneiro.

Neste momento, no entanto, a pesquisa se direciona à investigação de como a violência obstétrica vem sendo compreendida e abordada no universo jurídico, mais especificamente nos julgados que tratam de sua ocorrência nos Tribunais de Justiça do País. A luta contra a violência obstétrica está ganhando força e eco em escala global, impulsionada pelos movimentos de mulheres, trazendo à luz as violências normalizadas na sociedade, debatendo-as e nomeando-as, com vistas à tomada de providências e pavimentar caminhos para mudar as estruturas sociais. Um grande avanço já foi alcançado com a sua identificação e nomeação e, principalmente, com o apontamento de que se trata de uma violência institucional.

Sua ocorrência se apresenta por uma série de atos e omissões por parte dos profissionais de saúde e todo o corpo de funcionários de uma instituição de saúde.

É possível elencar em uma lista não exaustiva os seguintes: tratamento desrespeitoso, violência verbal ou física, restrição da liberdade de movimento, uso de amarras, algemas ou constrição física por terceiros, negativa de ingestão de líquidos ou alimentos, recusa da presença de um acompanhante durante todo o atendimento, parto e pós-parto, recusa ou demora no tratamento, negativa de recursos para alívio da dor, farmacológicos ou não, restrição da autonomia privada, realização de procedimentos invasivos sem necessidade ou sem consentimento da parturiente, recusa ou negligência de informações relativas ao processo gestacional, parto e abortamento.

Todas essas condutas têm sido objeto de grande debate, sendo que a realização da cirurgia cesariana sem indicação clínica ganhou notoriedade em virtude dos altos percentuais realizados no país em contrariedade aos índices recomendados pela Organização Mundial de Saúde. Esta modalidade de parto foi identificada pela OMS como um dos fatores que concorrem para os altos índices mundiais de morte materno-infantil, inobstante a existência de técnicas e tecnologia capazes de evitar grande parte das ocorrências. O órgão recomenda que no máximo 15% dos partos sejam realizados através de cirurgias cesarianas, mas no Brasil o percentual é de aproximadamente 52% dos partos realizados. Considerando-se somente os dados referentes aos hospitais particulares, este índice sobe para alarmantes 84% e, considerados aqueles realizados no setor público, o índice é de 46%.¹

O Brasil tem se destacado também, como um dos países que tem adotado providências para modificação do panorama de violência obstétrica, seja através das iniciativas do poder público com a implementação de uma série de programas que visam a melhoria da atenção voltada à saúde da mulher e da criança desde o parto², seja através dos movimentos sociais que impulsionam boa parte dessas políticas públicas.

¹Projeto Nascer Brasil Fundação Oswaldo Cruz
<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/>

² Nos últimos anos foram implementados os seguintes programas e políticas de saúde direcionados à mulher: Programa de Humanização do Parto e Nascimento (2000) Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS (2003), Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2014) Rede Cegonha (2011)

Ainda assim, o Brasil luta contra altos índices de mortalidade materna e infantil, precariedade do atendimento de saúde da maioria da população usuária da rede pública, o que influi diretamente na ocorrência de violência obstétrica e uma resistência por parte do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Medicina ao reconhecimento da violência obstétrica e da aceitação das medidas de prevenção³.

O ambiente de tensões entre sociedade civil, Conselhos Federal e Regionais de Medicina e governo federal é diretamente relacionado à cultura médica intervencionista de atenção ao parto prevalecente no país, que perpetua uma atuação médico-hospitalar com a realização de procedimentos invasivos e muitas vezes sem comprovação científica, tais como episiotomia, hormônios para acelerar o parto, repetidos exames de toque, raspagem de pelos pubianos, lavagem intestinal e manobra de Kristeller⁴.

A violência obstétrica, no entanto, não se manifesta apenas neste contexto intervencionista, na realidade, uma das suas manifestações mais duras ocorre com a negativa de prestação adequada de atenção médica manifestada no contexto de preconceito e racismo institucional, que atinge a maior parcela da população, através de pré-natal inadequado, recusa na realização de procedimentos de alívio da dor, tratamento violento da mulher, agravando ou ocasionando sofrimento, recusa ao atendimento, gerando a peregrinação à procura de leito hospitalar e negativa de realização de parto cirúrgico, quando há indicação.

É este cenário de complexidades que impulsiona a presente pesquisa, com o objetivo de identificar a forma como se dá a construção do discurso jurídico sobre violência obstétrica nos Tribunais de Justiça, ou seja, se há compreensão de seu real conceito no ambiente judicial, com aplicação dos dispositivos legais existentes na legislação brasileira.

³ Estas tensões chegaram a ocasionar a adoção de uma postura contraditória do Ministério da Saúde ao publicar um despacho em 19/05/2019 proibindo o uso institucional da expressão violência obstétrica, em atenção a um parecer do Conselho Federal de Medicina.

⁴ A ambiência de disputas e dificuldades com os Conselhos Federal e Regionais de Medicina foi mais detalhadamente abordada na dissertação de mestrado “Violência Obstétrica: um mecanismo conformador do sujeito feminino” por PAIVA, Renata Araujo, orientada pelas professoras Gisele Guimarães Cittadino e Thamís Dalsenter Viveiros de Castro no Programa de Pós-Graduação em Direito da PUC-Rio, junho de 2020.

Através desta pesquisa, busca-se fazer um diagnóstico do tratamento do tema pelo Judiciário brasileiro, identificando se a expressão “violência obstétrica” é reconhecida nos julgados e as reais possibilidades de acesso à justiça às mulheres que dela são vítimas, diante dos desafios enfrentados para a comprovação de sua ocorrência.

O trabalho se inicia com a apresentação do panorama da construção do próprio conceito de violência obstétrica, sob a ótica internacional e principalmente diante das previsões legais atualmente existentes no país, ressaltando os diplomas internacionais de proteção de direitos humanos das mulheres recepcionados pelo Brasil. Neste capítulo ainda serão abordados os parâmetros para identificar a violência obstétrica diante da natureza da relação médico-paciente, da relação de consumo entre gestante e hospital, gestante e operadoras de planos de saúde e os mecanismos de regulamentação e fiscalização em curso no país.

No capítulo seguinte será abordada a necessidade de que seja descaracterizada a violência obstétrica como uma ocorrência de erro médico, através de demonstração de que sua ocorrência é uma forma de violência de gênero, reconhecida em escala mundial, com a apresentação de algumas iniciativas identificadas em frentes internacionais. Esta abordagem contará com apresentação do conceito de erro médico na legislação brasileira e demonstração de que este instituto não é capaz de compreender todas as situações que compõem o espectro da violência obstétrica.

O terceiro capítulo será dedicado a abordar alguns desafios relacionados à construção do discurso jurídico sobre violência obstétrica no Brasil, a partir do referencial teórico de Katharine Bartlett, no que diz respeito à utilização da metodologia feminista para a análise crítica do direito e de Rebecca Cook e Simone Cusack sobre a influência negativa dos estereótipos de gênero presentes no discurso jurídico.

A partir destas perspectivas serão apresentados dois casos de grande relevância sobre a temática dos direitos das mulheres, especialmente em relação à saúde e que apresentam abordagens opostas. O primeiro é a análise da sentença da ação indenizatória movida por Adelir Carmen Lemos de Góes após estar diante da impensável situação de ser obrigada por força de ordem judicial a realizar uma cirurgia cesariana contra sua vontade.

O segundo é a Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público Federal contra a Agência Nacional de Saúde para a adoção de regulamentação capaz de combater os altos índices de partos por cirurgia cesariana no País, que apresentou ganhos muito significativos, a mesmo sem que haja até o momento, uma redução dos índices. Pretende-se, com a análise destes casos, identificar os impactos causados pelos estereótipos de gênero e a relevância da perspectiva crítica feminista em casos que envolvam a violência obstétrica.

No último capítulo serão apresentados os dados referentes à pesquisa jurisprudencial nos Tribunais de Justiça da Região Sudeste, realizada com os métodos quantitativo e qualitativo, em duas frentes. Na primeira, buscou-se identificar se o termo “violência obstétrica” é encontrado nas ementas dos julgados, ou seja, reconhecido como tema que compõe a natureza das demandas e a segunda parte se dedica a identificar no conteúdo das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça, a forma como foi analisada a sua ocorrência para seu reconhecimento ou afastamento nas decisões, observando a aplicação ou não dos dispositivos legais existentes para preservação dos direitos das mulheres. Com estas ferramentas, pretende-se compreender se a violência obstétrica vem sendo identificada, tanto pelas partes, quanto pelos órgãos julgadores, além de identificar a ótica sob a qual o tema é avaliado pelos Tribunais de Justiça.

2

Violência obstétrica: um conceito em construção

Este capítulo tem por objetivo apresentar a definição da violência obstétrica no contexto atual, levando em consideração a visão internacional do fenômeno, diante da constatação de sua ocorrência em escala global. A partir de um ponto de vista inicialmente ligado à saúde da mulher, as práticas de atendimento de gestantes, puérperas e mulheres que sofreram abortos têm sido constantemente revisadas, com a proposta de novas práticas voltadas à preservação dos direitos humanos tanto da mulher, quanto do bebê.

A legislação federal brasileira ainda não dispõe de uma definição específica de condutas que resultam em violência obstétrica, pois o tema não é pacífico no meio médico, mas existem disposições legais, tanto em tratados internacionais recepcionados pela legislação brasileira, quanto em algumas leis estaduais, municipais e federais, que abordam os direitos das mulheres e indicam práticas para assegurar o tratamento adequado.

A partir deste contexto é que será abordada a caracterização da violência obstétrica de forma mais ampla, tanto no cenário brasileiro quanto no mundial, bem como serão avaliadas suas possibilidades de ocorrência e prevenção diante da legislação brasileira, através da avaliação das relações desenvolvidas entre médicos, pacientes, operadoras de planos de saúde e rede pública.

2.1 - Violência obstétrica no panorama de saúde mundial

Expressão cercada de polêmicas, violência obstétrica é a designação utilizada no Brasil, nos países da América Latina e em alguns outros países do mundo para definir a violação dos direitos das mulheres⁵ durante o atendimento relacionado à gestação, parto, pós-parto e abortamento.

⁵ Esta forma de violência abarca mulheres e pessoas transgênero que gestam, mas o presente trabalho se detém na análise voltada aos direitos das mulheres em função da escassez de dados, especialmente no que diz respeito à população transgênero.

Resultante de um longo processo de questionamentos e denúncias a respeito da condução da atenção médica destinada às mulheres, o tema da saúde da mulher e os direitos da gestante já faziam parte de debates mundiais há anos, quando a Organização Mundial de Saúde – OMS – passou a realizar uma abordagem direcionada à questão da violência contra a mulher na saúde. Isto se deu com a publicação do documento denominado “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”⁶, após um levantamento de informações sobre o atendimento de saúde de gestantes em vários países.

A relevância deste documento reside não só no fato de que nele a OMS, além de noticiar que as mulheres são vítimas de tratamento violento ligado à gestação em todo o mundo, reconhece que tais situações se caracterizam como violação aos direitos humanos das mulheres e resultam em um problema de saúde pública mundial, mas também no fato de que a organização convoca o diálogo internacional sobre o tema da violência obstétrica, ainda que não use diretamente o termo. Como um divisor de águas, o documento ressalta as dificuldades de se obter um consenso internacional sobre como definir e medir cientificamente o problema do tratamento desrespeitoso de mulheres durante o período gestacional, mesmo existindo evidências de tratar-se de situação amplamente disseminada pelo mundo, e reconhece a necessidade da adoção de medidas voltadas às “mudanças na conduta dos profissionais de saúde, dos ambientes clínicos e sistemas de saúde, para garantir que todas as mulheres tenham acesso à assistência respeitosa, competente e atenciosa.”⁷

O tema da violência obstétrica, no entanto, já vem sendo objeto de debates nos países que compõem a América Latina há vários anos, sendo relevante destacar que a Venezuela já conta com a definição de violência obstétrica desde 2007 no artigo 15 da Lei Orgânica sobre o direito da Mulher a uma vida livre de Violência, lei n° 38668 e a Argentina, desde 2009 na Lei

⁶ O documento foi publicado em 2014, íntegra obtida no endereço http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/who_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=95014115350CC7C8907822D6703D4339?sequence=3 Último acesso em 19/11/2024.

⁷ Ibidem, pg. 2.

de Violência Contra a Mulher nº 26.485/2009⁸. Outros países que também adotaram leis referentes aos direitos das gestantes e parturientes são Brasil, Bolívia, Panamá e México.

Seguindo a investigação a respeito desta forma de violência contra a mulher, a Organização das Nações Unidas – ONU apresentou um relatório especial no qual realizou um levantamento dos relatos de violência, em escala global constatando a sua ocorrência no sistema de saúde ao redor do mundo⁹, observando que em algumas situações as técnicas médicas e algumas práticas locais utilizadas nos atendimentos se revelavam como verdadeiras torturas das gestantes¹⁰. O relatório parte de uma abordagem de direitos humanos, compreendendo a violência obstétrica¹¹ como integrante da violência estrutural da sociedade patriarcal, somada à falta de treinamento adequado do corpo de saúde quanto à compreensão dos direitos humanos das mulheres, e busca identificar as causas de sua ocorrência, bem como apresentar recomendações às nações sobre como assegurar que não ocorram.

Dentre as violências identificadas estão violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa

⁸ Instituto Artemis, “Na Argentina e na Venezuela a violência obstétrica é reconhecida como um crime cometido contra as mulheres” <https://www.artemis.org.br/violencia-obstetrica> CR Williams, C Jerez, K Klein, M Correa, JM Belizán, G Cormick. *Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth*. Publicado em 04/05 2018, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15270>. Obtido no endereço: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.15270>. Acesso em 17/02/2020.

⁹ *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde* O documento foi publicado em 2014, Íntegra obtida no endereço http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/who_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=95014115350CC7C8907822D6703D4339?sequence=3. Último acesso em 14/02/2020.

¹⁰ Alguns exemplos apresentados pelo relatório da ONU são a utilização de uma técnica denominada simfisiotomia, na Irlanda até os anos de 1990, consistente na incisão na sínfise púbica para aumento da pelve, que deixou inúmeras mulheres com sequelas para o resto de suas vidas, o acorrentamento ou amarração das mulheres encarceradas durante o parto ou no pós-parto e a detenção de mulheres após o parto em virtude da incapacidade de pagamento dos custos hospitalares.

¹¹ O relatório se refere a violência sofrida pelas mulheres na atenção ao parto hospitalar utilizando o termo violência obstétrica. *Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence* – ONU. 2019. obtido no endereço <https://undocs.org/en/a/74/137> acesso em 07/01/2025.

de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida. O documento ainda relata a identificação de outras formas de violências atingindo especialmente mulheres e adolescentes em situações de vulnerabilidade social.

O Relatório foi discutido na Assembleia Parlamentar no Conselho da Europa¹², dando origem a uma Resolução na qual foi reconhecida a necessidade de combate à violência de gênero, em especial, a violência obstétrica¹³. É importante ressaltar que tanto o Relatório da ONU quanto a Resolução da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa utilizam as expressões *obstetrical violence* e *gynaecological violence*, cuja tradução livre para o português seriam violência obstétrica e violência ginecológica respectivamente. Na assembleia parlamentar foi ressaltado que esta forma de violência contra gestantes, há muito tempo tem sido ignorada ou é constantemente escondida, ressaltando que a Argentina e a Venezuela são países nos quais a legislação reconhece sua ocorrência e estabelece punições.

Este documento cita alguns casos de violência obstétrica como a episiotomia e toques sem consentimento, intervenções dolorosas sem anestesia e comportamento sexista, reconhecendo que tais situações são decorrentes da cultura patriarcal predominante na sociedade e que também está presente no ambiente médico.

O relatório da ONU relaciona como uma das causas da violência sofrida por mulheres nos atendimentos médicos as mais variadas formas de preconceitos, tais como o racismo e discriminação das pessoas com deficiências. No caso brasileiro, o racismo tem papel central na ocorrência da violência obstétrica, sendo os casos mais agressivos experimentados por mulheres negras e indígenas, conforme dados do estudo realizado pela Fiocruz¹⁴ que as mulheres negras recebem menos anestésicos nos partos

¹² O Conselho da Europa é uma organização internacional constituída em 1949, ainda sob o forte impacto das devastadoras ocorrências da Segunda Guerra Mundial, composto por 46 Estados membros, com objetivo de defesa dos direitos humanos, democracia e Estado de Direito.

¹³ *Parliament Assembly, Resolution 2309 (2019), Obstetrical and gynaecological violence* <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236>. Último acesso em 09/10/2024.

¹⁴ LEAL, Maria do Carmo. “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.”

vaginais e nos procedimentos de episiotomia. Também constata que os índices de inadequação das informações sobre o trabalho de parto e do próprio pré-natal são maiores para as mulheres negras. As mulheres negras também são as que mais sofrem mortes maternas, sendo duas vezes maior o índice do que aquele das mulheres brancas.¹⁵

Cada região ou país certamente apresenta situações específicas relacionadas às causas da violência obstétrica, mas com a abordagem pela OMS e pela ONU a temática ganhou reconhecimento mundial como uma forma de violência contra as mulheres que demanda a tomada urgente de providências. A análise sobre o caráter de violência de gênero e como problema de saúde pública mundial será mais amplamente realizada no capítulo 3.

2.2. Violência obstétrica no direito brasileiro - As proteções legais asseguradas

A Fundação Perseu Abramo¹⁶, juntamente com o SESC, fez uma pesquisa de opinião pública na qual foi apontando que uma a cada quatro mulheres, no Brasil sofre violência obstétrica. Esses dados analisados em conjunto com a pesquisa Nascer no Brasil, realizada pela Fiocruz¹⁷, em que são apresentados os tipos de violência e os perfis das mulheres que as sofrem, indicam um cenário extremamente preocupante e que se revela de forma dramática nos julgados analisados neste trabalho, conforme será demonstrado no capítulo 5.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci_abstract&tlng=pt Último acesso em 28/12/2024.

¹⁵ Notícia publicada no site da Fio Cruz, no endereço eletrônico [https://portal.fiocruz.br/noticia/oficina-do-ms-debate-morte-materna-de-mulheres-negras-no-sus#:~:text=Os%20dados%20do%20SIM%20\(2022,plen%C3%A1ria%20para%20apresenta%C3%A7%C3%A3o%20de%20propostas](https://portal.fiocruz.br/noticia/oficina-do-ms-debate-morte-materna-de-mulheres-negras-no-sus#:~:text=Os%20dados%20do%20SIM%20(2022,plen%C3%A1ria%20para%20apresenta%C3%A7%C3%A3o%20de%20propostas). Último acesso em 28/12/2024.

¹⁶ *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados - Fundação Abramo Perseu e SESC 2010*. Consultado em 23/11/2024.

https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf

¹⁷ Pesquisa Nascer no Brasil – Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento. LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Coordenação Fiocruz. Cad. Saúde Pública vol.30 supl.1, Rio de Janeiro, 2014. Acesso no endereço: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil Consultado em 14/11/2024.

No cenário atual brasileiro a discussão a respeito da violência obstétrica vem ganhando destaque e está no cerne de grandes modificações no que diz respeito aos direitos das mulheres, bem como é objeto de fortes disputas e embates entre profissionais de saúde. Ela se caracteriza por uma série de situações que violam os direitos das gestantes durante o parto, pós-parto e abortamento. Dentre as quais podem ser ressaltados o impedimento ao acompanhante no momento do parto, a restrição da mobilidade e da alimentação da parturiente, recusa de medicamentos analgésicos ou anestésicos, tratamento desrespeitoso por parte do corpo médico, de enfermagem e auxiliares, recusa ou demora na internação, realização de cirurgia cesariana e episiotomia sem indicação clínica, realização de procedimentos invasivos sem autorização da gestante, tricotomia, lavagem intestinal e outros.

A proteção da gestante ainda carece de uma legislação federal que trate especificamente sobre o tema da violência obstétrica, mas o ordenamento jurídico oferece, atualmente, inúmeros dispositivos para a sua tutela. Buscando a fonte principal do ordenamento, verificamos que a Constituição Federal ao assegurar proteção aos direitos fundamentais, contempla o direito à vida, à integridade física, à privacidade, ao acesso à informação, todos essenciais à mulher nos momentos de grande vulnerabilidade da gestação, parto, pós-parto e situações de abortamento.

No âmbito internacional, o Brasil recepcionou vários dispositivos de proteção dos direitos das mulheres, tais como a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW, integralmente recepcionada pelo Decreto 4.377/2002¹⁸, que assegura no artigo 12, que às mulheres deve ser garantida a igualdade de direito ao acesso a serviços médicos, inclusive referentes ao planejamento familiar, o que pode ser considerado um momento preparatório ao amplo reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos das mulheres.

¹⁸ A convenção foi realizada em 1979, recepcionada, com reservas aos artigos 15, § 1º e 16, § 1º, alíneas a, c, g, h, pelo Decreto Legislativo nº 93/1983, posteriormente revogado pelo Decreto nº 26/1994, que reconheceu a retirada das reservas.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará¹⁹ – ratificada pelo Brasil em 1995, afirma no preâmbulo que a violência contra a mulher é violação de direitos humanos e liberdades fundamentais, limitando ou impedindo seu exercício. O artigo 2º reconhece que a violência contra a mulher pode ser física, sexual e psicológica, elencando, em uma lista não exaustiva, circunstâncias nas quais pode ocorrer, que englobam além do âmbito familiar ou doméstico, a comunidade e serviços de saúde podendo ser cometida por qualquer pessoa. O artigo 6º, por sua vez, afirma que o direito de ser livre abrange *“o direito da mulher a ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação.”*

Com a Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo, de 1994, os direitos reprodutivos passam a ser reconhecidos internacionalmente como direitos humanos, em uma estratégia para obtenção do reconhecimento dos Estados de que estes direitos deveriam ser parte de políticas públicas e programas de saúde reprodutiva, também como parte do combate à pobreza. Em 2014, no 20º aniversário da convenção, a Assembleia Geral realizou uma sessão especial, cobrando que os países cumprissem os compromissos então assumidos e lançou o Relatório Global das Nações Unidas sobre CIPD para além de 2014, com as questões emergentes, lacunas e desafios, com a afirmação de que direitos humanos e dignidade individual estão no cerne do desenvolvimento. Este relatório consagra os direitos reprodutivos como direitos humanos, ao afirmar que eles incorporam certos direitos que já são reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais sobre direitos humanos²⁰.

¹⁹ Íntegra do documento encontrada no endereço eletrônico da Comissão Interamericana de Direitos Humanos: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Último acesso em 14/02/2020.

²⁰ Programme of action, para 7.3: “[R]eproductive rights embrace certain human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus documents. These rights rest on the recognition of the basic right of all couples and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so, and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health. It also includes their right to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence, as expressed in human rights documents.” Relatório Global de Revisão da CIPD, obtido no endereço https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD_beyond2014_EN.pdf. Acesso em 21/01/2020.

O enfoque do documento é na prevenção da mortalidade materna decorrente da falta de políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva da mulher, métodos contraceptivos e legalização do aborto para assegurar procedimentos seguros.

No âmbito interno são encontrados projetos de lei que buscam definir a violência obstétrica²¹ em trâmite na Câmara dos Deputados. O Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde vem dando maior destaque à questão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres desde os anos 2000, com a adoção de programas e políticas públicas voltados à saúde da mulher²². Ainda que tais programas sejam cruciais na modificação dos paradigmas na atenção médica da gestante, o fato é que também é necessária a ampliação dos debates referentes à violência obstétrica, que é um problema comum na vida das mulheres.

A legislação nacional oferece vários diplomas legais que asseguram direitos das mulheres. No âmbito federal a Lei do Planejamento Familiar nº 9.263/96 que regulamenta o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, garante o direito ao atendimento médico e pré-natal durante o período gestacional e de pós-parto, bem como acesso à informação e regulamentados os casos de esterilização cirúrgica, com o estabelecimento de penalidades para o descumprimento do previsto em lei. A Lei nº 8.069/1990, Estatuto da Criança e Adolescente com alteração da Lei nº 13.257/2016 estabelece como direitos fundamentais, o direito à vida e à saúde, assegurando à gestante direito ao acompanhante, vinculação ao estabelecimento onde será realizado o parto, apoio à amamentação, apoio psicológico à gestante, atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, direito ao pré-natal.

A Lei nº 11.108/2005 que altera as disposições da Lei nº 8.080/1990, que criou o sistema único de saúde, determina que é obrigatória a toda a rede de saúde que o compõe a garantia à parturiente da presença de um acompanhante, de sua escolha. Esta legislação já foi objeto de muito debate a respeito da obrigatoriedade da presença do acompanhante na rede particular, mas o reconhecimento deste direito foi tratado em resoluções tanto pela

²¹ PL 7633/2014, PL 7867/2017, PL 8219/2017 e PL-878/2019.

²² Programa de Humanização do Parto e Nascimento, Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Rede Cegonha, Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste.

ANVISA quanto pela ANS²³, sendo direito amplamente reconhecido, ainda que não integralmente aplicado na rede de saúde. Esta situação demonstra como a ausência de uma legislação que trate especificamente da violência obstétrica dificulta o seu combate, pois mesmo quando existe uma lei garantindo o direito, pode haver violação, não havendo previsão legal e sanção para o descumprimento, a garantia do direito é ainda mais difícil, ainda que existam dispositivos penais que assegurem certas garantias aplicáveis às gestantes, como será demonstrado mais adiante.

No âmbito estadual, no Rio de Janeiro a Lei nº 7.314/2016 assegura a presença das doulas²⁴ nas maternidades e hospitais públicos e privados, durante o período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Esta previsão também é encontrada em outros estados como São Paulo com a Lei nº 16.602/2016, Paraná, com a Lei nº 21.053/2022, Santa Catarina, com a Lei nº 16.869/2016, Mato Grosso do Sul, com a Lei nº 5.440/2019, Pernambuco, com a Lei nº 18.135/2022, Goiás, com a Lei nº 20.072/2018, Distrito Federal, com a Lei nº 5.534/2015, Alagoas com a Lei nº 8.129/2019. Alguns outros estados têm projetos de lei para esta finalidade. No Senado Federal está aprovado o Projeto de Lei nº 3.946/2021 que regulamenta a profissão de doula e atualmente está em análise na Câmara dos Deputados.

Outra legislação encontrada no âmbito estadual em vários Estados é aquela que assegura os direitos das gestantes ao parto humanizado, com o mínimo de interferências possível, com a adoção de rotinas recomendadas pela OMS ou outras instituições de excelência reconhecida e ainda, ao plano de parto. No Rio de Janeiro²⁵ o tema é objeto da Lei nº 7.191/2016, que também traz uma definição de violência obstétrica como “tratamento desumano, práticas ou condutas médicas não consentidas, que sejam desnecessárias, sem respaldo científico, ou que não respeitem o ritmo natural e saudável do desenvolvimento do parto.”

²³ A ANVISA regulamenta o funcionamento de todos os serviços de atenção obstétrica e neonatal na Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 de 03 de junho de 2008, estabelecendo a obrigatoriedade da presença de acompanhante para a parturiente. A ANS, por sua vez, incluiu este direito no rol de procedimentos e eventos em saúde, na RN 167 em 2008, substituída pela RN 211 em 2010 que foi, por sua vez, substituída pela RN 262 em 2011.

²⁴ Atualmente está em trâmite no Senado o Projeto de Lei nº 3.946/2022, regulamentando a profissão de doula no Brasil.

²⁵ No âmbito municipal no Rio de Janeiro, a Lei 7.687/2022 também assegura o direito ao parto humanizado, com definição do que consiste violência obstétrica.

Em São Paulo o tema é tratado nas Leis nº 15.894/2013 e nº 15.759/2015. Em Roraima, a Lei nº 1.378/2020, no Amazonas, a Lei nº 4.749/2019, em Alagoas, a Lei nº 8.130/2019, no Tocantins, Lei nº 3.113/2016.

Outra legislação que vem sendo promulgada no âmbito estadual de forma crescente é a chamada Lei do Parto Adequado que estabelece que a mulher em atendimento na rede pública pode escolher a via de parto, desde que esteja em condições de risco habitual, ressaltando que a cesariana, nesses casos, somente pode ser considerada a partir da 39ª semana de gestação, conforme resolução do Conselho Federal de Medicina. No Paraná trata-se da Lei nº 21.926/2024 (antiga Lei nº 2.027/2020), que também traz uma definição de violência obstétrica, mas teve decretada a inconstitucionalidade do artigo 111, inciso VII, §1º ao 4º pelo Órgão Especial do Tribunal de Justiça do Paraná, em ação movida pelo Ministério Público.

O fundamento da decisão é de que há inconstitucionalidade formal quando o Estado extrapola a competência legislativa suplementar, uma vez que a União já editou normas gerais de saúde pública a respeito da parturiente e do nascituro que privilegiam o parto natural, citando o artigo 8º, §8º do Estatuto da Criança e do Adolescente. A decisão reconhece o direito da gestante à autonomia na escolha da via de parto, mas afirma que o dispositivo contraria as diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, OMS e outras organizações estaduais dentre as quais sociedade de pediatria e associação de ginecologia e obstetrícia, entendendo que o poder público não pode se comprometer com práticas desestimuladas pela ciência.

A Lei 17.137/2019²⁶ do Estado de São Paulo que trata sobre o direito da parturiente na escolha da via de parto no SUS, também foi objeto de ação direta de inconstitucionalidade, sob o mesmo fundamento da competência legislativa do estado para matéria de saúde.

²⁶ Antes da aprovação do projeto de lei, a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo – SOGESP, emitiu um pronunciamento, apoiado pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, no qual critica a redação e a fundamentação do projeto, diante da falta de amparo em evidências científicas e de levantamento de dados a respeito das condições da rede hospitalar para oferecimento de leitos, inclusive de UTI, nos casos de complicações no parto e pós-parto.

Em sede de Recurso Extraordinário o Supremo Tribunal Federal, no entanto, reconheceu a competência concorrente do estado para legislar sobre direito à saúde²⁷.

A discussão a respeito da inconstitucionalidade da lei que permite à gestante a escolha da via de parto no SUS ressalta como o tema é controverso e faz aflorar pensamentos muito díspares a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher no país. Isso porque, ao mesmo tempo que se pretende a redução dos altos índices de realização de partos cirúrgicos no Brasil, é importante observar que a concentração desses altos índices está justamente na rede privada, em que não se observa um movimento muito eficaz para o seu combate e onde as mulheres exercem com maior liberdade esse direito de escolha do parto cirúrgico. A lei combatida, no entanto, tem como foco o atendimento no SUS, onde as mulheres possuem menos condições, se alguma, de escolher a via de parto e contexto no qual a violência obstétrica apresenta sua face mais dura, atingindo mulheres de baixa renda, negras e indígenas com mais crueldade.

É necessário que haja reflexão a respeito das motivações tanto para a aprovação de tal lei como para o seu combate. No atual cenário de atenção de saúde da mulher, a escolha pelo parto cirúrgico na rede pública geralmente se deve, justamente para evitar a ocorrência da violência obstétrica, ao passo que na rede particular, o movimento é o inverso, já que muitas mulheres desejam partos vaginais e acabam sendo convencidas a realizar procedimentos cirúrgicos.

Esses são os dados apresentados pela pesquisa Nacer no Brasil²⁸ indicando que a preferência das gestantes, no início da gravidez, é pelo parto vaginal, mas os números indicam que a via de parto predominante é a cirúrgica.

²⁷ Recurso Extraordinário nº 1.309.195, São Paulo, Relator Ministro Ricardo Lewandowski, julgado em 30/06/2021, por decisão monocrática.

²⁸ Pesquisa Nacer no Brasil – Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento. LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Coordenação Fiocruz. Cad. Saúde Pública vol.30 supl.1, Rio de Janeiro, 2014. Acesso no endereço: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nacer-no-brasil Consultado em 14/11/2024.

Este resultado decorre de uma conjuntura de fatores, dentre os quais é possível apontar, o mito de que o parto vaginal traria mais riscos para o bebê do que o parto cirúrgico, o medo do sofrimento, a apresentação da cesariana como uma solução para a preservação da genitália feminina e para a organização da dinâmica hospitalar, como a disponibilidade de leitos e agenda de profissionais²⁹.

A busca pelo parto cirúrgico, como forma de escapar ao medo do sofrimento que o parto vaginal apresenta, encontra respaldo tanto na pesquisa Nacer no Brasil quanto no estudo “A cor da dor”, que indicam que 1 entre 4 mulheres sofre violência obstétrica no país, e que as mulheres negras e indígenas estão mais suscetíveis a determinados tipos de violência obstétrica, respectivamente.

Ainda na temática da legislação que protege os direitos de gestantes e parturientes, ressalta-se a Lei 11.634/2007, que assegura o direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado o parto ou intercorrências pré-natal, quando atendida pelo SUS, sendo realizada tal vinculação no ato da sua inscrição no programa de assistência pré-natal.³⁰ A vinculação deve ser realizada em unidade com capacidade para atender à situação de risco gestacional, identificada no pré-natal. Havendo emergência e incapacidade técnica ou de pessoal na unidade à qual for vinculada a gestante, a lei assegura que será promovida a sua transferência, de forma segura, pelo SUS.

²⁹ “Diniz e Chacham (2006) referem diferentes estudos que buscaram entender a preferência das mulheres brasileiras pelo parto cesáreo e esses mostraram que a maioria das mulheres declarava preferência pelo parto vaginal. Porém, através da apresentação de dados superestimados de risco fetal, da interpretação da dor da gestante como uma exigência para a realização da cesárea, assim como a priorização das agendas e conveniências dos médicos, esses acabavam optando pela cesárea, contrariando o desejo das mulheres de terem um parto normal, especialmente no setor privado. Outro fator apontado na escolha pelas cesárias seria a preocupação de preservar a genitália feminina. Em relação ao uso de procedimentos durante o trabalho de parto, uma das justificativas para seu uso seria a aceleração do processo e a liberação de leitos (Diniz & Chacham, 2006). Nesse sentido, a cesárea se tornou uma solução mais prática e rápida, na qual a mulher não permanece por tanto tempo em trabalho de parto no hospital e, através da medicalização, o tempo da dor é mais curto e o procedimento mais “limpo”. (Leal et al., 2014). 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*, 29: e155043. 2017

³⁰ Na pesquisa “Nacer no Brasil: Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento”, coordenada pela Fiocruz, foram entrevistadas 23.894 mulheres em todo o país, em maternidades públicas, privadas e mistas entre 2011 e 2012, foi identificado que apenas 59% das mulheres receberam as informações referentes ao disposto na Lei 11.634/2007, com a vinculação à maternidade onde realizariam pré-natal e parto.

As violações aos diplomas legais mencionados podem caracterizar crimes e trazer sanções na esfera penal, mediante as previsões legais que compreendem os crimes de ameaça, constrangimento ilegal, injúria racial, racismo, lesão corporal, cárcere privado. E, como no caso da violência obstétrica, os envolvidos são profissionais de saúde, “muitas vezes, se encontrarão na posição de agentes garantidores, nos termos do artigo 13, § 2º, inciso I, do Código Penal, devendo responder pelo que se chama de omissão imprópria”, já que tem obrigação de evitar o resultado e serão responsabilizados pelo crime comissivo, na forma omissiva.³¹

Observa-se, desta forma, que no Brasil há um forte arcabouço legal de proteção aos direitos das mulheres na legislação nacional no que tange o acompanhamento respeitoso durante a gestação e o parto, mas confrontando-se os dados das pesquisas mencionadas e dos julgados nos Tribunais de Justiça, constata-se o descompasso entre o direito formalmente reconhecido e a prática que esbarra em barreiras como o racismo estrutural, as questões de classe, violência de gênero e as relações verticais de poder.

2.3 Caracterizando a ocorrência da violência obstétrica

2.3.1 – Definição e estabelecimento de parâmetros para identificar a violência obstétrica.

Ainda que não exista, no momento, um conceito legal de âmbito nacional de violência obstétrica, a caracterização da sua ocorrência é balizada por alguns parâmetros unânimes durante a gestação, parto, pós-parto e abortamento. Os já mencionados impedimento ao acompanhante, restrição da mobilidade e alimentação, recusa de medicamentos analgésicos ou anestésicos e realização de cirurgia cesariana e episiotomia sem indicação clínica são os desrespeitos mais notórios.

³¹ COSTA, Rodrigo de Souza, OLIVEIRA, Adriana Vidal de, CERQUEIRA, Consuello Alcon Fadul. *A responsabilidade penal nas hipóteses de violência obstétrica*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. p. 255/256.

Existem, ainda, outras formas de violação de direitos ainda muito normalizadas, que por vezes sequer são percebidas pela gestante. Além disso, não raro, ocorrem casos de agressões física, verbal e sexual às mulheres durante o atendimento e trabalho de parto.³²

Considerando a crescente atenção que o tema vem recebendo nos últimos anos, alguns órgãos de defesa de direitos vêm procurando aumentar a conscientização da população sobre o que caracteriza a violência obstétrica. A Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro lançou a cartilha “Gestação, Parto e Puerpério Conheça Seus Direitos!”³³, em 2019 na qual são exemplificados os casos em que a violência obstétrica ocorre. A Defensoria Pública do Estado de São Paulo, junto com a Associação Artemis, lançou, em 2013, uma cartilha sobre o tema, caracterizando violência obstétrica, com base nas definições legais da Argentina e Venezuela, como a

“apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.”³⁴

Diniz et al, em recente levantamento a respeito da utilização da expressão nos estudos referentes à assistência ao parto no Brasil, propõe a sua utilização nos seguintes termos:

³² Recentemente foi noticiado o caso de um médico anestesista que cometeu estupro de vulnerável durante uma cirurgia cesariana, em hospital público em São João de Meriti, se valendo do momento em que a equipe de pediatria e o acompanhante da parturiente se retiraram da sala de parto acompanhando a criança recém-nascida. O médico, preso em flagrante, graças a um vídeo feito por enfermeiras do hospital, teve o registro profissional cassado pelo Conselho Regional de Medicina e está, permanentemente, impedido de exercer a profissão. Notícia publicada na página <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/anestesista-acusado-de-estuprar-gravida-durante-parto-tem-registro-cassado/> Consulta em 23/11/2024.

³³ Encontrada no endereço eletrônico <https://defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/1e6176359aae47788dc72f14f65a4a56.pdf> Último acesso em 25/11/2024.

³⁴ DEFENSORIA PÚBLICA DE SÃO PAULO. Cartilha “Violência Obstétrica Você sabe o que é?” Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher e Associação Artemis. 2013. Obtido no endereço eletrônico <https://www.defensoria.sp.def.br/documents/20122/c15870ea-5ccd-0f30-2177-ec2bcd4d062> Último acesso em 25/11/2024.

“A partir do que foi exposto, e de forma tentativa, propõe-se compreender a violência obstétrica como situações ou condutas vivenciadas pela mulher na assistência a sua saúde sexual e reprodutiva e que possam resultar em dano ou sofrimento físico ou emocional ou impedimento ao exercício de seu direito de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e emocional, incluindo-se aí o seu direito a receber informações claras sobre seu estado de saúde e seu direito a decidir autonomamente sobre seu corpo e seus processos reprodutivos, com garantia de atendimento livre de discriminação e coerção.”³⁵

Em sua tese de doutorado, Diniz fez uma investigação sobre as possibilidades de modificação da cena do parto, indicando vários fatores que concorrem para a ocorrência da violência obstétrica, dentre os quais as questões de ordem financeira também são encontradas, conforme observa-se a seguir:

Na prática, no Brasil, temos o convívio de vários modelos de parto típico “mais prevalente” e mais adequado a cada cenário: para as mulheres do SUS em geral e dos convênios mais baratos, o modelo mais prevalente seria o parto vaginal com os procedimentos do parto típico, sem o recurso à peridural, e eventualmente a cesárea, indicada principalmente por alguma distocia; enquanto nos serviços em que as mulheres podem negociar mais, os modelos mais prevalentes seriam o da cesárea (eletiva, negociada no pré-natal, ou indicada com menos ou mais critério no decorrer do parto) e, na minoria dos casos, do parto vaginal típico com a peridural.³⁶

Conforme apontado pela autora, a questão dos recursos pode ser determinante para que haja prejuízos à gestante no atendimento hospitalar, na forma como será conduzido o atendimento e até mesmo na definição do tipo de parto, independente da indicação clínica ou da vontade da paciente.

³⁵ Sobre o termo violência obstétrica, NIY, Denise Yoshie, ALONSO, Bruna Dias, MORENO, Bruna Silveira, DINIZ, Carmen Simone Grilo “No entanto, o uso do termo “violência” tem gerado polêmicas no país, sobretudo entre os profissionais médicos, que propõem ainda a categoria “violência contra o obstetra”. Dessa forma, recorre-se a outras denominações, como: desumanização, abuso, desrespeito, maus-tratos, entre outros, como maneira de possibilitar o diálogo com os diferentes atores envolvidos na assistência à gestação e ao parto.” *Violência obstétrica nos estudos brasileiros sobre assistência ao parto: definições em construção*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. Pgs. 93 e 118.

³⁶ DINIZ, Carmen Simone Grilo, – *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*, Tese de Doutorado apresentada à USP, 2001.

Esta situação fica evidente quando da observância dos dados fornecidos pela ANS sobre o percentual de partos cesáreos informados pelas operadoras de planos de saúde que é de 83,20%, em dados de 2019³⁷, já nos atendimentos prestados pelo SUS este percentual é de 41,9%³⁸, com relação às episiotomias, os dados da Pesquisa Nascer no Brasil de 2014 são de 53,3%³⁹. A OMS recomenda que sejam 10%.

A distinção de atendimento médico recebido na rede pública e na rede particular revela outra face, especialmente cruel da violência obstétrica, que é sua manifestação pela negativa de prestação adequada de atenção médica manifestada no contexto de preconceito e racismo institucional, que atinge a maior parcela da população, através de pré-natal inadequado, recusa na realização de procedimentos de alívio da dor, tratamento violento da mulher, agravando ou ocasionando sofrimento, recusa ao atendimento, gerando a peregrinação à procura de leito hospitalar e negativa de realização de parto cirúrgico, quando há indicação.

A invisibilidade da violência e a falta de percepção da violação de direitos das mulheres é resultante do complexo fenômeno da violência de gênero, ocorrendo em escala global, tal como já apresentado, com a concorrência de vários fatores tais como o racismo, questões de classe, níveis de instrução e idade das mulheres e o próprio ensino da medicina. Alguns direitos e garantias fundamentais das mulheres reconhecidos no Brasil são objeto de conflito com a prática médica, chancelada pelo direito normativo e este é um fator que contribui para a ocorrência de violações da liberdade de escolha da mulher.

³⁷Informações obtidas no site da ANS, no endereço: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude> - Consultado em 23/06/2021.

³⁸<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42714-ministerio-da-saude-fara-monitoramento-online-de-partos-cesareos-no-pais>
Consultado em 22/05/2019

³⁹Informações obtidas no site da Fiocruz, no endereço http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Consultado em 21/05/19.

Um exemplo deste conflito é a determinação de que a assistência médica no parto somente ocorra nas dependências hospitalares⁴⁰, que nem sempre dispõem de estrutura adequada para um atendimento de qualidade que garanta leitos disponíveis, direito ao acompanhante, direito à privacidade, acesso a medicamentos para alívio da dor, estrutura com centros cirúrgicos e unidades de tratamento intensivo materno e neonatal. Isso sem mencionar as localidades remotas, nas quais não há estrutura hospitalar disponível e, por vezes, nem atendimento médico. Para algumas gestantes o hospital, inclusive, com todas as garantias técnicas necessárias à segurança da saúde tanto da parturiente, quanto do bebê, não representa um local acolhedor e capaz de fornecer a ambiência necessária ao parto ideal. Com a discussão sobre humanização do parto, muito tem sido questionado a respeito do ambiente hospitalar e como modificá-lo para melhorar o conforto da mulher e do recém-nascido. Algumas maternidades já estão oferecendo quartos para a realização de partos vaginais, nos quais são disponibilizadas formas de contorto para a gestante, tais como banheira, iluminação mais agradável, ambiente tranquilo e com pouca movimentação de profissionais.

Além da questão relacionada à remuneração dos profissionais e mesmo os custos operacionais para os hospitais é importante considerar a questão logística que a escolha do tipo do parto pode acarretar ao ambiente institucional. Isto porque, um parto cirúrgico agendado tem uma previsibilidade de tempo estipulada com maior precisão do que o parto vaginal que pode mobilizar equipe, leito, sala de parto e centro cirúrgico por tempo indefinido. Esta dinâmica impacta diretamente na possibilidade de oferta de leitos e pode ter como consequência a redução da capacidade de admissão de novas clientes para o hospital/maternidade.

⁴⁰ Várias Resoluções de Conselhos Regionais de Medicina proíbem a participação dos médicos em partos fora do ambiente hospitalar, o que interfere não só no direito de escolha da gestante, como também nas políticas públicas do Ministério da Saúde que criou um programa de incentivo ao parto normal realizado em Centros de Parto Normal, no qual não é necessária a presença do médico assistente, com a vinculação dos CPN a uma maternidade de referência. O CFM não proíbe a atuação dos médicos em partos fora do ambiente hospitalar, mas recomenda que eles sejam realizados preferencialmente em hospitais, pois *“Estudos científicos importantes comprovam que partos realizados em ambiente hospitalar tem menor risco de gerar complicações, o que representa menores taxas de mortalidade e de morbidade para mães, fetos e recém-nascidos”* Notícia publicada no site do CFM em 10/08/2012, íntegra obtida em <https://portal.cfm.org.br/noticias/por-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar> . Acesso em 05/01/2025.

Diante da complexidade do tema e da sobreposição de circunstâncias, o combate à violência obstétrica demanda a movimentação de muitos setores da sociedade e um deles é a forma como o Direito abarca a sua ocorrência.

2.3.2. Diante da natureza da relação médico-paciente

Do ponto de vista jurídico é possível identificar mais de uma natureza jurídica na cadeia de relações que forma a atenção de saúde da gestante, pois existem a relação médico-paciente, a relação da gestante com o hospital, a relação entre o profissional médico e o hospital (que pode ser público ou privado) e também pode existir a relação da gestante com o plano de saúde, do hospital com o plano de saúde e do médico com o plano de saúde.

No que concerne à relação jurídica médico-paciente é necessária uma prévia reflexão voltada ao caso específico objeto desta pesquisa que é a gestação. A pessoa gestante que procura profissional médico para acompanhamento de sua gravidez não se encontra na mesma situação que uma pessoa com algum problema de saúde, em investigação de uma doença ou mesmo em consulta de rotina para checagem habitual. Quem está gestando procura atenção médica, geralmente, para o momento mais feliz de sua vida, que é o nascimento de uma criança e a gestação acarreta uma série de expectativas, esperança e medos e a procura pelo profissional que fará esse acompanhamento é regida por essa mistura de sentimentos. Ainda que se trate de gestações, por vezes, indesejadas, a busca por assistência médica se dá com expectativas e necessidades distintas daquelas das pessoas em situação de enfermidade, demandando uma atenção específica.

Desta forma a relação médico-paciente, geralmente, se inicia com uma expectativa positiva e de confiança, seja no atendimento na rede pública, seja na rede privada. Nas duas situações a conduta do profissional de medicina está norteada pelo que estabelece o Código de Ética Médica, cuja elaboração pelo Conselho Federal de Medicina encontra respaldo na legislação federal⁴¹.

⁴¹ Lei 3.268/1957, regulamentada pelo Decreto 44.045/1958.

O exercício da medicina impõe ao profissional a realização de uma obrigação de meio, à exceção de casos específicos, em virtude da incompatibilidade com os riscos da própria atividade exercida, de que seja garantido o resultado.

Nesta modalidade de obrigação, o médico garante ao paciente o emprego do tratamento adequado ao caso, utilizando as melhores técnicas disponíveis de acordo com a ciência, adotando procedimentos de diligência, prudência e cuidado, sem que haja a obrigação de obter um resultado de cura.⁴² A obrigação, em si, consiste na própria atividade executada pelo profissional, dentro dos parâmetros adequados para produzir um resultado em benefício do paciente.⁴³

Aqui, novamente ressalta-se que a gestante, exceto em casos de abortamento, não está em atendimento voltado para restabelecimento da saúde ou cura, mas sim para a manutenção e acompanhamento de condições físicas suas e do bebê. Neste cenário, o atendimento geralmente envolve a prevenção dos riscos conhecidos da gestação e acompanhamento do parto, com a realização de exames clínicos e laboratoriais, mas principalmente, orientações, informações e esclarecimento de dúvidas da gestante, com vistas à obtenção do consentimento informado da paciente-gestante, que é indispensável à realização de quaisquer procedimentos médicos. É, como toda relação médico-paciente, uma relação de confiança, pautada no princípio da boa-fé.

Em se tratando de atendimento no setor privado, a relação entre as partes é contratual, havendo debate na doutrina a respeito da aplicação da Lei 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor, sendo este o posicionamento dominante atualmente.

⁴² A fundamentação da tese da obrigação de meio para o exercício da profissão de medicina vem do julgamento de 1936 da Corte de Cassação francesa, no qual foi estabelecido que a relação médico paciente era uma relação contratual na qual não cabe ao profissional curar o doente, mas sim prestar-lhe os cuidados conforme práticas desenvolvidas pela ciência médica. CASTRO, João Monteiro de. Obra citada, pgs. 56 e 57.

⁴³ CASTRO, João Monteiro de. Obra citada, pgs. 52 e 53.

O entendimento de que a relação contratual entre médico e paciente é uma relação de consumo fundamenta-se no que dispõe o artigo 2º do CDC, que define consumidor e prestador de serviços, bem como no artigo 4º, inciso I no que concerne ao princípio da vulnerabilidade do consumidor, presente na relação contratual em questão.

A resistência, por uma parte da doutrina, na aplicação da lei consumerista resulta da compreensão de que o exercício profissional da medicina, como algo fundamentado na solidariedade humana e não em valor comercial, não poderia ser incluído na categoria de relação de consumo, eis que o bem jurídico protegido pelo contrato celebrado entre médico e paciente, que é a vida, não poderia jamais ser qualificado como bem de consumo. Ainda ressaltam que parte dos dispositivos do CDC não pode ser aplicada aos casos envolvendo prestação de serviços médicos em virtude da completa incompatibilidade com a atividade exercida e possibilidade de violação ao Código de Ética Médica, como é o caso do artigo 39, XII, que estabelece como prática abusiva a falta de previsão para cumprimento da obrigação, que é o que ocorre na maioria dos casos dos atendimentos médicos não sendo possível apresentar essa previsão sem cometer violação ético-profissional.

Na esfera pública, no entanto, a relação médico-paciente não está submetida às normas de proteção do consumidor, uma vez que a natureza jurídica não é de contrato de prestação de serviços, mas sim de uma forma de serviço público social, prestado de modo difuso para toda a coletividade e custeado por impostos pagos pelos contribuintes⁴⁴. É diferente do que ocorre com os serviços públicos que são prestados e fruídos de forma individual e, por tal razão, podem ser medidos para fins de pagamento pelo consumidor, como o fornecimento de água e de energia elétrica⁴⁵, sob os quais incide o CDC.

⁴⁴ A matéria foi analisada pela Ministra Nancy Andrighi no Recurso Especial nº 1.771.169-SC, em cuja fundamentação são apontados os ensinamentos de Bruno Miragem a respeito dos conceitos de serviços públicos *uti singuli* e *uti universis* para a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, in Curso de Direito do Consumidor, 4ª edição, Revista dos Tribunais, 2013, pg. 172-173.

⁴⁵ MIRAGEM, Bruno. Obra citada.

Assim, a responsabilidade civil do médico pode ser contratual, decorrente da quebra de dever contratualmente estabelecido ou extracontratual em que há responsabilidade aquiliana. O Código Civil estabelece no artigo 951 a responsabilização do médico pelo dano causado no exercício da atividade profissional, decorrente de negligência, imprudência ou imperícia. Além da responsabilidade do ato próprio do médico, há a responsabilidade do chefe de equipe pelos atos de prepostos ou pessoas sob sua coordenação, assim como do hospital, na forma do que determina a súmula 341 do SFT⁴⁶, com imposição pelo CDC de responsabilidade solidária no caso de mais de um responsável pelo dano.

O direito brasileiro imputa aos profissionais de medicina que respeitem três pilares de condutas na relação com os pacientes que são o dever de informar amplamente sobre o diagnóstico e o prognóstico, o dever de empregar todas as técnicas disponíveis para a recuperação do paciente, legalmente permitidas e aprovadas pela comunidade científica e o dever de prezar pelo melhor interesse do paciente tendo em vista sua dignidade e buscando sua integridade física e psíquica.⁴⁷ Estes pilares adquirem um peso diferente quando esta relação é desenvolvida entre profissional da medicina e gestante, pois uma das formas de prevenção da violência obstétrica é justamente a informação.

A informação da paciente sobre as possibilidades terapêuticas e opções de tratamento é indispensável à adequada tomada de decisões sobre intervenções e medicamentos no momento do parto, ou sobre a via de parto. É somente através da informação que é possível a obtenção do consentimento informado, possibilitando o exercício da autonomia privada.⁴⁸

⁴⁶ MARQUES, Cláudia Lima. *In A responsabilidade do médico e do hospital por falha no dever de informar ao consumidor. Capítulo 2 – Dever de Informar*. In MARQUES, Claudia Lima e MIRAGEM, Bruno. *Direito do Consumidor: Proteção da Confiança e Práticas Comerciais*. SP. RT – Revista dos Tribunais. 2011. Disponível em <https://www.jusbrasil.com.br/doutrina/direito-do-consumidor-proteção-confiança-dever-de-informar/1510682608>. Acesso em 02/12/2024.

⁴⁷ MARQUES, Cláudia Lima. Obra citada, mencionando os ensinamentos de TEPEDINO, Gustavo in “A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea”. *Revista Trimestral de Direito Civil* 2/46-47, abr.-jun. 2000.

⁴⁸ PEREIRA, Paula Moura Francesconi de Lemos, SILVA, Gláucia Nascimento da. *A informação como forma de combate à violência obstétrica na relação médico-paciente e os impactos na seara da responsabilidade civil*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. Pg. 151/169.

É a informação que possibilita que a parturiente busque assegurar seu direito a acompanhante de sua escolha na sala de parto, que se consubstancia em outro mecanismo de proteção contra a violência obstétrica. A presença de acompanhante da escolha da mulher no momento do parto garante o exercício da autonomia privada e da dignidade, traz conforto, segurança emocional e sensação de acolhimento em momento de extrema vulnerabilidade, apresentando resultados mais benéficos no parto, sendo uma recomendação da OMS para a garantia do parto como uma experiência positiva para gestante e bebê, de acordo com uma abordagem baseada nos direitos humanos⁴⁹.

A presença de um acompanhante na sala de parto, qualquer que seja a via de parto, representa mais um mecanismo de garantia de direitos da gestante e não deve ser restrita à figura do genitor, eis que a escolha do acompanhante é livre à gestante, na forma da lei, bem como sendo igualmente assegurado ao genitor seu direito de presenciar o nascimento diante da igualdade no exercício do poder parental reconhecido pela Lei 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente.⁵⁰

Além da presença de acompanhante, o plano de parto é outra forma de assegurar o direito à informação e consentimento esclarecido, bem como mais um aliado no combate à violência obstétrica, pois através deste documento a gestante detalha seus desejos para atenção médica no momento do parto, bem como procedimentos aos quais não gostaria de ser submetida e que faz parte das diretrizes para padrões de atendimento global das mulheres

Ainda sobre a autonomia privada, tema cuja abordagem extrapola os limites deste trabalho, mas requer algumas considerações, DALSENTER revela que a leitura clássica de autonomia, com vinculação ao individualismo e ao patrimonialismo, foi revisada em virtude das transformações jurídicas ocorridas no século XX, “para vinculá-la definitivamente à noção de proteção integral da dignidade da pessoa humana”. E, citando Gisele Cittadino: “o sujeito racional solitário está morto, vão sendo enterrados aos poucos alguns dos mais importantes postulados que se consagraram como expressões jurídicas do racionalismo moderno, quais sejam, o individualismo, o patrimonialismo e a abstração.” Assim, adota-se a denominação autonomia privada extrapatrimonial ou existencial, para abarcar o “princípio da dignidade da pessoa humana nas relações jurídicas de direito privado”. CITTADINO, G., *Pluralismo, Direito e Justiça Distributiva: elementos da filosofia constitucional contemporânea*, p. 76. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter. Dissertação de mestrado. Pgs.61/62.

⁴⁹ “A companion of choice is recommended for all women throughout labour and childbirth”, recomendação publicada em 15/02/2018. Disponível no endereço: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1> Acesso em 06/12/2024.

⁵⁰ VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter. Considerações sobre o direito ao acompanhante e a violência obstétrica. Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. Pg. 21 a 39.

grávidas da Organização Mundial de Saúde, sendo incorporado às políticas de atendimento no SUS, pelo Ministério da Saúde. Em alguns estados há legislação específica assegurando o direito da gestante à elaboração do plano de parto, como é o caso de São Paulo e do Rio de Janeiro ⁵¹.

Abordando os aspectos jurídicos do plano de parto, Vitor Almeida os observa à luz das diretivas antecipadas de vontade, que são uma “modalidade de negócio jurídico unilateral, com viés existencial, no qual a pessoa com capacidade civil plena faz escolhas a serem efetivadas no futuro, caso, naquele momento, não possa exprimir sua vontade”⁵² e que não contam com uma legislação específica, mas sim a Resolução 1.995/2012 do CFM que define seus termos. O plano de parto, tal como as diretivas antecipadas de vontade, cuida de preferências e desejos da parturiente no momento do parto e do pós-parto, se assemelhando ao documento das diretivas antecipadas de vontade. Assim afirma o autor:

A rigor, são negócios jurídicos unilaterais receptícios, cujo conteúdo é exclusivamente existencial, uma vez que cuida do consentimento informado das intervenções possíveis durante o parto e o pós-parto. Médicos e demais profissionais podem objetar de consciência e não concordarem com o conteúdo do plano de parto anteriormente, permitindo que a gestante escolha profissionais com o perfil desejado. Uma vez que a equipe envolvida toma conhecimento do plano de parto e não apresenta recusa ao seu cumprimento, as diretrizes contidas no documento devem ser observadas pelos destinatários.⁵³

Ressalta ainda, que o plano de parto tem em princípio, uma natureza negocial e portanto, atrai o disposto no artigo 104, I do Código Civil, o que pode representar uma questão problemática para o exercício deste recurso às gestantes adolescente e às pessoas com deficiência. Em ambas as situações é importante que seja realizada avaliação caso a caso, uma vez que o plano de parto tem caráter relacionado à autonomia corporal e não questões

⁵¹ Em São Paulo há a Lei Municipal n.º 15.894/2013 e a Lei Estadual n.º 15.759/2015. No Rio de Janeiro, há a Lei Estadual n.º 7.191/2016.

⁵² ALMEIDA, Vitor. *In Notas sobre autonomia da gestante e os requisitos de validade dos planos de parto no direito brasileiro*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019. Pg. 180.

⁵³ Obra mencionada, pg. 181.

patrimoniais, razão pela qual é necessário verificar se a adolescente tem condições de exprimir a vontade nesse quesito e no que diz respeito à pessoa com deficiência, urge observar o que determina a Lei 13.146/2015, Estatuto da Pessoa com Deficiência, ao reforçar sua capacidade para exercício do direito ao próprio corpo.⁵⁴

Sem formalidades prévias, o plano de parto pode ser registrado em cartório ou anexado aos prontuários médicos, mas precisa ser conhecido previamente pelo médico para que seu cumprimento⁵⁵ seja exigido e é crucial que seja elaborado com a colaboração dos profissionais de medicina para que seja fundamentado em informações cientificamente válidas, já que seu objetivo é não só de assegurar o cumprimento dos desejos da parturiente, mas também a sua saúde e a do bebê.

Este recurso de possibilidades às gestantes, no entanto, encontra entraves em sua correta utilização em razão da edição, pelo Conselho Federal de Medicina, da Resolução nº 2.232/2019, em 16/09/2019, que estabelece normas éticas para a recusa terapêutica do paciente e a objeção de consciência do profissional, determinando, no artigo 5º, § 2º que, quando manifestada por gestante, a recusa terapêutica deve ser analisada sob a perspectiva do “binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto.”

A Resolução é objeto de análise judicial em virtude da propositura de Ação Civil Pública pelo Ministério Público Federal, requerendo a nulidade do disposto nos artigos 6º e 10 e § 2º do artigo 5º, ante a violação aos direitos da gestante⁵⁶. Estes dispositivos, suspensos por decisão judicial, impedem a escolha das gestantes em algumas situações.

⁵⁴ Idem, pg. 182.

⁵⁵ Idem, pg. 181.

⁵⁶ Ação Civil Pública, em curso perante a 2ª Vara Federal de São Paulo, processo nº 5021263-50.2019-4.03.6100. Inicialmente houve antecipação dos efeitos da tutela, com suspensão da resolução, mas a sentença julgou improcedente o pedido. No momento, está em curso o Recurso de Apelação interposto pelo MFP, ao qual foi concedido efeito suspensivo em decisão de 27/02/2024, na 6ª Turma do TRF 3ª Região, nos autos do Pedido de Efeito Suspensivo à Apelação (12357) nº 5017866-76.2021.4.03.0000.

O tema também é objeto de dois procedimentos de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Um deles é a ADPF nº 642, promovida pelo partido PSOL na qual é pretendida a suspensão integral da Resolução do CFM.⁵⁷

Outro procedimento que também aborda o tema é a ADPF nº 618 proposta pela Procuradoria-Geral da República impugnando, inicialmente o art. 146, § 3º do Código Penal, o Parecer nº 21/1980, a Resolução nº 2.217/2018 do CFM e a Resolução nº 136/1999, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, que tratam da recusa terapêutica em casos de transfusão de sangue por motivos religiosos, mas em 26/02/2021, a PGR aditou a inicial para incluir no objeto da ação o § 2º do art. 5º e os artigos 6º, 10 e 11 da Resolução CFM 2.232/2019.

A questão revela as tensões que norteiam os temas que envolvem a afirmação de direitos da mulher, especialmente no que concerne ao próprio corpo, marcadas por disputas de poder. A prevalência do que dispõe os artigos em disputa na Resolução 2.232/2019 do CFM fortalece o ambiente de insegurança e desrespeito à autonomia e dignidade das gestantes, reforçando e normalizando procedimentos de violência obstétrica.

Dentre os pilares necessários à relação médico-paciente já mencionados, encontram-se ainda os deveres de empregar todas as técnicas disponíveis para a recuperação do paciente e de prezar pelo seu melhor interesse atentando para sua dignidade e integridade física e psíquica. Existe uma linha tênue entre o cumprimento destes deveres e a violação de direitos das gestantes que resulta nos casos de violência obstétrica, uma vez que as técnicas disponíveis são variáveis, como em todos os campos da medicina, especialmente nos últimos tempos de grande evolução tecnológica, mas em muitos casos ainda seguem impregnadas de conceitos formulados em contextos de violência de gênero, normalizados na sociedade, em grande parte, responsável pelo processo de medicalização excessiva do processo

⁵⁷ A ADPF nº 618, foi proposta pela Procuradoria-Geral da República impugnando, inicialmente o art. 146, § 3º do Código Penal, o Parecer nº 21/1980, a Resolução nº 2.217/2018 do CFM e a Resolução nº 136/1999, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, mas em 26/02/2021, a PGR aditou a inicial para incluir no objeto da ação o § 2º do art. 5º e os artigos 6º, 10 e 11 da Resolução CFM 2.232/2019.

gestacional e do parto⁵⁸. A atuação do profissional de medicina demanda, desta forma, uma constante revisão e adequação de seus parâmetros aos processos evolutivos da sociedade, resultantes de grandes embates e reconhecimento de direitos.

É dentro deste ambiente de tensões e disputas que se desenvolve a relação médico-paciente, rodeada de controvérsias para que sejam efetivamente assegurados os direitos das gestantes e os deveres dos profissionais de medicina para uma atenção de saúde de qualidade. Esta relação ainda pode ser atravessada por disputas que envolvem outras relações componentes da cadeia de atenção de saúde da mulher, conforme será abordado no próximo item.

2.3.3 – Relação com as redes hospitalares pública e privada e com as seguradoras.

Além das questões envolvendo a relação médico-paciente, outros desafios ao combate à violência obstétrica são encontrados nas demais relações que se desenvolvem durante o atendimento da gestante, seja na esfera pública, seja na esfera privada. O atendimento médico realizado pelo Sistema Único de Saúde está regulamentado pela Lei 8.080/1990, sendo um serviço público social que pode ser prestado diretamente pelo Estado ou delegado à iniciativa privada, por convênio ou contrato com a administração pública, custeado pelo SUS.⁵⁹

⁵⁸ A modificação da cena do parto, de um ambiente familiar e dominado pelas mulheres para um ambiente hospitalar dominado pelos homens é parte do desenvolvimento da técnica médica após o processo de institucionalização do ensino da medicina, conforme abordado na pesquisa de mestrado “Violência Obstétrica: um mecanismo conformador do sujeito feminino” por PAIVA, Renata Araujo, orientada pelas professoras Gisele Guimarães Cittadino e Thamis Dalsenter Viveiros de Castro no Programa de Pós-Graduação em Direito da PUC-Rio em junho de 2020.

⁵⁹ Recurso Especial nº 1.771.169-SC, Relatora Ministra Nancy Andrigli, publicado em 29/05/2020.

Em se tratando de atendimento realizado na esfera pública, a responsabilidade está fundamentada na teoria do risco administrativo, havendo responsabilidade objetiva do Estado, por força do que determina o artigo 37, § 6º da Constituição Federal, bastando que seja comprovada a ocorrência do dano e do nexo de causalidade, sendo admissíveis as excludentes de responsabilidade – culpa concorrente ou exclusiva da vítima, força maior e culpa de terceiros. O artigo 43 do Código Civil reafirma essa responsabilidade objetiva do Estado e seu direito de regresso contra os causadores do dano em casos de dolo ou culpa.

No caso do atendimento realizado na esfera particular, há relação de consumo, sendo o hospital caracterizado como fornecedor de serviços e a paciente, como consumidora, na forma do disposto nos artigos 2º do CDC. Assim, sobre o hospital recai a responsabilidade objetiva no que diz respeito aos serviços chamados de hotelaria hospitalar que compreendem acomodação, alimentação, exames e fornecimento de medicamentos receitados pelos médicos, conforme previsto no artigo 14 do mesmo diploma legal. No que diz respeito à conduta do médico no atendimento, a responsabilidade é subjetiva, sendo necessária a comprovação da culpa, conforme esclarece Leonardo Medeiros Garcia:

"Questão que suscitou muita discussão no STJ é tocante à responsabilização dos hospitais em face da atuação dos médicos. Poderia o médico, profissional liberal, ser responsabilizado subjetivamente e o hospital ser responsabilizado objetivamente? A 4ª Turma do STJ trata a questão à luz do art. 951, do CC/2002, entendendo que o hospital somente será responsabilizado por ato do médico mediante a comprovação de culpa. Nesse caso, a responsabilidade objetiva dos hospitais circunscreve-se apenas aos serviços exclusivamente relacionados com o estabelecimento empresarial propriamente dito, ou seja, aqueles que digam respeito à estadia do paciente (internação), instalações, equipamentos, serviços auxiliares (enfermagem, exames, radiologia) etc. E não aos serviços técnicos profissionais dos médicos que ali atuam, permanecendo estes na relação subjetiva de preposição (culpa)."⁶⁰.

⁶⁰ GARCIA, Leonardo Medeiros. "Direito do Consumidor- Código Comentado e Jurisprudência"- 10ª ed, Ed. JusPODIVM, p.181.

Também recai sobre o hospital o dever de informação da paciente, obtendo consentimento informado a respeito dos procedimentos que serão ou poderão ser realizados durante período do parto, tanto na esfera pública quanto na privada.

No que compete à rede privada, aplica-se o disposto nos artigos 14, 31, 47 e 54 do CDC e em muitos casos a gestante somente tem contato com a rede hospitalar no momento do parto, sendo que nem sempre os médicos que a acompanham são parte do corpo de profissionais da instituição, mas somente lá atuam pontualmente. Ainda assim, nessas situações, compete ao hospital zelar pela correta prestação de informações à parturiente, sendo solidariamente responsável pelo eventual defeito na prestação de serviços, na forma da legislação de proteção ao consumidor.

Tanto no hospital público quanto no particular são direitos da gestante a proteção de sua privacidade durante o atendimento bem como às informações sobre seu quadro de saúde e resultados de exames, acesso ao prontuário médico que deve conter as informações sobre o atendimento, de forma legível, acesso a leitos para atendimento e UTI em caso de necessidade. Muitas situações de violência obstétrica envolvem a violação de tais direitos, competindo aos hospitais sempre manterem seus funcionários e equipes médicas e de enfermagem orientados e educados quanto aos direitos das gestantes e parturientes.

A relação com às seguradoras de saúde e operadoras de planos de saúde é outro componente da cadeia que pode, em muitas situações, desencadear a violação dos direitos das gestantes. A relação desenvolvida entre gestante e planos de saúde está regulada pelo Código de Defesa do Consumidor⁶¹, sendo regida pelos princípios que o informam como o da boa-fé objetiva e da vulnerabilidade do consumidor, bem como sendo imprescindível o respeito aos direitos à informação e transparência. A atuação das seguradoras e operadoras de planos de saúde, portanto, pode influenciar diretamente na ocorrência de algumas situações desencadeadoras de violência obstétrica.

⁶¹ A Lei 9056/98, que dispõe sobre os planos de saúde, determina, no artigo 35 G a aplicação subsidiária do Código de Defesa do Consumidor aos planos de saúde.

Em primeiro lugar se destaca o grande percentual de realização de partos cirúrgicos na esfera particular do atendimento das gestantes. Como vem sendo amplamente noticiado nos veículos de informação há vários anos, o Brasil é um dos países campeões em partos por cirurgia cesariana, chegando a percentuais alarmantes de mais de 80% dos partos realizados na rede particular. Ainda que não seja possível apontar apenas uma causa exclusiva para tal contexto, é inegável que as operadoras de planos de saúde desempenham um papel de grande relevância nesse cenário.

Conforme já mencionado, um dos fatores que concorrem para a ocorrência da violência obstétrica são as questões de ordem financeira que pode se revelar tanto nos grandes percentuais de partos cirúrgicos e procedimentos invasivos para acelerar os partos vaginais, como ausência de recursos para a realização de cesarianas, analgesia quando necessária ou desejada pela gestante, falta de estrutura para atendimento em geral.

Entriger et al, em pesquisa a respeito dos custos e efetividade dos tipos de parto na saúde suplementar⁶², concluíram que o “procedimento do parto vaginal tem um custo unitário superior ao da cesariana eletiva”, não considerando os desfechos de saúde materno e neonatal, uma vez que nos partos vaginais há menores riscos de internação de mãe e bebê, o que aumenta os valores envolvidos.

É relevante notar que a valoração dos procedimentos médicos é um processo bastante complexo que obedece à estipulação de uma hierarquia do porte dos procedimentos para então serem estabelecidos os valores dos honorários médicos por entidades médicas nacionais em conjunto com a Comissão Nacional de Honorários Médicos⁶³.

⁶² ENTRINGER, Aline Piovezan, PINTO Márcia, GOMES Maria Auxiliadora de Souza Mendes. *Análise de custo-efetividade do parto vaginal e da cesariana eletiva na saúde suplementar*. Rev Saude Publica. 2018;52:91.

⁶³ Informações da Resolução CFM 1673/03 constante da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos de 2016. https://www.cbo.net.br/novo/publicacoes/CBHPM_2016.pdf

O estabelecimento de tal classificação⁶⁴ da hierarquização de portes dos procedimentos para sua valorização pecuniária se deveu aos anseios da classe médica diante da crescente desvalorização dos serviços médicos pelas seguradoras de saúde que criavam suas próprias tabelas, de forma individual e de acordo com seus interesses. Este contexto acrescenta mais uma camada às já complexas dinâmicas do atendimento médico-hospitalar, caracterizado pelo conflito resultante das questões de violência de gênero e disputas de autonomia privada e profissional.

Ressalte-se, novamente, que a escolha da via de parto impacta diretamente na logística operacional dos hospitais, trazendo impactos na oferta de leitos e organização dos chamados serviços de hotelaria hospitalar. Sobre esta questão ainda é relevante notar a incongruência entre os altos níveis de partos cirúrgicos e os levantamentos que apontam a preferência das mulheres, no início da gestação, por um parto vaginal⁶⁵, sendo que Zanardo et al, apresentam as seguintes conclusões sobre o tema:

Diniz e Chacham (2006) referem diferentes estudos que buscaram entender a preferência das mulheres brasileiras pelo parto cesáreo e esses mostraram que a maioria das mulheres declarava preferência pelo parto vaginal. Porém, através da apresentação de dados superestimados de risco fetal, da interpretação da dor da gestante como uma exigência para a realização da cesárea, assim como a priorização das agendas e conveniências dos médicos, esses acabavam optando pela cesárea, contrariando o desejo das mulheres de terem um parto normal, especialmente no setor privado. Outro fator apontado na escolha pelas cesárias seria a preocupação de preservar a genitália feminina. Em relação ao uso de procedimentos durante o trabalho de parto, uma das justificativas para seu uso seria a aceleração do processo e a liberação de leitos (Diniz & Chacham, 2006). Nesse sentido, a cesárea se tornou uma solução mais prática e rápida, na qual a mulher não permanece por tanto tempo em trabalho de parto no hospital e, através da medicalização, o tempo da dor é mais curto e o procedimento mais “limpo”. (Leal et al., 2014)⁶⁶

⁶⁴Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos de 2016 https://www.cbo.net.br/novo/publicacoes/CBHPM_2016.pdf

⁶⁵ Pesquisa Nascer no Brasil – Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento. LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Coordenação Fiocruz. Cad. Saúde Pública vol.30 supl.1, Rio de Janeiro, 2014. Acesso no endereço:

http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Consultado em 21/05/19

⁶⁶ 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, 29: e155043. 2017.

Assim, se a remuneração de profissionais e custos operacionais pelas operadoras de planos de saúde não encontram disparidades por tipo de parto, a preferência poderá ser guiada por razões financeiro-administrativas pelo parto cirúrgico, em detrimento dos demais benefícios que o parto vaginal possa trazer à mulher e ao bebê, sendo um fator desencadeador da ocorrência da violência obstétrica. Conforme informações obtidas junto à ANS⁶⁷, podemos observar, a título ilustrativo, que a Bradesco Seguradora SA custeou 45.694 partos no ano de 2019, sendo que destes, 39.815 foram por cirurgias cesarianas. Considerando os valores apresentados pela pesquisa de Entringer et al⁶⁸ que aponta como custos para partos cesáreos o valor de R\$ 3.429,27, em dados de 2016 sem considerar internações em UTI, é possível observar que a realização dos partos cirúrgicos mobiliza valores consideráveis no sistema de saúde suplementar e pode influenciar na tomada de decisões, ao menos no âmbito administrativo, que interferem na qualidade do atendimento médico dispensado às parturientes.

Também é possível encontrar outras situações em que as controvérsias relacionadas ao plano de saúde podem desencadear tratamento desrespeitoso e inadequado, muitas vezes resultando em situações de sequelas permanentes. Situações decorrentes da demora na disponibilização de leitos ou na peregrinação hospitalar em virtude de autorizações concedidas pelas operadoras de planos de saúde ou mesmo sequelas decorrentes das dificuldades entre o hospital e o plano de saúde quanto à autorização de procedimentos.

Outra ocorrência muito comum que pode ser atrelada ao modelo de contrato de plano de saúde é a negativa do acompanhante durante o processo do parto que encontra as mais variadas alegações, desde a falta de leitos individuais até mesmo as interferências que uma pessoa externa pode causar na cena do parto e a falta de vagas para internação ou disponibilidade de leitos

⁶⁷ Tabela obtida no site da ANS, no endereço: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude> - Consultado em 23/06/2021.

⁶⁸ ENTRINGER, Aline Piovezan, PINTO Márcia, GOMES Maria Auxiliadora de Souza Mendes. *Análise de custo-efetividade do parto vaginal e da cesariana eletiva na saúde suplementar*. Rev Saude Publica. 2018; 52:91.

de UTI materno e neonatal (que também são determinantes na oferta das vagas para atendimento inicial).

Diante deste cenário, a atuação de hospitais e operadoras de planos de saúde é de extrema relevância no combate à violência obstétrica, demandando a revisão de práticas institucionalizadas e da fiscalização dos órgãos competentes.

2.3.4 – Mecanismos de regulamentação e fiscalização.

A atenção que a violência obstétrica tem recebido nos últimos anos tem gerado uma preocupação com as formas de fiscalização da atividade médica e demais prestadores de serviços de saúde, gerando novos canais de comunicação para as mulheres e, abrindo novas frentes fiscalizadoras.

A atividade dos profissionais de saúde é regulamentada pelos respectivos conselhos de classe, em que é possível realizar denúncias a respeito da atuação profissional que se entenda irregular, com a instauração dos procedimentos internos correspondentes⁶⁹. No caso dos hospitais públicos, o Ministério da Saúde mantém um canal de denúncia sobre os atendimentos, que é o Disque Saúde da Ouvidoria-Geral do SUS. O Ministério da Saúde lançou, em 2011, em parceria com a Unicef, o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê⁷⁰ no qual são apresentadas informações a respeito do parto humanizado, garantido no atendimento pelo SUS e outras questões relacionadas ao pré-natal, parto e pós-parto.

⁶⁹ A respeito da atuação dos conselhos de medicina na apuração de condutas de violência obstétrica, importante ressaltar que o tema segue em ambiente de muita disputa entre o posicionamento dos conselhos, do governo e da sociedade civil, sem que haja um consenso até o momento deste trabalho. Muitas das recomendações e resoluções dos conselhos estaduais e federal de medicina são diretamente contrários aos anseios da sociedade civil e do Ministério da Saúde e da OMS. Esta situação indica que a fiscalização de condutas ilegais ou inadequadas de médicos pelos órgãos de classe ainda não é um meio muito eficaz de controle ou supressão dos cenários de violência obstétrica.

⁷⁰ Obtido no endereço <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/guia-dos-direitos-da-gestante-e-do-bebe>. Consultado em 16/12/2024.

Nesta cartilha estão relacionadas formas de denúncia de situações irregulares de atendimento, tais como aos Conselhos de Saúde⁷¹ (nos âmbitos federal, estadual e municipal), aos Conselhos Gestores de Políticas Públicas, Conselhos Tutelares e Defensorias Públicas, além dos conselhos de classe. Também é possível realizar denúncias nos números da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – Disque 100, na Secretaria de Políticas para Mulheres – Disque 180, nas Comissões de Defesa dos Direitos Humanos ligadas aos Poderes Legislativo e Executivo e no Ministério Público Federal ou Estadual.

Na esfera do atendimento particular ainda é possível fazer denúncias junto à ANS, com vistas à instauração de procedimentos de investigação que digam respeito à atuação das operadoras de planos de saúde. A ANS não atua sobre a conduta do profissional de saúde ou sobre o hospital, que são objeto de atuação dos conselhos de classe e da autoridade sanitária local.⁷²

Esses canais de denúncia são extremamente relevantes e necessários para que ocorra a visibilidade das violações de direitos, mas é crucial o investimento em maior prevenção à violência obstétrica. Nos últimos anos o Ministério da Saúde vem atuando neste sentido com o lançamento de programas voltados à saúde da gestante, como parte da política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS, o programa Humaniza SUS, com vistas à implementação de atendimento humanizado na saúde pública. Lançado em 2003 o programa tem como objetivo a humanização do atendimento de forma geral no SUS, sendo composto por uma cartilha em 4 volumes através dos quais são apresentadas as diretrizes para o processo de humanização na saúde.

⁷¹ Conforme disposto pelo artigo 1º, § 2º da Lei nº 8.142/90, o Conselho de Saúde “em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.”

⁷² No site da ANS é possível obter o passo-a-passo para procedimentos de reclamação sobre atuação das operadoras de saúde, bem como um link com direcionamento a um documento com esclarecimentos sobre a competência do órgão apenas sobre os planos de saúde. Obtido no endereço eletrônico <https://www.gov.br/pt-br/servicos/receber-reclamacoes-sobre-possiveis-praticas-irregulares-de-operadoras-de-planos-privados-de-assistencia-a-saude-inclusive-administradoras-de-beneficios>. Consulta em 17/12/2024.

A cartilha referente ao acompanhando humanizado do parto foi lançada em 2014⁷³ indicando a necessidade de acompanhamento respeitoso da mãe e do bebê, utilização adequada da tecnologia vigente, com base em evidência científica, perspectiva de atendimento voltada para a compreensão da mulher como indivíduo e não como paciente e do processo do parto como evento fisiológico e não patológico⁷⁴.

O Ministério da Saúde também criou o programa Rede Cegonha⁷⁵ com a Portaria GM/MS nº 1.459/2011⁷⁶ e editou a Portaria nº 11/2015⁷⁷, que redefine as diretrizes para implantação e habilitação dos Centros de Parto Normal⁷⁸.

⁷³ Cadernos Humaniza SUS – Volume 4 – Da Humanização do Parto e Nascimento, obtido no endereço <http://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-4-humanizacao-do-parto-e-nascimento/> Acesso em 17/12/24.

⁷⁴ Ao falar sobre a utilização das tecnologias, assim orienta a cartilha “As tecnologias da assistência em saúde podem ser definidas em duras, leve-duras e leves (M, 1998). As tecnologias duras se referem aos equipamentos, medicamentos e outros instrumentos utilizados na atuação profissional. As tecnologias leve-duras são aquelas relacionadas à técnica e ao conhecimento necessário para se obter algum resultado na assistência. As tecnologias leves são aquelas relacionadas às relações entre os prestadores de cuidado e seus pacientes. Na assistência perinatal, quando se está lidando com mulheres e crianças saudáveis, as tecnologias leves devem preponderar sobre todas as outras. Mesmo nas situações de maior risco ou diante de desvios importantes da normalidade, quando o uso de tecnologias duras e leve-duras são comprovadamente benéficas, estas não devem se sobrepor às tecnologias leves em que o apoio, o cuidado e a observação direta podem potencializar os benefícios. Por outro lado, a busca da segurança não deve ser razão para a utilização de intervenções desnecessárias e vigilância tecnológica intensiva quando não justificadas pelas necessidades da mulher e de seu bebê.” ANDRADE, Maria Angélica Carvalho e LIMA, João Batista Marinho de Castro, in *O modelo neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos*. Cadernos Humaniza SUS – Volume 4. Ministério da Saúde e Universidade Estadual do Ceará. Brasília, 2014. Pg. 19.

⁷⁵ O Programa Rede Cegonha foi atualizado com o lançamento do Rede Alyne, em dezembro de 2024, que tem por objetivo a redução da mortalidade materna da mulher negra em 50% até 2027.

⁷⁶ A Portaria 1.459/2011 assim define o programa: Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

⁷⁷ A Portaria 11/2015 assim estabelece: “Art. 1º Esta Portaria redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.”

⁷⁸ Centros de Parto Normal inicialmente foram estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 985 de 05/08/1999, que foi revogada pela Portaria GM/MS nº 2.048/2009 e, novamente objeto das Portarias GM/MS nº 1.459/2011, que institui o programa Rede Cegonha, no âmbito do SUS.

Estes centros têm o objetivo de promover atendimento humanizado às gestantes, de forma complementar às unidades de saúde existentes e contam com quadro de funcionários formado por enfermeiras obstetras, com a possibilidade de uma equipe complementar composta por médicos pediatra ou neonatologista e obstetra⁷⁹.

No Rio de Janeiro está em funcionamento a Casa de Parto Davi Capistrano Filho, inaugurada em 2004⁸⁰, que funciona de forma vinculada à maternidade referência, mas com responsabilidade técnica de enfermeiras obstetras até que haja necessidade de transferência para a maternidade. No mesmo ano o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – CREMERJ, publicou a Resolução 201/2004, na qual proíbe a atuação de médicos nos Centros de Parto Normal, “por não serem os mesmos dotados de infraestrutura indispensável ao adequado atendimento ao neonato e à gestante, nos termos da Resolução CREMERJ nº 123/98”⁸¹, além de determinar que quaisquer atendimentos realizados nas Unidades de Saúde provenientes dos CPN devem ser notificados ao CREMERJ ou à Comissão de Ética Médica. O Conselho Federal de Medicina, por sua vez, entende que nenhum parto deve ser realizado sem acompanhamento multidisciplinar, com presença de médicos, conforme Resolução nº 2056/2013, recomendando que esta determinação seja seguida nos Centros de Parto Normal estabelecidos por força das Resoluções do Ministério da Saúde.

Esta situação revela parte das tensões institucionais que norteiam as questões envolvendo o combate à violência obstétrica, com atuações conflitantes entre os conselhos de classe médico e de enfermagem e o próprio Ministério da Saúde, sem que haja um consenso e uma atuação em conjunto a respeito do que consiste na melhor forma de atenção de saúde da gestante e do bebê.

⁷⁹ Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo. *O Processo de Implantação da Casa de Parto no Sistema Único de Saúde: Uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci*. Tese de Doutorado apresentada à UFRJ em 2007. Pg. 1.

⁸⁰ A Casa de Parto foi inaugurada em 08/03/2004, por força da Resolução 971/2003 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no âmbito da então vigente Portaria nº 985/99 do Ministério da Saúde.

⁸¹ Íntegra da Resolução obtida no site do Conselho Federal de Medicina, no endereço eletrônico https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/RJ/2004/201_2004.pdf. Acesso em 21/12/2024.

O contexto de dificuldades e desencontros entre as instituições somente agrava os problemas enfrentados pelas gestantes, especialmente se for considerado que no Brasil 98% dos partos são hospitalares e ainda assim os índices de mortes maternas são muito preocupantes e de extrema gravidade quando feita a análise pela perspectiva racial, uma vez que nas mulheres negras, os números indicam o dobro daquele das mulheres brancas⁸².

Recentemente o Ministério da Saúde realizou a primeira oficina de trabalho Morte Materna de Mulheres Negras no SUS com objetivo de promover uma articulação intersetorial para combater o racismo institucional e resultou em um relatório no qual foram apresentados dados sobre os efeitos do racismo na mortalidade materna.⁸³ O programa Rede Cegonha, recentemente foi relançado com o nome Rede Alyne em atenção ao caso de morte materna de Alyne Pimentel decorrente de falta de atendimento médico adequado durante a gestação e tem como objetivo a redução da mortalidade materna, especialmente entre as mulheres negras e pardas.⁸⁴

⁸²Informação obtida através de matéria publicada no site da Fiocruz no endereço [https://portal.fiocruz.br/noticia/oficina-do-ms-debate-morte-materna-de-mulheres-negras-no-sus#:~:text=Os%20dados%20do%20SIM%20\(2022,plen%C3%A1ria%20para%20apresenta%C3%A7%C3%A3o%20de%20propostas](https://portal.fiocruz.br/noticia/oficina-do-ms-debate-morte-materna-de-mulheres-negras-no-sus#:~:text=Os%20dados%20do%20SIM%20(2022,plen%C3%A1ria%20para%20apresenta%C3%A7%C3%A3o%20de%20propostas). Acesso em 21/12/2024.

⁸³ O documento é parte da Estratégia Antirracista para Saúde elaborada pelas pastas da Saúde e da Igualdade Racial, objeto da Portaria nº 2.198/2023, com o objetivo de combater o racismo contra negros, indígenas e outros grupos tidos como minoritários, nas ações, políticas públicas e atendimentos em geral na saúde. Matéria de lançamento do relatório sobre morte materna e racismo é encontrada no endereço eletrônico: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/janeiro/relatorio-sobre-mortalidade-materna-de-mulheres-negras-e-divulgado>. Último acesso em 19/10/2025.

⁸⁴ Alyne da Silva Pimentel morreu em 16 de novembro de 2002 em decorrência da falta de assistência médica adequada, no sexto mês de gestação, após buscar atendimento médico na rede pública de Belford Roxo, onde recebeu medicação para dor e enjoo e foi mandada para casa. Dois dias depois retornou pior, sendo constatada a morte do feto, teve o parto do feto morto induzido e ainda foi submetida a uma curetagem. Com indicação de transferência para hospital em outro município, Alyne aguardou muitas horas para então ser submetida à espera de leito no novo hospital, no corredor da emergência onde faleceu em decorrência de hemorragia digestiva resultante do parto. Este caso foi levado pela família ao Comitê para Eliminação da Discriminação contra a Mulher (Cedaw) da ONU e resultou na condenação do Brasil ao pagamento de uma indenização à família de Alyne pelo reconhecimento da falha na garantia de seus direitos humanos, além de recomendações para que sejam evitadas as mortes de outras mulheres. O caso é um marco na luta contra a morte materna de mulheres negras, sendo a primeira condenação de um Estado por morte materna evitável.

Na esfera da atenção suplementar de saúde, as gestantes encontram apenas a possibilidade de atendimento no ambiente hospitalar, uma vez que a atuação dos médicos fora deste ambiente é vedada por grande parte dos conselhos regionais de medicina, bem como não recomendada pelo CFM e pelo Ministério da Saúde. Na rede hospitalar, seguindo a tendência de humanização do parto, já é possível encontrar salas destinadas ao parto natural e as tecnologias a ele relacionadas, ainda que estas salas sejam em menor quantidade se comparadas às salas com ambientação clínica tradicional.

Conforme já mencionado, não compete à ANS a fiscalização das instituições hospitalares ou da atuação dos profissionais de saúde nelas atuantes, mas sim aos conselhos de classe e à autoridade sanitária locais. No âmbito de sua competência a ANS atua diretamente com as operadoras de planos de saúde e atualmente oferece informações a respeito da quantidade de partos cirúrgicos e vaginais realizados em cada operadora, através de consulta em seu sítio eletrônico, ainda que tais dados sejam apresentados de forma defasada do ponto de vista temporal. Esta informação, no entanto, somente é possível por força de decisão judicial em ação movida pelo MPF decorrente de denúncia realizada pelo movimento Parto do Princípio com relação ao número de cirurgias cesarianas em excesso na rede suplementar de saúde.⁸⁵

Em 2015 a ANS criou o projeto Parto Adequado⁸⁶, através do qual incentiva a realização de boas práticas para o parto, baseadas em evidências científicas, oferecendo uma certificação – CBP Parto Adequado, que, conforme relatório⁸⁷ publicado em 2023, conta com a participação de 26 operadoras de planos de saúde e 27 hospitais.

⁸⁵Resolução Normativa 368 de 2015 – “Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar”. Publicada em cumprimento à sentença proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, que tramita perante o Tribunal Regional Federal da 3ª Região.

⁸⁶ Na página da ANS é possível encontrar todas as informações sobre etapas e atividades realizadas no Movimento Parto Adequado. <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado-1> Acesso em 21/12/24.

⁸⁷ “Parto Adequado – Estratégias de Qualificação da Jornada da Gestante: a trajetória de 2015 a 2023” Disponível no endereço eletrônico: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-divulga-relatorio-sobre-parto-adequado>

Através deste movimento a ANS tem buscado incentivar a atuação dos hospitais e das seguradoras e operadoras de planos de saúde a participar do processo de melhoria das condições de atendimento das gestantes e dos bebês, conforme diretrizes do Ministério da Saúde e da OMS.

Dentre as medidas incentivadas pelo programa a serem adotadas pelas operadoras de planos de saúde e hospitais estão (i) práticas que ampliam e melhoram os canais de comunicação com as gestantes, objetivando a tomada de decisões informadas e baseadas em evidências científicas, (ii) promover a capacitação de profissionais dentro das diretrizes do programa Parto Adequado, informando-os desde a contratação sobre os parâmetros de atendimento que a norteiam, bem como incluir no corpo profissionais enfermeiras obstétricas e obstetristas, (iii) promover a realização de partos tanto cirúrgicos quanto vaginais dentro das melhores condições de qualidade com base em evidências científicas, estimulando a inclusão de profissionais multidisciplinares no corpo de prestadores, alinhando com as maternidades o corpo de profissionais necessários nos plantões, bem como as condições necessárias para a autorização de cesarianas eletivas, (iv) adoção, pelas operadoras, de modelos de remuneração que estejam integrados com as práticas indicadas pelo programa, incluindo a contratação de enfermeiras obstétricas, o oferecimento de recursos aos hospitais para melhoria da ambiência com vistas a favorecer o parto vaginal, bem como alinhar com os hospitais as metas para os indicadores, (v) adoção de práticas pelas operadoras que busquem a melhoria da implementação das diretrizes do programa através da divulgação dos resultados obtidos e dos profissionais que aderiram ao programa, reuniões com as equipes dos hospitais para melhorar as práticas com base nos indicadores, incentivar hospitais não participantes do programa a aderirem.

O relatório das atividades realizadas nos últimos oito anos de programa aponta algumas das dificuldades encontradas na aplicação das metas, sendo identificadas questões relacionadas ao modelo de acompanhamento do pré-natal em consultórios médicos sem que haja uma proximidade maior com as instituições hospitalares, ou mesmo comunicação

entre rede hospitalar, operadores de planos e profissionais prestadores, bem como uma atuação das operadoras mais voltada para o custeio de procedimentos, sem que o modelo de remuneração esteja centrado nos melhores resultados em saúde das gestantes e dos bebês. Outra questão identificada é a tendência ao modelo de atendimento no qual os hospitais não dispõem de equipes próprias capazes de atender a todos os partos, mas operam com o modelo de médicos externos no qual os profissionais que atenderam ao pré-natal em consultórios, seguem para o hospital no momento do parto.

As conclusões apontadas pelo relatório da ANS norteiam muitas das dificuldades encontradas pelas gestantes ao buscarem atendimento médico e hospitalar livre de ocorrências de violência e desrespeito aos seus direitos e ainda que o programa Parto Adequado seja uma ótima medida de incentivo à adoção de melhores práticas de atenção médica e hospitalar, não pode ser a única, especialmente se considerada a ausência de sanções para o desrespeito aos direitos.

3.

Uma violência de gênero: a descaracterização da violência obstétrica como erro médico

O presente capítulo se destina à melhor demonstração das razões pela qual a violência obstétrica não se caracteriza como simples ocorrência de erro médico, mas é, na realidade, uma forma de violência de gênero cujas manifestações podem ou não englobar situações caracterizadas pela legislação como sendo decorrentes do erro médico. Para tanto, será apresentado o cenário legal brasileiro da responsabilidade civil na medicina e o contexto mundial da violência obstétrica que a caracteriza como uma ocorrência constante em todo o globo.

Para demonstrar que a violência obstétrica é um fenômeno de ocorrência mundial a pesquisa se fundamenta nas constatações da OMS e da ONU e busca fontes de diferentes regiões do globo que tratam do tema como a Corte Interamericana de Direitos Humanos, o Conselho da Europa, o Parlamento Europeu, estudos que avaliam a situação da violência obstétrica nas Américas, na África, na Ásia e na Oceania. São apresentadas apenas algumas amostras da amplitude do tema, diante das possibilidades de tempo disponíveis para o presente trabalho, pois a obtenção destes dados esbarra em dificuldades decorrentes da ausência de dados sobre a ocorrência de violências contra mulheres no sistema de saúde de cada região pesquisada.

Ainda assim, avaliação dos estudos encontrados permite que seja observada a semelhança das situações de violência enfrentadas pelas mulheres de diferentes localidades do globo, nos mais variados cenários de atendimento médico durante a gestação, comprovando que a violência obstétrica não é um fenômeno isolado ou regional.

3.1 – O erro médico no direito brasileiro

Muito tem sido escrito a respeito da responsabilidade civil na medicina, a caracterização da culpa, o nexo de causalidade e sua relação com a ocorrência do dano. O mesmo ocorre com a responsabilidade civil dos hospitais públicos e privados e das operadoras de planos de saúde, que respondem de formas distintas. Esses temas são recorrentes na doutrina e nos Tribunais de Justiça do País, bem como no Superior Tribunal de Justiça. A complexidade da análise geralmente envolve a realização de perícias técnicas por médicos com especialização compatível à natureza da atenção médica recebida ou necessária.

A questão se torna ainda mais complexa quando se trata da verificação da responsabilidade civil nas ocorrências que envolvem violência obstétrica, em virtude da junção de vários fatores, dentre os quais é possível elencar as dificuldades de relacionar os fatos e eventos danosos com a nomenclatura “violência obstétrica” e as dificuldades de caracterização dos eventos dentro da nova perspectiva de atenção médica e hospitalar que o tema demanda. Aqui deve ser lembrado que nos casos de atendimentos nos períodos de gestação, parto e pós-parto, há apenas a obrigação de meio do profissional de medicina e ele não responde pelo resultado, mas sim pela omissão ou então pela inadequação dos meios empregados na prestação de serviços.

A responsabilização do médico depende da comprovação da culpa, já que estamos diante de responsabilidade subjetiva e a caracterização da culpa nesses casos, no Brasil, ocorre através da verificação da adequação da conduta técnica adotada pelo profissional. Trata-se da teoria da responsabilidade civil, em que a obrigação de reparar decorre da cumulação de três fatores, a antijudicidade da conduta, a ocorrência do dano e o nexo de causalidade entre eles.⁸⁸

⁸⁸ PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Da Responsabilidade Civil*, 5ª ed., Forense: Rio, 1994, p. 93.

A ilicitude do ato reside na adoção de uma conduta indevida, inadequada de acordo com os padrões de conduta que deveriam ser esperados.⁸⁹ Assim, levam-se em consideração os parâmetros reconhecidos como sendo ideais para o caso específico, de acordo com a especialidade médica em questão, para verificar se as condutas realizadas estão dentro deste padrão. No caso judicial, este procedimento é realizado através da perícia médica. Importante diferenciar o erro culposos do erro profissional, que ocorre quando o profissional utiliza técnica bem executada, mas que se revela ruim para o caso específico e que, em se tratando de casos controvertidos ou duvidosos, não pode ser enquadrado como imperícia, imprudência e negligência de forma simples⁹⁰, sendo possível que não seja caracterizado como ilícito a ensejar a responsabilidade civil.

No que diz respeito à conceituação da culpa no caso da medicina, é importante notar que o movimento de “desculpabilização da responsabilidade civil” foi muito relevante. Isso porque, no direito civil tradicional, a culpa psicológica que teve grande importância, perdeu espaço para a sua identificação como a desconformidade a um modelo abstrato de conduta e, então, um distanciamento da moral e das condições psicológicas do agente.⁹¹ Dentro desta perspectiva, há a verificação da ocorrência da violação ou não de um parâmetro socialmente adequado para a caracterização da culpa, com a análise objetiva da conduta do agente.⁹² A relevância dessa conceituação se observa no afastamento da noção do grau de culpa para a responsabilização do médico, que importava na necessidade de culpa grave ou na ocorrência de “erro grosseiro” para que fosse caracterizada a culpa.

⁸⁹COMPARATO, Carlos Nelson Konder. DALSENTER, Thamís. *Questões atuais da responsabilidade civil médica e hospitalar*, pg. 465, in *Dos Hospitais aos Tribunais*, coordenação de Ana Carolina Brochado Teixeira e Luciana Dadaltro. Ed. Del Rey Ltda, Belo Horizonte. 213

⁹⁰ CASTRO, João Monteiro de. *Responsabilidade Civil do Médico*, Editora Método, São Paulo, 2005, pg. 32.

⁹¹ Ibidem, citação a Anderson Schreiber in *Novas tendências da responsabilidade civil brasileira* Revista trimestral de direito civil, n. 22. Rio de Janeiro: abr/jun 2005, pg. 51.

⁹² Ibidem.

Diante desta nova conceituação, passa-se a avaliar se a atuação do profissional atendeu aos rigores necessários na prática do procedimento em análise⁹³, o que culmina no estabelecimento de padrões a serem seguidos de acordo com as circunstâncias do caso concreto, com a especialidade médica em questão, ou seja, não se tratando de uma observância a padrões genéricos a todos os casos.

Conforme já mencionado, a ocorrência do erro médico depende da inadequação da conduta do profissional médico, sem intenção do dano, em conjunto à “inobservância de regra técnica, potencialmente capaz de produzir dano à vida ou agravamento do estado de saúde de outrem, mediante imperícia, imprudência ou negligência.”⁹⁴ A caracterização destes requisitos é extremamente relevante e igualmente delicada no que diz respeito ao exercício da profissão médica.

A imprudência compreende a atuação que deixa de considerar os resultados possíveis da situação ou conduta adotada, mediante ação ou omissão, adotar procedimentos sem o devido esclarecimento ao paciente ou consentimento.⁹⁵ Já a imperícia compreende a utilização de técnicas não dominadas pelo profissional ou a prática do ato sem o conhecimento necessário, bem como deixar de observar as normas técnicas.⁹⁶ A negligência, por sua vez, compreende a falta de conduta que os deveres profissionais demandam na circunstâncias, corresponde a uma atuação negativa do profissional.

De qualquer forma, a caracterização da responsabilidade civil dependerá da existência do nexo de causalidade entre a conduta que desrespeita os padrões de atendimento e o dano suportado pelo paciente. A prova pericial irá apurar a conduta de acordo com os padrões estabelecidos em medicina para a especialidade objeto de análise, ou seja, o profissional médico deve prestar os serviços em conformidade às melhores técnicas vigentes. Estas circunstâncias podem ser conflituosas, no entanto, quando não

⁹³ TEPEDINO, Gustavo. *A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea. Temas de direito civil, tomo II*. Rio de Janeiro, Renovar. 2006, pg. 93.

⁹⁴ CASTRO, João Medeiros, de. *Responsabilidade Civil do Médico*. Ed. Método. São Paulo, 2005. Pg. 141.

⁹⁵ Obra citada, pg. 142. DINIZ, MARIA Helena, *O estado atual do biodireito*. p 544.

⁹⁶ Obra citada, pg. 144.

houver um consenso a respeito do que sejam as melhores práticas, de quais são os padrões ou quando estes padrões estiverem em processo de modificação. Ao que tudo indica, esta pode ser exatamente a situação em que se encontra a atenção médica dispensada no momento do parto, pois algumas práticas que até recentemente eram compreendidas como aceitáveis ou até mesmo indicadas como as melhores, hoje já são consideradas por uma grande parte dos profissionais de medicina e órgãos internacionais como não sendo recomendadas ou até mesmo inaceitáveis.

O estabelecimento dos padrões de atendimento a serem seguidos pelos profissionais, o Código de Ética Médica e as Resoluções dos Conselhos de Medicina têm papel fundamental para balizamento das condutas a serem adotadas. O Código de Ética Médica⁹⁷, no Capítulo I, que dispõe sobre os princípios fundamentais, afirma que o profissional deverá sempre se aprimorar e usar o melhor progresso científico em benefício do paciente e da sociedade, usando os meios técnicos e científicos disponíveis que visem aos melhores resultados. Já no Capítulo II, que trata dos direitos do médico está assegurado ao profissional que indique o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas, respeitando a legislação vigente.⁹⁸ Nas vedações ao exercício da medicina, o Código de Ética proíbe a prática ou indicação de atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente.⁹⁹

No que diz respeito às resoluções dos conselhos de medicina há muito debate, pois diante de um cenário de disputas políticas sobre o exercício da atividade profissional, algumas resoluções estabelecem restrições às atividades médicas que vão de encontro aos anseios sociais nas questões envolvendo o atendimento obstétrico. Um exemplo desta disputa ocorre nos casos dos partos domiciliares, tendo vários Conselhos Estaduais de Medicina editado resoluções proibindo a atuação dos profissionais em partos fora do ambiente hospitalar¹⁰⁰. Outra polêmica surgiu quando o CFM publicou a

⁹⁷ Com redação aprovada pela Resolução do CFM de número 2.217/2018.

⁹⁸ Código de Ética Médica, capítulo I, itens V e XXVI e Capítulo II, item II.

⁹⁹ Ibidem, Capítulo III, artigo 14.

¹⁰⁰ Resolução 266/2012 do CREMERJ, Resolução 111/2004 do CREMESP proíbe atuação do médico nos CPN, assim como a Resolução nº 193/2019 do CRM-SC proíbe a participação do médico na realização de partos planejados fora do ambiente hospitalar.

Resolução nº 2.232/2019, em 16/09/2019, que estabelece normas éticas para a recusa terapêutica do paciente e a objeção de consciência do profissional, determinando no artigo 5º, § 2º que a recusa terapêutica da gestante, analisada na perspectiva do binômio mãe/feto poderia ser caracterizada como abuso de direito dela em relação ao feto. Este e outros dois dispositivos da mesma resolução foram suspensos por força de decisão judicial, que antecipou parcialmente os efeitos da tutela pretendida nos autos da ação civil pública movida pelo Ministério Público Federal, em que é pleiteada a nulidade do disposto nos artigos 6º e 10 e § 2º do artigo 5º da resolução, ante a violação aos direitos da gestante¹⁰¹.

Estes são apenas alguns dos exemplos das tensões existentes entre os anseios sociais quando ao atendimento obstétrico e o posicionamento do CFM e dos conselhos regionais, ainda que indiquem embasamento legal nas normas de proteção de direitos das crianças e das gestantes, com a preocupação com o desfecho dos atendimentos para o binômio materno-fetal. O fato é que, mesmo com todas as resoluções adotadas pelos conselhos de medicina, os indicadores não apontam melhoria nos percentuais de mortes maternas dos últimos 10 anos, sendo certo que a atuação dos conselhos de medicina não tem obtido resultados no que diz respeito à redução das ocorrências de violência obstétrica, pois nenhuma destas providências atua nas causas estruturais da violência contra a mulher que estão engendradas em todos os setores da sociedade.

A atuação do CFM, dos conselhos regionais de medicina, do Ministério da Saúde e agências de controle para o combate à violência obstétrica precisa compreender que esta é uma forma de violência de gênero e não um resultado de erro médico. O erro médico pode, efetivamente compor o cenário dos danos causados à gestante, mas não é sua única causa.

A causa da violência obstétrica é a formação e estrutura sociais que permitem a normalização de condutas violentas e restritivas ou violadoras de direitos e, muitas vezes, como parte natural do processo gestacional e do parto, a ser suportadas pelas gestantes.

¹⁰¹ Ação Civil Pública, em curso perante a 8 Vara Federal de São Paulo, processo nº 5021263-50.2019.4.03.6100. A decisão que antecipou os efeitos da tutela foi proferida em 17/12/2019.

A construção de um novo paradigma de atendimento no período gestacional está ocorrendo a passos largos, há vários anos e sua implementação de forma eficaz depende da atuação conjunta de vários setores da sociedade.

Um componente indispensável neste processo é justamente o reconhecimento de que a violência obstétrica é uma ocorrência que ultrapassa os limites da atuação médica ou dos demais profissionais de saúde, mas algo que molda a formação do conhecimento destes profissionais, a estruturação dos espaços de atendimento, inclusive na esfera administrativa, a percepção da gestante e de seus direitos e do local por ela ocupado na cena do parto. É necessário que seja realizado o descolamento da violência obstétrica da obrigatoriedade do erro médico para que seja efetivamente reconhecida e, principalmente, combatida a sua ocorrência. A busca pela culpa do profissional no âmbito da violência obstétrica acaba por ofuscar a sua identificação e a responsabilização pela sua ocorrência.

É inequívoco que o erro médico pode ocorrer no atendimento médico durante a gestação, parto, pós-parto e abortamento, mas essa não é a única situação capaz de atrair a responsabilidade civil do profissional de medicina, pois as violações de direitos de gestantes podem ocorrer em outras circunstâncias não compreendidas no instituto do erro médico. Este é o caso da violência obstétrica, compreendida de forma ampla, que abarca violações de direitos decorrentes da inadequação da técnica médica aplicada e outras violações não necessariamente vinculadas à conduta técnica. Esta situação tem sido identificada em escala global, tal como será demonstrado nos itens a seguir.

3.2 – Outro lugar, mesma história: a violência obstétrica como um problema de saúde pública mundial

3.2.1 – Reconhecimento pela Organização Mundial de Saúde

Observada a caracterização do erro médico, verifica-se que a violência obstétrica não se enquadra, necessariamente, nos cenários que o qualificam, pois comporta condutas decorrentes das violências de gênero suportadas pelas mulheres na sociedade.

É possível que ocorra erro médico no atendimento relacionado à gestação, mas as ocorrências de violência obstétrica não se restringem aos casos de erro. Na realidade, a maioria dos casos ocorre em consequência da naturalização da violência e normalização de condutas que ferem os direitos da personalidade e os direitos humanos das mulheres.

As técnicas de atendimento das gestantes, especialmente no que diz respeito ao momento do parto, já vem sendo revisadas nos últimos anos, com maior atenção desde o desenvolvimento do método científico na medicina, nas décadas de 1970 e 1980¹⁰², com o início do movimento da medicina baseada em evidência científica. Este movimento impulsionou a atuação da Organização Mundial de Saúde - OMS¹⁰³ a recomendar menos intervenções médicas nos partos, bem como a classificação das condutas médicas em quatro categorias, as quais seriam (i) utilidade comprovada, (ii) utilidade não comprovada e que deve ser eliminada, (iii) utilidade não comprovada que requer precaução e (iv) realizadas de forma inadequada causando mais danos do que benefícios¹⁰⁴. Desde então, a OMS vem realizando outras publicações que incentivam o parto normal como melhor solução para mulher e criança nos partos de risco habitual¹⁰⁵.

Ainda assim, nem todas as recomendações da OMS são recebidas com unanimidade, sendo certo que algumas técnicas seguem ensinadas e utilizadas no País até os dias de hoje, o que concorre para aumentar a complexidade do quadro que compõe a identificação das ocorrências de violência obstétrica e sua avaliação pelos juízes e tribunais. A insistência na prática de técnicas não recomendadas pela OMS resulta não só da ausência de unanimidade científica sobre certos temas, como também de disputas de poder relacionadas à detenção do conhecimento científico.

¹⁰². PAIVA, Renata Araujo de. *A violência obstétrica: um mecanismo conformador do sujeito feminino*. Dissertação de mestrado pela PUC-RIO, 2020, pg. .

¹⁰³ World Health Organization. *Care in Normal Birth: A Practical Guide. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit*. Geneva: WHO, 1996.

¹⁰⁴ DINIZ, Simone Grilo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*, Tese de Doutorado apresentada à USP, 2001. p. 5

¹⁰⁵ PAIVA, Renata Araujo de. *A violência obstétrica: um mecanismo conformador do sujeito feminino*. Dissertação de mestrado pela PUC-RIO, 2020, pg. .

Conforme já abordado no capítulo 2, a OMS reconhece a violência obstétrica como um problema de saúde pública mundial, resultante dos contextos de desigualdade de gênero, que se caracterizam como formas de violação aos direitos humanos fundamentais das mulheres. O órgão reafirma a necessidade de que os governos adotem medidas preventivas e produção de dados referentes às práticas na assistência de saúde. Estas são as recomendações:

- 1 – Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos;
- 2 – Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência;
- 3 – Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto;
- 4 – Produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais;
- 5 – Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.¹⁰⁶

Estas recomendações confirmam a situação global crítica da violação de direitos das gestantes e tem como objetivo conclamar as nações ao diálogo, conscientização e envolvimento da população nas soluções e combate às práticas violadoras de direitos. Ainda que as recomendações da OMS não tenham força de norma nos países membro, mas sim o objetivo de auxiliar na tomada de decisões, no caso brasileiro é possível observar que no judiciário são reconhecidas com forte caráter técnico-científico, embasando muitas decisões relevantes de saúde pública.

A partir do posicionamento e recomendações das OMS, outros organismos internacionais passaram a tratar o tema com o reconhecimento de que se trata de uma questão mundial.

¹⁰⁶ Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Publicado em 2014. OMS.

Conforme mencionado, alguns países já estão adotando medidas legais para coibir a ocorrência da violência obstétrica, tais como Argentina e Venezuela, onde há sua definição e em até criminalização em âmbito federal, enquanto alguns tratam o tema apenas em âmbito estadual, como México, Bolívia, Panamá e Brasil ¹⁰⁷. O reconhecimento da ocorrência desta forma de violência em países variados e o reconhecimento, tanto pela OMS quando pela ONU, não só reforça que se trata de uma ocorrência fruto de um sistema cultural global, como também é de relevância no combate e prevenção.

3.2.2 – Reconhecimento pela Organização das Nações Unidas

Tendo em vista os apontamentos apresentados pela OMS, a Organização das Nações Unidas - ONU se dedicou a fazer um levantamento a respeito da situação global da violência obstétrica que resultou em um relatório publicado em 2019¹⁰⁸.

O objetivo do documento é estudar as causas e consequências da violência contra mulheres no sistema de saúde, com foco no parto e violência obstétrica, analisando as suas raízes e questões estruturais que precisam ser abordadas para o seu combate. O documento foi elaborado contando com a colaboração da OMS e em diálogo com a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, sendo que este também publicou um relatório que será apresentado ainda neste capítulo. Considerando as contribuições recebidas para a elaboração do Relatório¹⁰⁹, a Relatora Especial aponta que há uma falta de consenso global a respeito da definição e da forma de verificação da ocorrência da violência obstétrica, uma vez que em certos contextos, a sua identificação é dificultada pela normalização da violência de gênero e, por tal razão, ressalta que a definição de violência contra mulheres constante do

¹⁰⁷ Lei 26.485 na Argentina, art. 6, “e” define a violência obstétrica, na Venezuela o artigo 15, item 13 da Lei Orgânica sobre o direito da Mulher a uma vida livre de Violência apresenta a definição, o artigo 51 indica as situações de violência obstétrica, prevendo a condenação ao pagamento de multa e encaminhamento ao órgão responsável para processo disciplinar.

¹⁰⁸ *Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence* – ONU. 2019. obtido no endereço <https://undocs.org/en/a/74/137> acesso em 07/01/2025.

¹⁰⁹ Foram recebidas mais de 128 contribuições para a elaboração do relatório de organizações da sociedade civil, Governos e instituições independentes e acadêmicos, que podem ser encontradas no endereço <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during> . Acesso em 09/01/2025.

artigo 1º¹¹⁰ da Declaração Sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres é aplicável a todas as formas de violência contra a mulher no sistema de saúde.

A avaliação da Relatora Especial da ONU levou em consideração circunstâncias variantes em cada país cuja pesquisa foi realizada, identificando que as condições do sistema de saúde local podem ser de grande influência no atendimento recebido, indicando que o excesso de pacientes, condições de trabalho precárias para os profissionais de saúde, a falta de equidade de gênero na composição do corpo profissional, com excesso de profissionais masculinos em algumas localidades, seriam fatores que contribuem ao cenário de violência em várias dos locais observados. Estas circunstâncias estão presentes em muitos contextos da atenção de saúde da mulher no caso do Brasil, ainda que não sejam as únicas causas do problema.

Um outro ponto relevante trazido pelo relatório é a falta de investimento dos países observados em treinamento adequado dos profissionais de saúde referente à ética médica e aos direitos humanos das mulheres, incluído a obrigação de fornecer atendimento respeitoso e livre de discriminação. Sobre esta questão é possível ir além e indicar que também é necessário que seja intensificado o ensino de ética, direitos humanos e não discriminação durante a formação dos profissionais de saúde, tanto nas universidades quanto nos programas de residências e estágios. É necessário que toda unidade hospitalar e em especial aquelas que atendem mulheres gestantes, mantenham programas de treinamento nessa temática, direcionados a todos os profissionais que nele atuam, desde a recepção da paciente até o encerramento do atendimento.

A hierarquização do conhecimento médico é outro apontamento constante do relatório que tem extrema relevância, pois gera uma relação desigual de poder com possíveis consequências na forma como o atendimento é conduzido, especialmente no contexto de vulnerabilidade em que se encontra a gestante, na maioria das situações do atendimento, que pode ser

¹¹⁰ Definição de violência contra mulheres do artigo 1º da Declaração Sobre a Eliminação da Violência Contra Mulheres "significa qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, quer ocorra em público ou na vida privada."

agravada em função de sua condição social. O relatório ressalta que “ainda que os prestadores não tenham necessariamente a intenção de tratar mal as pacientes, a autoridade médica pode acabar fomentando uma cultura de impunidade, em que as violações aos direitos humanos não só ficam sem solução, como também não são notadas.”¹¹¹

Com a análise através da perspectiva de direitos humanos, o relatório reforça que as ocorrências de violência obstétrica são violações de direitos humanos das mulheres, assegurados em tratados e convenções internacionais tais como CEDAW, Declaração Sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres, Convenção de Belém do Pará, Protocolo à Carta Africana de Direitos do Homem e dos Povos Relativo ao Direitos da Mulher em África, Convenção do Conselho da Europa para Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e Violência Doméstica, Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e a Plataforma de Ação da Quarta Conferência Mundial das Mulheres. Além disso, o documento indica processos julgados por cortes internacionais de direitos humanos movidos contra Brasil, Bolívia, Croácia, Reino Unido, República Tcheca, Rússia, Peru, El Salvador, Hungria.

Ao longo do texto são utilizados os termos “violência obstétrica” e “violência contra mulheres durante o parto”, pois como ressalta a Relatora Especial, o primeiro termo, amplamente usado na América Latina, ainda não consta de documentos internacionais de direitos humanos das mulheres. Também é destacada a escolha da palavra maus-tratos, pois afirma que nem sempre os atos cometidos durante o atendimento de saúde são atos de violência intencional, ainda que muitos o sejam, fazendo uma diferenciação entre violência contra a mulher e violação de direitos humanos, conforme pode ser observado no texto transcrito:

¹¹¹ “Although providers do not necessarily have the intention of treating their patients badly, “medical authority can thus foster a culture of impunity, where human rights violations do not only go unremedied, but unnoticed.” ONU. Obra citada, pg. 16.

While there is an array of existing terms, including “mistreatment”, “disrespect”, “abuse”, “physical violence” and “violence against women”, for the sake of clarity the Special Rapporteur has decided to use the terms “mistreatment” and “violence against women” in her report. The Special Rapporteur acknowledges that many forms of mistreatment related to childbirth and other reproductive health services are not deliberate or intentional acts of violence against women, although certain acts or omissions (see para. 10 above) could be considered as such. It should be noted, however, that in certain circumstances some forms of mistreatment could amount to violence against women in individual cases, depending on circumstances, while others could be determined to be human rights violations based on human rights standards and human rights jurisprudence.¹¹²

Afirma ainda que, como resultado de recomendações do Comitê de Peritas do Mecanismo de Seguimento da Convenção de Belém do Pará, muitos países já estão criando leis que ressaltam e reconhecem os direitos das gestantes e parturientes, especialmente na América Latina, onde o relatório destaca a existência de um movimento contra a violência obstétrica que a relaciona como causa principal da violência de gênero e do erro médico, mas inobstante a existência de legislação específica, os direitos das gestantes seguem violados. Na Bolívia, a legislação, segundo o relatório, amplia a conceituação denominando a ocorrência como “violência contra os direitos reprodutivos”, que engloba também os casos de aborto espontâneo e amamentação.

Abordando as dificuldades que envolvem a denúncia das violências sofridas, o Relatório ressalta o papel fundamental que a nova era digital trouxe para a quebra do silêncio, possibilitado a atuação de movimentos sociais a trazer luz ao problema e identificar tratar-se de uma questão difundida e engendrada no sistema de saúde, de forma global.

¹¹² “Enquanto existe uma grande variedade de termos, incluindo “maus-tratos”, “desrespeito”, abuso, violência física, violência contra mulheres, com fins de esclarecimento, a Relatora Especial decidiu pelo uso dos termos “maus-tratos” e “violência contra mulheres” no seu relatório. A Relatora Especial reconhece que muitas formas de maus-tratos relacionados ao parto e outros serviços de saúde reprodutiva não são deliberadamente ou intencionalmente atos de violência contra mulheres, ainda que certos atos ou omissões (ver par. 10 acima), poderiam ser considerados como tal. Deve ser observado, no entanto, que algumas formas de violência podem ser equipados a violência contra mulheres em casos individuais, dependendo das circunstâncias, enquanto outros podem ser estabelecido como violações de direitos humanos baseadas em padrões de direitos humanos e jurisprudência em direitos humanos.” Obra citada, pg. 7, tradução livre.

Dentre as violações de direitos e violências identificadas no relatório observa-se muita semelhança com aquelas identificadas no contexto brasileiro, tais como restrição física de mulheres encarceradas durante o parto, esterilização forçada de mulheres em circunstâncias de vulnerabilidade social, realização de episiotomia sem necessidade ou sem o devido consentimento, prática do “ponto do marido”, o uso excessivo de medicamentos indutores do parto como a ocitocina, realização da manobra de Kristeller, recusa de anestésicos durante a realização de procedimentos dolorosos, restrição de movimento, tratamento desrespeitoso, e ameaças, circunstâncias nas quais os interesses do feto tem mais relevância do que as escolhas de parturiente, levando a excessivo aumento da quantidade de partos cirúrgicos, contextos nos quais o planejamento do sistema de saúde está focado em tempo e eficiência econômica, também levando ao aumento do número de partos cirúrgicos.

O relatório reconhece que o consentimento informado é um direito fundamental no atendimento de saúde e especialmente no que diz respeito à saúde reprodutiva e parto, que demanda a obtenção de informações adequadas e completas a respeito de possibilidades de tratamento, a fim de que seja realizado de forma consciente, ressaltando o posicionamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – FIGO, de que o consentimento informado é indispensável, ainda que, por vezes, seja desafiador e demande tempo. Em algumas das contribuições recebidas na elaboração do relatório ressaltaram que em várias situações as gestantes são submetidas à tomada de decisão já no momento do parto ativo, quando sua capacidade decisória se encontra prejudicada pelas próprias circunstâncias do parto.

Dentre as recomendações que o relatório faz aos países membros, destacam-se aquelas dos itens 78 e 80, que aponta a necessidade de que os Estados promovam a cooperação entre os hospitais e associações profissionais com as organizações não governamentais de direitos das mulheres, movimentos de mulheres e instituições independentes de direitos humanos que lidam com direitos sexuais e reprodutivos, bem como abordar os problemas estruturais da sociedade relacionados à discriminação socioeconômica que permeiam a atividade das instituições de saúde, a falta de qualificação e treinamento de profissionais em direitos humanos das

mulheres, falta de estrutura das instituições e sobrecarga dos profissionais e recursos a serem investidos nas instituições que atendem gestantes e lidam com direitos sexuais e reprodutivos.¹¹³

Ainda no âmbito da ONU, ganha destaque a atuação do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, julgando casos de violações de direitos humanos das mulheres, tal como ocorreu com Alyne da Silva Pimentel Teixeira em 2011, com a condenação do Brasil pela sua morte, decorrente de atendimento médico inadequado durante a gestação. Esta decisão representa um marco no combate à violência contra mulheres, pois foi a primeira vez que um país foi condenado por um órgão internacional de direitos humanos por uma morte materna evitável.¹¹⁴ A ação foi movida pelo *Center For Reproductive Rights* e Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos em nome da mãe de Alyne, sob fundamento de que o Estado Brasileiro havia violado seu direito à saúde sem discriminação e à justiça, pois quando da distribuição da demanda já havia mais de 4 anos sem que houvesse julgamento do caso pelo Judiciário brasileiro.

A decisão condena o Brasil pela violação do artigo 12, com relação ao acesso à saúde, do artigo 2º, letras “c” que trata sobre o acesso à justiça em igualdade de condições, e “e” com relação à obrigação do Estado de regular a atividade de saúde prestada por particulares, com base na definição constante do artigo 1º sobre discriminação contra a mulher, em conjunto com as Recomendações Gerais nº 24 a nº 28.¹¹⁵ A decisão determina ao Estado brasileiro a tomada de medidas de reparação e políticas públicas para garantia de direitos à saúde das mulheres brasileiras, dentre as quais resultou o Programa Rede Cegonha, recentemente renomeado como Rede Alyne.

¹¹³ Ibidem, pg. 21.

¹¹⁴ Informações obtidas no documento elaborado pela organização *Center for Reproductive Rights* encontrado no endereço eletrônico <https://reproductiverights.org/news/brasil-da-um-passo-adiante-na-garantia-da-saude-materna-com-a-rede-alyne/> https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10%2024%2014_FINAL_0.pdf Acesso em 13/01/2025.

¹¹⁵ Íntegra do julgado obtida no endereço eletrônico <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n11/516/99/pdf/n1151699.pdf> Acesso em 13/01/2025.

O Relatório da ONU ainda menciona algumas decisões da Corte Europeia de Direitos Humanos, da Comissão Africana de Direitos do Homem e dos Povos e da Corte Interamericana de Direitos que abordam casos de violações de direito das mulheres durante gestação, parto e abortamento, que reforçam a grave situação de saúde pública mundial.

3.2.3 – Abordagem no Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos

No Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos, tanto a Comissão Interamericana de Direitos Humanos - CIDH quanto a Corte Interamericana de Direitos Humanos – Corte IDH tem enfrentado situações decorrentes da violência contra mulheres. No informe *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes* a CIDH afirma que a violência obstétrica é uma forma de violência contra a mulher, cuja definição assim apresenta:

Se bem que não existe uma definição jurídica do conceito de violência obstétrica no direito público internacional, a CIDH tem considerado que a “a violência obstétrica abarca todas as situações de tratamento desrespeitoso, abusivo, negligente, ou de degradação de tratamento, durante a gravidez e o período anterior, e durante o parto e o pós-parto, em centros de saúde públicos ou privados. Assim, a violência obstétrica se configura nas ações ou omissões por parte dos médicos e pessoal de apoio nos serviços de saúde, públicos ou privados, durante a atenção no período de gestação, parto e pós-parto, que se caracterizam por um trato desumanizados, ou discriminatório que causam dano físico, psicológico ou moral à mulher.”¹¹⁶ (tradução livre)

¹¹⁶ “Si bien no existe una definición jurídica del concepto de violencia obstétrica en derecho público internacional, la CIDH ha considerado que “la violencia obstétrica abarca todas las situaciones de tratamiento irrespetuoso, abusivo, negligente, o de denegación de tratamiento, durante el embarazo y la etapa previa, y durante el parto o postparto, en centros de salud públicos o privados. Así, la violencia obstétrica se configura en las acciones u omisiones por parte de los médicos y personal de apoyo en servicios de salud, públicos o privados, durante la atención en el proceso de gestación, parto y postparto, que se caracterizan por un trato deshumanizador o discriminatorio que causan un daño físico, psicológico o moral a la mujer” OAS. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Informe *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas practicas e desafíos em America Latina y em el Caribe*. 2019, pg. 93. Disponível no endereço <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>. Acesso em 14/01/2025.

Neste documento, a CIDH reconhece que esta forma de violência contra a mulher é proibida por tratados interamericanos de direitos humanos, incluindo a Convenção de Belém do Pará e que tal violência confirma estereótipos de gênero sobre o papel das mulheres, representando uma forma de discriminação baseada no pressuposto de que o sofrimento faz parte da experiência gestacional e na manutenção da hierarquização de gêneros que as tornaria incapazes de decisões adequadas no processo reprodutivo e ainda, fundamentada em noções machistas sobre o corpo feminino como objeto do prazer masculino.

Além de relacionar os contextos nos quais a violência obstétrica ocorre, o documento adverte que esta é uma prática normalizada e comum que se mantém invisibilizada em grande parte dos países da região, como parte do processo de hierarquização do conhecimento médico e da situação de vulnerabilidade das mulheres. Ressaltando que todo este contexto dificulta a denúncia da violência obstétrica e a obtenção adequada de dados a seu respeito, o informe menciona os dados da pesquisa Nacer no Brasil que aponta que 1 a cada 4 mulheres sofre violência obstétrica no País e no México, no ano de 2016, 25% das mulheres sofreram esta forma de violência.¹¹⁷

Enfatiza também, que os países participantes da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento adotaram o Consenso de Montevideo no qual consta a medida prioritária 45 para melhorar a atenção humanizada do parto e do nascimento, levando em conta as necessidades das mulheres, das crianças e das famílias, o que demanda a tomada de medidas tais como a tipificação da violência obstétrica como uma grave expressão da violência de gênero, a fim de que seja prevenida.¹¹⁸

¹¹⁷ Obra citada, pg. 94.

¹¹⁸ De acordo com a organização não governamental Mira que Miro, o Brasil é um dos países que mais cumpriu os compromissos assumidos em relação aos direitos reprodutivos e sexuais, sendo que entre os desafios que permanecem, estão o aborto, laicidade e humanização do parto. Informações constantes do site <https://miraquetemiro.org/> Acesso em 14/01/2025.

Neste informe, a CIDH indica que países como Bolívia, Argentina, Panamá, Mexico, Peru e Venezuela já contam com a existência de leis reconhecendo a violência obstétrica como violência de gênero, mas ainda que seja um passo muito relevante a existência de tais disposições normativas, há que ser efetivamente aplicada a legislação para que haja proteção real do direito.

Considerando todas essas questões, a comissão recomenda que os países não só estabeleçam leis que reconheçam a violência obstétrica como violência de gênero, mas também adotem sanções que sejam efetivamente aplicadas, meios de denúncia, campanhas de conscientização para que as mulheres reconheçam seus direitos, identifiquem a violência e possam buscar a justiça e, principalmente, fornecer meios de informação às mulheres para que possam ter conhecimento sobre o período gestacional, parto e pós-parto para que possam exercer seus direitos de escolha. Por fim, a comissão recomenda que sejam promovidos mecanismos de capacitação regular dos profissionais de saúde sobre a proteção dos direitos das mulheres no processo reprodutivo.¹¹⁹

Conforme mencionado no relatório especial da ONU, a Corte IDH vem sendo demandada em casos relacionados à violação de direitos de saúde reprodutiva da mulher e tem atuado para combater a violência obstétrica. No estudo realizado pelo NUPEGRE/EMERJ¹²⁰, foram identificados 13 casos julgados no Sistema Interamericano de Direitos Humanos envolvendo violência obstétrica, dentre os quais estão casos com morte materna, histerectomia não consentida, criminalização da gestante que sofreu emergência obstétrica, graves lesões ao bebê, violação de direitos de mulheres privadas de liberdade, violação de direitos de mulheres indígenas, falta de atendimento de qualidade durante emergência obstétrica, negativa de interrupção da gestação de bebê anencéfalo em gravidez de risco, discriminação de mulheres soropositivas e graves lesões decorrentes da cirurgia cesariana.

¹¹⁹ Obra citada, pgs. 95 e 96.

¹²⁰ Escola de Magistratura do Rio de Janeiro, Núcleo de Pesquisa em Gênero, Raça e Etnia. *“Se ficar gritando, vai ter o filho sozinha: A Violência Obstétrica à Luz do Direito Brasileiro e do Sistema Interamericano de Proteção de Direitos Humanos*. Rio de Janeiro. 2024. Pgs. 43 e 44.

Um desses casos foi o de Cristina Brítez Acre vs Argentina, em que a Corte considerou a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero. O caso foi levado à Corte por dois filhos de Cristina questionando a forma como foram conduzidas as investigações e ações criminais e também a ação cível movidas em função de sua morte, decorrente de atenção deficitária durante a gestação. Cristina, na sua terceira gestação, considerada de risco, peregrinou por atendimento médico até que fosse constatado o falecimento do bebê e realizada a indução do parto que ocasionou a sua morte também.

Na sentença, a Corte IDH considerou o Estado argentino responsável pelas violações aos direitos à vida e à integridade pessoal de Cristina, com base no disposto nos artigos 4.1, 5.1 e 26 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos e também pela violação de direitos de seus filhos, conforme dispositivos da própria CADH e Convenção de Belém de Pará. Nesse julgamento a Corte IDH ressalta que já vem sustentando entendimento de que a violência obstétrica é uma forma de violência de gênero e violação a direitos humanos proibida nos tratados interamericanos.¹²¹

Nos casos analisados no relatório do NUPEGRE/EMERJ no âmbito do SIDH foi identificado que a violência de gênero está fortemente relacionada à atribuição de estereótipos de gênero associados ao papel da mulher e que no caso da violência obstétrica tem relação com esse papel na maternidade e sua capacidade para tomada de decisões, bem como crenças religiosas que afirmam a necessidade de sofrimento da mulher durante o parto.¹²² O relatório apresenta um resumo das recomendações da Corte IDH aos Estados dando ênfase àquelas medidas de não repetição que compreendem a indicação de estruturação de programas e políticas “para prevenção e investigação de possíveis casos de violência obstétrica considerando os padrões interamericanos sobre a matéria.”¹²³

¹²¹ Íntegra da decisão no endereço eletrônico https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_474_esp.pdf Acesso em 21/01/2025. Uma análise da decisão é encontrada no relatório do NUPEGRE/EMERJ, obra citada, páginas 49 e 50.

¹²² Relatório NUPEGRE/EMERJ, pgs. 80 e 81.

¹²³ Obra citada, pg. 84.

Dentre estas, encontram-se recomendações de capacitação destinadas ao Ministério Público e ao Poder Judiciário para investigação de possíveis casos de violência obstétrica, “levando em consideração os padrões interamericanos em matéria de devida diligência e prazo razoável, bem como perspectiva de gênero”, além da capacitação dos estudantes e profissionais de saúde, tanto na esfera pública quanto privada, “sobre direitos à saúde materna, consentimento informado, estereótipos de gênero, esterilização feminina e discriminação com base em estereótipos de gênero.”¹²⁴

Algumas medidas foram direcionadas às alterações legislativas envolvendo a regulamentação da obrigação de sigilo profissional médico e confidencialidade do histórico clínico, legalização da interrupção de gestações nas quais haja inviabilidade da vida extrauterina e risco para a gestante, alteração legislativa para exclusão de enfoques discriminatórios e garantir o respeito a autonomia das mulheres, bem como alteração da legislação penal de criminalização do aborto para ampliação de direitos, especialmente no que diz respeito à dosimetria de pena em casos de infanticídio e de excludentes de licitude para os casos de fetos com inviabilidade extrauterina. No que diz respeito ao acesso à informação as recomendações são para realização de campanhas de divulgação de direitos ao atendimento humanização durante a gestação, parto e pós-parto, orientações sobre o que pode ser considerado como violência obstétrica, publicação de material explicativo de saúde sexual e reprodutiva falando a respeito do consentimento prévio livre e esclarecido, com linguagem clara e acessível e campanhas relacionadas ao HIV, especialmente no que diz respeito à não discriminação e com abordagem de gênero dos direitos sexuais e reprodutivos.¹²⁵

3.2.4 – No Brasil e nas Américas

Conforme já observado ao longo do texto, inúmeros documentos e artigos internacionais reconhecem que o termo “violência obstétrica” surgiu na América Latina, bem como que vários países desta região já adotaram legislação que a define ou que prevê punição para sua ocorrência.

¹²⁴ Obra citada, pg. 85.

¹²⁵ Obra citada, pg. 85.

A situação atual da legislação existente no Brasil para proteção contra a violência obstétrica já foi abordada no capítulo anterior, razão pela qual neste item, no que diz respeito ao contexto brasileiro, serão apresentados dois estudos que abordam a temática sob a ótica da tipificação do crime, que ainda não ocorreu, além da apresentação do contexto geral nas Américas.

Em 2012, no curso da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre Violência Contra a Mulher, a Rede Parto do Princípio apresentou o Dossiê “Parirás com dor” com a demonstração do panorama da violência obstétrica no País¹²⁶. De forma direta e implacável o documento apresenta um cenário desolador da violência sofrida pelas gestantes brasileiras, bem como reflexões a respeito de suas causas. Com base nas teses de doutorado de Simone Grilo Diniz e Janaina Marques de Aguiar são feitas considerações a respeito da natureza da violência obstétrica, descartando-se a noção de que seria uma violência institucional diante da incapacidade deste conceito de conter a complexidade do tema, especialmente em virtude da noção simplista de que a violência obstétrica seria decorrente de condições institucionais como a precarização dos hospitais e maternidades ou das condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Ainda que tais contextos contribuam para a ocorrência da violência obstétrica, não são sua causa exclusiva, já que é uma violência identificada em todos os ambientes de atendimento de saúde da mulher, inclusive na saúde suplementar, que também pode ser cometida por outros profissionais da estrutura hospitalar.

No dossiê são discutidas as situações que compõe a naturalização da violência, destacando que a assimetria da relação médico-paciente, por ser resultado de uma construção social e histórica a torna opressora e violenta, especialmente diante da falta de consentimento informado. Também são abordadas algumas das situações de violência obstétrica, tais como a episiotomia, considerada pelas autoras como uma forma de mutilação genital, outras formas de intervenção dolorosa, manobra de Kristeller, intervenções com finalidades didáticas, casos de abortamento que desencadeiam formas

¹²⁶ *Violência Obstétrica: “Parirás com dor”*. Íntegra do documento no site do Senado Federal, no endereço <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>

próprias de violência, cirurgias cesarianas realizadas sem indicação clínica e contra a vontade da gestante, formas humilhantes ou degradantes de atendimento tais como a peregrinação por vagas, abandono nas dependências hospitalares, preconceitos e discriminação, desconsideração de padrões culturais.

A abordagem é muito ampla compreendendo praticamente todas as situações de sofrimento e violência às quais são submetidas as mulheres no atendimento de saúde no Brasil, necessitando apenas, de uma abordagem mais direcionada no que diz respeito ao racismo.

O documento apresenta uma tipificação para a violência obstétrica, reconhecendo que sua ocorrência não está limitada à atuação de profissionais de saúde, assim consistente:

Dos atos caracterizadores da violência obstétrica: são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, conforme se segue.

E segue definindo e exemplificando atos de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material, midiático. Na definição dos atos de caráter material e midiático estão aqueles que busquem induzir a gestante a contratações específicas com o objetivo de assegurar condições melhores no parto e aqueles que busquem, através dos meios de comunicação, induzir as escolhas das gestantes a procedimentos e práticas sem indicação médica ou embasamento científico, respectivamente.

A CPMI da violência contra mulher¹²⁷ apresentou várias recomendações em seu relatório final, tanto aos órgãos do Poder Judiciário quanto aos Governos Federal e dos Estados, mas o foco principal foi a violência doméstica e a aplicação da Lei Maria da Penha.

¹²⁷ A CPMI teve como objetivo “investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar as denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência”, e seu relatório final, publicado em julho de 2013 pode ser encontrado no endereço eletrônico - <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/496481> Acesso em 11/02/2025. Também é possível encontrar informações a respeito do relatório final no endereço <https://www.camara.leg.br/noticias/408621-cpmi-discute-relatorio-final-sobre-violencia-contra-a-mulher> Acesso em 12/02/2025.

A situação da violência obstétrica, no entanto, seguiu tomando cada vez mais espaço nos debates relacionados aos direitos das mulheres e à saúde sexual e reprodutiva. Em 2023 foi criada uma Comissão Especial sobre Violência Obstétrica e Morte Materna na Câmara dos Deputados, com o objetivo de estudar as razões do aumento das denúncias de violência obstétrica e a alta taxa de morte materna no país. A Comissão vem realizando vários debates relacionados ao tema, dentre os quais destacam-se a definição do conceito de violência obstétrica, a assistência ao parto em ambientes não hospitalares, a necessidade da elaboração do plano de parto e a formação dos profissionais de saúde no combate à violência obstétrica.

Mais recentemente o Relatório de Pesquisa NUPEGRE da EMERJ¹²⁸, sobre violência obstétrica fez uma pesquisa detalhada a respeito de todos os projetos de lei que abordam o tema, indicando a existência de 21 PLs que falam diretamente sobre violência obstétrica, sendo que destes, 4 tipificam o crime alterando o Código Penal. Analisando a forma como a violência obstétrica está sendo tratada no Poder Legislativo, as autoras ressaltam a necessidade de que seja levado em consideração o problema da sub-representação das mulheres nos espaços de poder, pois este fator se reflete tanto na falta de sensibilidade para tratar das temáticas que dizem respeito aos direitos à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, como até mesmo no tempo em curso dos projetos sem que sejam transformados em leis.

Observam também que alguns dos projetos procuram alterar leis federais como a Lei Maria da Penha e o Estatuto da Criança e do Adolescente para incluir a violência obstétrica. As autoras ressaltam o equívoco desta proposta, uma vez que a proteção aos direitos de saúde sexual e reprodutiva da mulher precisa de legislação específica para assegurar que ela não acabe em segundo plano diante da saúde do feto ou da criança, cujos direitos também necessitam do protagonismo na legislação que os proteja. No que diz respeito à incorporação de tais direitos ao contexto de proteção contra a violência doméstica e familiar, o equívoco se revela pela limitação de seu escopo, já que a violência obstétrica não se restringe aos espaços privados e não é perpetrada no ambiente doméstico.

¹²⁸ Pg. 104 e ss.

Por fim, as autoras ressaltam que, ainda que a criminalização da violência obstétrica seja um fator importante não é a solução, pois necessária uma abordagem multidisciplinar que envolva, principalmente a prevenção através da conscientização das gestantes e capacitação dos profissionais quanto aos direitos das mulheres.

Os estudos apontados revelam que o debate a respeito da violência obstétrica está bastante presente no contexto brasileiro, no aguardo de uma legislação federal específica que apresente não só uma definição legal capaz de trazer maior segurança à identificação de sua ocorrência, como também sanções adequadas a fim de coibi-la. Ocorre que a definição da violência em si, por dispositivo legal, apenas alcançará seu objetivo se compreendê-la como uma decorrência da violência de gênero e um problema de saúde pública.

A abordagem da violência obstétrica sob a ótica exclusiva do erro médico ou de uma forma de erro decorrente unicamente da atenção médica ou realizada em ambiente de saúde não é capaz de comportar toda a sua extensão. É necessário que a violência obstétrica seja compreendida como decorrente da formação da estrutura social.

Conforme ressaltado nos documentos da ONU e da Assembleia do Conselho da Europa, a América Latina foi pioneira no reconhecimento e enfrentamento da violência obstétrica, onde vários países já incorporaram o debate na sociedade e, alguns editaram leis que a definem como Venezuela, Argentina e Bolívia. A garantia legal ao parto humanizado já é direito reconhecido em vários outros países como Panamá, Uruguai, Equador, Costa Rica, Paraguai, El Salvador, Porto Rico, Colômbia e Brasil. Ainda que o reconhecimento legal não represente a garantia efetiva ao exercício do direito, demonstra a compreensão do tema como relevante socialmente e este reconhecimento acaba por impor a adoção de práticas institucionais diferentes, bem como políticas públicas para a implementação das garantias legais. É possível encontrar a presença de Observatório da Violência Obstétrica no Chile, na Argentina, Colômbia, Bolívia, Equador, Uruguai, Cuba, Paraguai, em El Salvador e na Costa Rica há Observatórios dos Direitos Sexuais e Reprodutivos que englobam a violência obstétrica, na Guatemala foi identificado o Observatório da Saúde Reprodutiva.

Uma pesquisa¹²⁹ em sites de organizações não governamentais de atuação local ou internacional e em notícias de jornais e em estudos acadêmicos sobre violência obstétrica em vários países da América Latina demonstra os mesmos padrões de sua ocorrência, com procedimentos invasivos e dolorosos, não consentidos ou não recomendados, as mesmas falas agressivas e constrangedoras às gestantes durante o atendimento médico no parto, todos já mencionadas no capítulo 2, ressaltando que a violência obstétrica não decorre de erro médico apenas, e que prescinde de contexto local ou cultural para existir. Na verdade, a violência obstétrica é resultado de processos sociais complexos de violência de gênero, encontrado em todos os países e instituições.

3.2.5 – Reconhecimento no Conselho da Europa e no Parlamento Europeu.

O tema da violência obstétrica é abordado em vários diferentes contextos no âmbito europeu, sendo possível encontrar uma análise no Conselho da Europa em documento elaborado pela Assembleia Parlamentar denominado *Obstetrical and gynaecological violence*¹³⁰. O documento ressalta que de acordo com a Agência de Direitos Humanos da União Europeia – FRA, uma em cada três mulheres sofre violência de gênero na Europa,¹³¹ e que esta forma de violência está presente em todos os ambientes da sociedade se caracterizando como um problema de natureza pública que demanda a ação das autoridades em adotar a Convenção do Conselho da Europa para Prevenir e Combater a Violência contra Mulheres e a Violência Doméstica – Convenção de Istambul.

¹²⁹ <https://www.dw.com/es/cambiar-la-forma-de-nacer-para-cambiar-am%C3%A9rica-latina/a-66999545>

¹³⁰ Parliament Assembly, Resolution 2309 (2019), *Obstetrical and gynaecological violence* <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236>. Último acesso em 22/01/2025.

¹³¹ A íntegra do estudo mencionado pela Assembleia Parlamentar é encontrada no endereço eletrônico <https://fra.europa.eu/pt/news/2024/one-three-women-eu-have-experienced-violence>

Segundo o documento:

*Obstetrical and gynaecological violence is a form of violence that has long been hidden and is still too often ignored. In the privacy of a medical consultation or childbirth, women are victims of practices that are violent or that can be perceived as such. These include inappropriate or non-consensual acts, such as episiotomies and vaginal palpation carried out without consent, fundal pressure or painful interventions without anaesthetic. Sexist behaviour in the course of medical consultations has also been reported.*¹³²

Embora a Convenção de Istambul condene especificamente o aborto e a esterilização compulsórios, segundo reconhece a Assembleia Parlamentar, não aborda diretamente a violência obstétrica ou ginecológica e o documento ressalta que esta abordagem já foi realizada pela OMS e pela ONU nos relatórios já mencionados no capítulo e item anteriores. Reconhecendo que a violência obstétrica é resultante de uma cultura patriarcal também presente no ambiente médico, reafirma o compromisso de promover igualdade de gênero em todas as áreas como uma estratégia de prevenção e combate da própria violência obstétrica.

Dentre as recomendações da Assembleia aos países que fazem parte do Conselho da Europa estão a adoção de medidas de (i) prevenção e combate à discriminação em quaisquer circunstâncias no acesso aos serviços de saúde, (ii) Garantir atendimento que respeite os direitos e dignidade humanos durante consultas, tratamento e parto, (iii) promoção de coleta de dados de procedimentos médicos no parto e casos de violência obstétrica para estudos do tema, com publicação de resultados, (iv) disseminação das boas práticas promovidas pela OMS e convocação das associações médicas à discussão do

¹³² Parliament Assembly, Resolution 2309 (2019), *Obstetrical and gynaecological violence* <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236>. Item 3. “Violência ginecológica e obstétrica é uma forma de violência que há muito vem sendo escondida e ainda é frequentemente ignorada. Na privacidade de uma consulta médica ou parto, mulheres são vítimas de práticas que são violentas ou que podem ser percebidas como tal. Estas incluem atos inapropriados ou não consensuais, tais como episiotomia e toque vaginal sem consentimento, fundo de útero ou intervenções dolorosas sem anestesia. Comportamento sexista durante as consultas médicas também já foi relatado.” Tradução livre. Último acesso em 23/01/2025.

tema e promoção de recomendações para prevenir a violência obstétrica, (v) campanhas de conscientização e informação sobre direitos dos pacientes e prevenção e combate ao sexismo e à violência contra mulheres, incluindo a violência obstétrica, (vi) editar e implementar legislação a respeito do consentimento informado dos pacientes e o direito à informação nos vários estágios dos procedimentos médicos, quando ainda não existir, (vii) assegurar recursos para que as condições de trabalhos dos profissionais dos hospitais sejam adequadas e haja analgésicos e anestésicos às gestantes, (viii) promover treinamento específico aos ginecologistas e obstetras, com enfoque a respeito da violência obstétrica, (ix) assegurar que os treinamentos dos profissionais de saúde valorize a relação com os pacientes, consentimento informado, igualdade de gênero, não discriminação de pessoas com deficiências, em situação de vulnerabilidade e LGBTQIA+, prevenção do sexismo, violência e assegurar o tratamento humanizado, (x) assegurar mecanismos de denúncia e ouvidorias, (xi) assegurar mecanismos de investigação e sanção dos profissionais de saúde quando da comprovação da ocorrência da violência obstétrica, (xii) oferecer mecanismos de suporte às vítimas.

Mais recentemente, o Parlamento Europeu adotou a resolução 24¹³³, de junho de 2021 na qual qualifica a violência obstétrica como uma forma específica de violência de gênero¹³⁴ e afirma que os direitos e saúde sexuais e reprodutivos estão enraizados em direitos humanos fundamentais. Em um estudo publicado pela Comissão Europeia foi feita uma avaliação da situação da violência obstétrica na União Europeia, sendo apresentado como estudo de caso o contexto na França, na Eslováquia, na Espanha e na Holanda.¹³⁵

Nesse estudo é indicado que a França não possui definição legal de violência obstétrica, mas há obrigatoriedade da obtenção do consentimento informado em quaisquer procedimentos médicos, que pode ser revogado a qualquer tempo.

¹³³ *European Parliament resolution of 24 June 2021 on the situation of Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) in the EU, in the frame of women's health.* Encontrada no endereço eletrônico https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_EN.pdf Acesso em 23/01/2025.

¹³⁴ European Commission: Directorate-General for Justice and Consumers and Quattrocchi, P., *Obstetric violence in the European Union – Situational analysis and policy recommendations*, Publications Office of the European Union, 2024, <https://data.europa.eu/doi/10.2838/440301> Acesso em 23/01/2025.

¹³⁵ Ibidem.

Aponta, ainda, uma falta de estudos que sejam voltados à temática da violência no atendimento médico e nenhuma informação estatística medindo a sua ocorrência. Ainda assim, são realizados levantamentos periódicos na rede hospitalar a respeito dos partos e nos resultados apresentados em 2021 foi indicado que 11,7% das mulheres tiveram uma experiência de parto ruim ou muito ruim, uma redução das práticas voltadas a aceleração do parto, tais como ruptura da bolsa amniótica, uso de ocitocina, comparado com o levantamento de 2016, o percentual de cirurgias cesarianas estava estável em 21,4% e o percentual de episiotomias caiu drasticamente de 20,1% em 2016 para 8,3% em 2021. No que diz respeito ao consentimento para realização de algumas intervenções, 4,2% das mulheres afirmaram que os profissionais nunca perguntaram antes de realizar toques vaginais, 11% que às vezes e 78%, que foi sistematicamente realizado, 20% das mulheres afirmaram que não foi solicitada a concordância para o uso da ocitocina, 51,8% para episiotomia e em 34,5% dos casos de cesariana de emergência.¹³⁶

O estudo aponta duas organizações independentes que abordam a questão da violência obstétrica na França, inclusive apresentando definições desta violência, movimentos sociais de denúncia, produções culturais tais como filmes e livros, ressaltando que a violência obstétrica somente tornou-se um tema de discussão pública a partir de 2010, sendo inicialmente levantado nos círculos de ativistas feministas através de redes sociais. Em 2017 foi estabelecido um observatório da violência ginecológica e obstétrica, bem como uma organização da sociedade civil dedicada à denúncia de sua ocorrência.¹³⁷

Na Holanda, o estudo aponta que a violência obstétrica não é diretamente contemplada pelo ornamento jurídico, mas que dentro das previsões legais referentes ao contrato médico, no âmbito civil, há a obrigatoriedade de informação ao paciente de todas as etapas do tratamento, procedimentos e exames, bem como consentimento para a realização. Foi observado um aumento na quantidade de estudos realizados no país, desde 2020 a respeito da violência obstétrica, que apresentam dados indicando o percentual de 39,8% de mulheres apontaram a categoria “ausência de

¹³⁶ Obra citada, pg. 44.

¹³⁷ Obra citada, pg. 45.

escolha”, 29,9% indicaram “ausência de comunicação” e 21,3%, “ausência de apoio”. Dentro da categoria “ausência de escolha” o maior percentual foi em “posição no parto” com 25,3% e em “ausência de comunicação”, o mais alto foi em “ausência de informações necessárias” com 20,9%. Com relação à questão do consentimento, 11,8% afirmou que procedimentos foram realizados sem que fosse claramente consentido antecipadamente e 3% afirmaram que os procedimentos foram realizados mesmo quando foi solicitado que não fosse.

O estudo aponta que a análise temática indica as violências obstétricas mais frequentemente relatadas como sendo as seguintes¹³⁸:

- Exames vaginais não consentidos, não desejados ou desnecessários;
- Injustiça epistêmica, especialmente manipulação de informações para realizar pressão psicológica na gestante com objetivo de convencer à aceitar certo procedimento não consentido;
- Violência física consistente na realização de procedimentos sem consentimento;
- Violência que está vinculada de alguma forma à percepção de estupro ou violência sexual, tais como episiotomias, toques do assoalho pélvico ou vaginais;
- Intervenções forçadas fisicamente indiretas tais como transferência hospitalar sem consentimento ou conhecimento das outras opções, ou diretamente contrárias à vontade da gestante;
- Intervenções forçadas tais como uso de ocitocina pós-parto, monitoramento de batimentos, ruptura da bolsa amniótica sem consentimento, obrigação da posição litotômica, utilização de eletrodos internos;
- Racismo obstétrico;

¹³⁸ Obra citada. Pg. 47.

O estudo segue apontando causas para formas de violência relacionadas à concentração do conhecimento, a partir de uma pesquisa com perspectiva autoetnográfica¹³⁹, estabelecendo quatro formas de injustiça relacionadas à violência obstétrica que seriam: injustiça hermenêutica que seria aquela na qual a gestante não possui o conhecimento certo ou discurso para entendimento e explicação da violência obstétrica cometida contra ela; injustiça testemunhal que é aquela que ocorre quando a pessoa não é levada a sério ou é desacreditada com relação à violência relatada; gaslighting que ocorre quando a pessoa é desacreditada de tal forma que começa a duvidar de sua própria percepção dos fatos ocorridos, como se fosse louca ou uma mãe ruim; ignorância hermenêutica proposital que ocorre quando o conhecimento é deliberadamente escondido da pessoa.

O estudo ainda destaca a utilização da nomenclatura “violência obstétrica” por organizações não governamentais, movimentos sociais e na mídia buscando chamar atenção ao problema.

Na Eslováquia, o levantamento realizado pelos autores aponta que o ordenamento jurídico não contempla uma definição ou lei específica a respeito da violência obstétrica, mas que há previsões legais com capacidade de prevenir algumas de suas formas, presente presentes no código penal e na legislação que regula o atendimento de saúde. O código penal tipifica as condutas de remoção ilegal de órgãos, tecidos ou células ou de quem os requeira; esterilização forçada e danos causados por violação de obrigação decorrente da relação de trabalho. Já na legislação que regula o atendimento de saúde são previstas proteção à dignidade e integridades física e psicológica, direito à informação sobre a própria saúde e aos procedimentos do tratamento, riscos do tratamento e da recusa, direito à recusa, exceto nos casos previstos em lei, direito de escolha sobre participação em estudos ou pesquisas de natureza biomédica, confidencialidade das informações sobre sua saúde, direito a analgésicos e anestésicos para alívio da dor, atendimento humanizado e ainda, previsão de que procedimentos de esterilização somente podem ser realizados com consentimento informado por escrito, após a

¹³⁹ De acordo com o estudo, a perspectiva autoetnográfica consiste em realizar a conexão das experiências pessoais com um entendimento amplo cultural, político e social.

devida obtenção de informações, por pessoa com capacidade ou seu representante legal.¹⁴⁰

No que diz respeito ao levantamento de dados, o crime de esterilização ilegal não tem registro de ocorrência desde 2017. Com base nas informações obtidas pelo centro nacional de promoção de saúde local, o estudo apurou que a maior parte das complicações de pós-parto é referente às episiotomias, rupturas e lacerações de períneo. Através de informações obtidas por um órgão de defesa pública de direitos em 2020 foi identificado que 48% das 3.164 mulheres entrevistadas sofreram episiotomia e que dessas, 28% não foram informadas e não consentiram e 23,92 % disseram que o recebimento de suturas foi um procedimento extremamente doloroso.¹⁴¹ Em 2021 uma organização não governamental realizou um levantamento das formas de violência obstétrica no país, obtendo relatos de recusa da presença de acompanhante no parto, falta de consentimento para a realização de procedimentos, necessidade de submissão às determinações da equipe hospitalar e muitos relatos de indução de parto, episiotomia e manobra de Kristeller, que é proibida nos hospitais da Eslováquia.

O estudo indica que o acompanhamento das ocorrências e luta pelo combate à violência obstétrica é realizado em grande medida por organizações não governamentais, que vem se expandindo, contando com a colaboração de experts no assunto, cuja mobilização resultou no alcance do instituto nacional de direitos humanos. Outra questão relevante é a mobilização no campo cultural, especialmente através da realização de filmes e documentários abordando a questão da violência obstétrica e trazendo ao debate público o problema que deixou de estar situado apenas no âmbito da mulher, para encampar as crianças, famílias e profissionais de saúde também.¹⁴²

¹⁴⁰ Obra citada, pg. 49.

¹⁴¹ Obra citada, pg. 50.

¹⁴² Obra citada, pg. 50.

No caso da Eslováquia, uma questão específica teve bastante atenção internacional e resultou em uma mudança de postura, inclusive de forma institucional, que é o caso das mulheres de origem *romani* (geralmente associados com população nômade ou cigana), que sofrem discriminação, inclusive nos espaços de atendimento de saúde. Esta situação foi objeto de processo na Corte Europeia de Direitos Humanos em função da prática de esterilização forçada destas mulheres, resultando em condenação do país e um pedido de desculpas oficial da República da Eslováquia.¹⁴³

Na Espanha, o estudo indica que não há previsão legal com menção expressa do termo violência obstétrica, mas algumas de suas ocorrências foram abordadas em uma reforma recente da legislação que trata da saúde sexual e reprodutiva e direito ao aborto, tais como a necessidade do consentimento informado para tratamentos invasivos durante o parto, redução das intervenções com objetivo de evitar a realização de práticas inapropriadas e não apoiadas por evidências científicas, tratamento respeitoso e fornecimento de informações claras e adequadas, não separação de recém-nascido e suas mães ou outras pessoas com conexão direta a eles, quando não houver necessidade. Ainda são encontradas previsões legais determinando que as autoridades administrativas de saúde promovam levantamentos de informações sobre práticas que sejam contrárias às garantias anteriormente mencionadas, treinamento de profissionais de saúde na área obstétrica e ginecológica sobre o respeito aos direitos das mulheres¹⁴⁴.

De acordo com os levantamentos realizados pelo Ministério da Saúde da Espanha em 2018, os percentuais de episiotomias estão próximos dos indicativos padrão, em 27,5%, enquanto os percentuais de indução do parto aumentaram para 34,2% se comparados com os dados de 1997, de 9,5%. Dentre as práticas de aceleração de parto que são utilizadas com mais frequência do que necessário são encontradas episiotomia, uso de ocitocina, manobra de Kristeller, amniotomia e parto instrumental.¹⁴⁵

¹⁴³ Ibidem.

¹⁴⁴ Obra citada, pg. 52.

¹⁴⁵ Obra citada, pg. 52.

Em 2020 uma pesquisa indicou que 38,3% das mulheres informaram ter sofrido violência obstétrica durante o parto ou no período pós-parto, 45,9% indicaram que não foram informadas sobre procedimentos realizados ou mesmo solicitado consentimento, 34,5% receberam tratamento desrespeitoso, 31,4% foram tratadas por diminutivos ou apelidos infantilizadores, 48% não se sentiram à vontade para tirar dúvidas ou expressar medos e preocupações, 44,4% sentiram que passaram por procedimentos dolorosos e/ou desnecessários e destes 52,3% não foram informadas dos motivos ou deram consentimento e 31,1% receberam informações sobre a necessidade do procedimento, mas não receberam pedido para consentimento. Um total de 83,4% das mulheres não teve solicitação para consentimento informado dos procedimentos.

O estudo indica que há mobilização da sociedade civil a respeito da violência obstétrica desde os anos 2000 que tem conseguido impacto considerável na mídia e nas políticas públicas. Em 2014 foi constituído um Observatório da Violência Obstétrica como parte de uma organização não governamental, mas em 2019 tornou-se uma organização independente. Esta mobilização tem encorajado as mulheres a denunciarem as violências sofridas, bem como tem trazido à mídia o debate a respeito da necessidade de que a violência obstétrica seja incluída na legislação.¹⁴⁶

Importante ressaltar que, de acordo com esse estudo, há na sociedade espanhola um ambiente de grande tensão entre a sociedade civil e os profissionais de saúde, inclusive a Sociedade Espanhola de Ginecologia e Obstetrícia e o *Consejo General de Colegio Oficiales de Medicos* que resistem à temática negam a necessidade de políticas de saúde para a questão da violência obstétrica, entrando em embate também com outros órgão representativos de profissionais de saúde tais como a Federação de Associações de Parteiras da Espanha, Sociedade Catalã de Obstetrícia e Ginecologia, Conselho Médico da Associação da Catalunha e associações de estudantes de medicina, enfermagem e psicologia.

¹⁴⁶ Obra citada, pgs. 53 e 54.

Na conclusão, o estudo aponta como grande dificuldade a ausência de uma definição legal no âmbito da União Europeia e mesmo nos Estados membros, assim como o próprio termo violência obstétrica que causa conflito e debate, resultando na recusa da utilização por várias instituições. De acordo com o estudo, o que dificulta a regulamentação da violência obstétrica no União Europeia é a ausência de consenso a respeito das dimensões da abordagem do tema, pois existem duas grandes vertentes, uma baseada nas categorias de desrespeito e abuso e a outra que a classifica em termos de uma violência estrutural¹⁴⁷. Assim afirma:

*The absence on an agreed framework through which to analyse, understand and make provisions in relation to the issue of obstetric violence impedes an effective and uniform response to this issue across the Member States. Any such framework would usefully address the issue of obstetric violence as an issue of gender-based violence, a form of institutional violence, and a violation of human rights.*¹⁴⁸

Ainda que não haja coleta de dados de forma sistemática a respeito da violência obstétrica, os dados obtidos nos estados membros foram capazes de demonstrar um cenário indicativo do aumento ou abuso da medicalização do parto diante dos percentuais de partos cesários, episiotomias, indução de partos e instrumentalização dos partos vaginais. Do total dos levantamentos realizados no estudo, entre 21% e 81% das mulheres experimentaram uma ou mais formas de violência obstétrica¹⁴⁹, ressaltando que mesmo sem meios eficientes de levantamento de dados é possível confirmar que a violência obstétrica é uma grave e prejudicial ocorrência em todos os estados membros da União Europeia.

¹⁴⁷ Obra citada, pg. 55.

¹⁴⁸ Ibidem. “A ausência de uma estrutura acordada através da qual seja feita a análise, entendimento e disposições relacionadas à questão da violência obstétrica impede uma resposta efetiva e uniforme para o tema nos Estados Membros. Uma estrutura estabelecida seria útil para a abordagem da violência obstétrica como uma questão de violência de gênero, uma forma institucional de violência e uma violação dos direitos humanos.” Tradução livre.

¹⁴⁹ Ibidem.

O Estudo recomenda, então, que a Comissão Europeia adote uma série de medidas capazes de promover a troca de informações entre os Estados Membros a respeito da violência obstétrica, financie programas de pesquisa, além de determinar que o Instituto Europeu para Equidade de Gênero desenvolva indicadores para medição da ocorrência da violência obstétrica. Na esfera dos Estados Membros, o documento recomenda dentre várias medidas, que cada nação promova a reavaliação do ordenamento jurídico para definição e sanção da violência obstétrica, criação de protocolos, medidas de orientação às instituições de saúde e treinamento aos profissionais de saúde para prevenção e eliminação da violência obstétrica e medidas de suporte às organizações da sociedade civil para movimentos de conscientização sobre os direitos das mulheres e suporte ao exercício desses direitos.

Além das informações relacionadas no estudo publicado pela Comissão Europeia, é possível identificar iniciativas voltadas à investigação e combate da violência obstétrica em outros países da Europa como Portugal, Inglaterra e Itália. Em Portugal há o Observatório da Violência Obstétrica, organização não governamental que surgiu em meio a conflitos da sociedade civil com a comunidade médica a respeito do reconhecimento da violência obstétrica e atua para denunciar e prevenir sua ocorrência, em colaboração com outras organizações da América Latina.¹⁵⁰ Esta organização reafirma a definição de violência obstétrica como uma forma de violência de gênero, amplamente presente no atendimento médico mundial, que é definida legalmente em vários países da América central e latina, ainda que a terminologia seja controversa na Europa.

Ressaltando que Portugal é um país no qual há legislação específica abordando parto e tratamento respeitoso à gestante, com garantia dos direitos humanos, ainda que não apresente uma legislação definindo e criminalizando a violência obstétrica¹⁵¹, informa que as proteções estabelecidas pela legislação vigente são desrespeitadas de forma contínua no sistema de saúde, sem sanções legais.

¹⁵⁰Observatório da Violência Obstétrica. Documento enviado ao GREVIO – Grupo de experts para a implementação e monitoramento da Convenção de Istanbul, em outubro de 2023 como documento adicional à resposta enviada pelo Governo Português. Obtido no endereço eletrônico <https://rm.coe.int/0900001680afb66f> Acesso em 31/01/2025.

¹⁵¹ Obra citada, pg. 3.

Além disso, depois que a legislação foi aprovada, não foram adotadas medidas de adequação do atendimento às gestantes nos hospitais ou adequação do currículo acadêmico. A organização recebe muitas denúncias e procura acompanhar os dados a respeito das ocorrências, mas encontra dificuldades no levantamento de dados em função da ausência de previsão legal para o crime de violência obstétrica, fato que leva os eventos a serem registrados como outros tipos de crimes.

De acordo com o estudo, as pessoas que sofrem violência obstétrica podem promover ações cíveis para reparação dos danos sofridos, mas esses processos são longos e as dificuldades envolvendo a comprovação dos fatos acaba por reduzir as chances de sucesso. Também é possível promover reclamações junto aos conselhos de ética médica e de profissionais de enfermagem, mas em razão da resistência desses órgãos em reconhecer a ocorrência da violência obstétrica, os processos administrativos não costumam ter as investigações necessárias. Quando as reclamações são realizadas nas instituições públicas de saúde, as respostas geralmente são padronizadas diminuindo a violência ocorrida, sem que nenhuma modificação seja efetivamente realizada.

Fazendo uma verificação da presença do termo “violência obstétrica” nos tribunais italianos, Morena et al¹⁵² relatam um cenário muito semelhante aos dos outros países europeus, no qual o uso desta terminologia revela tensões no ambiente acadêmico e que é pouco difundido na sociedade. Nos julgamentos analisados, os autores observaram uma grande dependência das conclusões da prova pericial, com grande ênfase na ocorrência ou não de danos morais decorrentes da conduta médica adotada, bem como uma percepção de que as angústias experimentadas pela gestante com a negativa ao direito de autodeterminação e participação nas decisões tornam-se secundárias aos resultados, do ponto de vista médico especialmente com relação à saúde do bebê.¹⁵³

¹⁵² D. Morena, L. De Paola, M. Ottaviani, F. Spadazzi, M.V. Zamponi, G. Delogu, N. Di Fazio. Obstetric Violence in Italy: From Theoretical Premises to Court Judgments, Clin Ter 2024 Jan-Feb;175(1):57-67 doi: 10.7417/CT.2024.5034.

¹⁵³ Obra citada, pg. 63.

De qualquer forma, foi observado o surgimento de uma preocupação com o impacto causado no corpo da mulher com a utilização de técnicas como a episiotomia e o uso de ocitocina, bem como uma grande preocupação com o registro adequado dos procedimentos realizados durante o parto para a verificação da qualidade do atendimento dispensado.

No Reino Unido é possível obter informações a respeito do cenário geral através de organizações não governamentais¹⁵⁴ que indicam a ausência de uma legislação tipificando o crime de violência obstétrica, ainda que haja lei e orientações aos profissionais de saúde proibindo a violência contra mulheres nas maternidades. Estas previsões, no entanto, não encontram mecanismos que as implementem de forma eficaz. Situações que envolvam a realização de procedimentos médicos, sem expresse consentimento da gestante, podem ser enquadradas na previsão legal correspondente aos crimes de agressão e lesão corporal, mas essa não é uma situação comum.

As organizações descrevem um ambiente no qual a gestante não é levada a sério em suas reclamações sobre o atendimento recebido nas maternidades, diante de um cenário em que é presumida a verdade das alegações dos membros do corpo de saúde, bem como a noção de que tais profissionais nunca têm intenção de cometer qualquer ato prejudicial às mulheres e crianças e detém o conhecimento necessário a respeito da gestação e o parto. Diante deste cenário, a propositura de ações na esfera cível encontra dificuldades, inclusive para obtenção de advogado disposto a patrocinar as causas.

Várias iniciativas, no entanto, estão sendo realizadas para modificar este cenário, sendo que algumas são na esfera acadêmica, como o site da Universidade de Durham¹⁵⁵ onde são publicados artigos a respeito da situação da violência obstétrica, e outras na esfera administrativa, com a pesquisa *Birth Trauma Inquiry*¹⁵⁶ lançada por um grupo técnico do parlamento britânico,

¹⁵⁴ <https://www.aims.org.uk/information/item/obstetric-violence>

¹⁵⁵ Blog com informações sobre violência obstétrica da Universidade de Durham, na Inglaterra <https://duracuk-lb01-production.terminalfour.net/research/institutes-and-centres/ethics-law-life-sciences/about-us/news/obstetric-violence-blog> Acesso em 05/02/2025.

¹⁵⁶ Relatório publicado com os resultados do *Birth Trauma Inquiry* pode ser encontrado neste endereço

com o objetivo de identificar as razões para o denominado “trauma do parto”. Outro estudo recentemente iniciado é conduzido pelo *King’s College* e a organização não governamental *Make Birth Better*, levando em consideração informações de pesquisas anteriores que indicam que 30% das mulheres sofrem “trauma no parto” no Reino Unido.

As fontes identificadas no contexto europeu indicam um cenário muito semelhante ao encontrado na América Latina e, em especial, ao que ocorre no Brasil, revelando o caráter de saúde pública global da violência obstétrica, uma vez que mulheres em várias partes do mundo sofrem com as mesmas formas de violência de gênero, enfrentando situações e conflitos que apresentam pouca variação. O mesmo cenário também é encontrado em países da África e da Ásia, conforme será abordado adiante.

3.2.6 – Na África, na Ásia e Oceania

Segundo a organização não governamental Human Rights Watch¹⁵⁷, a obtenção de dados a respeito da violência obstétrica no continente africano é difícil em virtude da ausência de pesquisas ou coletas de dados pelos governos locais, razão pela qual as informações são provenientes de outras organizações não governamentais que atuam nos diversos países da África. De acordo com esses levantamentos, que não são todos atualizados, é possível identificar que por volta de 63% das mulheres e meninas de Gana e 77% das mulheres no Sudão do Sul sofreram alguma forma de violência obstétrica, em dados de 2023 e 2018 respectivamente e uma estimativa de 47% das mulheres na África Oriental, em dados de 2023. Os números são impressionantes mesmo sem que exista uma coleta de dados regular e especialmente se for considerada a grande possibilidade de subnotificação, em virtude da forma como a violência obstétrica é normalizada culturalmente.

https://www.theo-clarke.org.uk/files/2024-05/Birth%20Trauma%20Inquiry%20Report%20for%20Publication_May13_2024.pdf

Acesso em 05/02/2025.

¹⁵⁷ Dados obtidos no endereço <https://www.hrw.org/news/2024/11/13/addressing-obstetric-violence-africa>

Algumas das questões identificadas com relação às ocorrências de violência obstétrica nos países africanos estão vinculadas à precariedade das condições dos hospitais e maternidades onde o atendimento é gratuito, como ocorre no Kenya e na Nigéria ou então com a falta de recursos das gestantes ao pagamento dos valores referentes ao atendimento médico, que ocasionam sua detenção ilegal nas dependências hospitalares, como ocorre em Uganda¹⁵⁸.

Dentre os desafios ao combate da violência obstétrica, são apontados a ausência de canais de denúncia das ocorrências, ausência de recursos destinados à coleta de dados e pesquisas, a adoção de padrões internacionais e regionais para o atendimento médico, o que demanda investimentos financeiros e treinamento de profissionais de saúde sobre direitos humanos, tratamento digno e respeitoso.

Com relação aos países asiáticos, podem ser encontradas informações sobre a situação na Índia, onde não há legislação específica sobre o tema, com relatos de violência obstétrica decorrentes da precariedade das condições dos hospitais e maternidades e ausência de instituições de atendimento de saúde nas áreas rurais, bem como práticas de procedimentos invasivos ou dolorosos sem anestésicos, ausência de consentimento e cirurgia forçada.¹⁵⁹

Também foram encontrados artigos a respeito da ocorrência de violência obstétrica no Sri Lanka¹⁶⁰, onde cerca de 98% dos partos ocorrem em hospitais ou centros de atendimento e são conduzidos tanto por profissionais de medicina como por parteiras. Ressaltando a ausência de dados a respeito da violência obstétrica, o estudo apresenta relatos nos quais é possível identificar a ocorrência de abuso verbal, agressão física, Relevante observar que durante as entrevistas conduzidas, os funcionários entrevistados identificaram que as mulheres mais suscetíveis à violência obstétrica são aquelas que gritam durante o parto, são muito jovens e não obedecem os comandos dos profissionais, não estão dispostas a tolerar a dor, mulheres mais

¹⁵⁸<https://www.newsecuritybeat.org/2024/12/obstetric-violence-in-sub-saharan-africa-the-struggle-for-dignified-maternal-care/>

¹⁵⁹ <https://360info.org/we-need-to-talk-about-obstetric-violence/> Acesso em 19/02/2025
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04503-7>
 Acesso em 19/02/2025

¹⁶⁰ <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1869-z>

experientes que se comportam como se soubessem tudo e aquelas que fazem muitas perguntas. Os funcionários também indicaram que as condições de trabalho e das próprias instituições são fatores que favorecem a ocorrência da violência obstétrica. Nas entrevistas com as mulheres, foi identificada a ausência de canais de denúncia das ocorrências de violência e, dentre as situações mais relatadas estão abusos verbais, físicos e psicológicos, preconceito de classe, preconceito decorrente de diferenças culturais, religiosas e de idioma.

Na Austrália, uma a cada 3 mulheres relata a ocorrência de violência obstétrica, segundo pesquisa realizada pela comissão parlamentar sobre trauma no parto (*Selected Committee on Birth Trauma*)¹⁶¹. No relatório final da comissão foram indicados alguns temas comuns relacionados pelas mulheres entrevistadas, tais como falta de consentimento informado, intervenções médicas sem explicação ou mesmo indicação da necessidade, falta de pessoal ou recursos suficientes para o atendimento, maior foco no resultado do parto do que nas circunstâncias e experiências às quais as gestantes foram submetidas. A pesquisa trouxe à tona a condição sistêmica da violência obstétrica no sistema de saúde australiano, apresentando 43 recomendações, dentre as quais são destacadas a realização de uma revisão da legislação sobre consentimento informado e treinamento dos profissionais de saúde, além de recursos para amparo emocional e psicológico às mulheres com perdas gestacionais e áreas separadas para seu atendimento nos hospitais.¹⁶²

¹⁶¹ Relatório da pesquisa realizada pelo Comitê Parlamentar no endereço eletrônico: <https://www.parliament.nsw.gov.au/committees/listofcommittees/Pages/committee-details.aspx?pk=318#tab-reportsandgovernmentresponses> Acesso em 19/02/2025.

¹⁶² Artigo comentando o resultado da pesquisa realizada pelo Parlamento no endereço eletrônico <https://www1.racgp.org.au/newsgp/clinical/birth-trauma-inquiry-no-more-suffering-in-silence#:~:text=One%20in%20three%20Australian%20women,with%20dignity%2C%20respect%20and%20compassion.> Acesso em 19/02/2025.

QUADRO COMPARATIVO DO COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS PAÍSES PESQUISADOS

AMÉRICA LATINA	Principal região onde a violência obstétrica é reconhecida	No Brasil há grande debate sobre o tema, várias leis que asseguram os direitos das gestantes, mas não há legislação federal definindo e criminalizando a violência obstétrica	Venezuela, Argentina e Bolívia já possuem legislação que define a violência obstétrica	Panamá, Uruguai, Equador, Costa Rica, Paraguai, El Salvador, Porto Rico, Colômbia possuem leis que asseguram o parto humanizado	É possível encontrar observatórios da violência obstétrica no Chile, na Argentina, Colômbia, Bolívia, Equador, Uruguai, Cuba, Paraguai, em El Salvador. e na Costa Rica há Observatórios dos Direitos Sexuais e Reprodutivos que englobam a violência obstétrica
FRANÇA	Não possui legislação específica sobre o tema	Obrigatoriedade de consentimento informado para procedimentos médicos	Realiza pesquisas sobre a qualidade do atendimento no parto	Observatório da Violência Obstétrica	Canais de denúncia e grande atuação da sociedade civil
HOLANDA	Não possui legislação específica sobre o tema	Obrigatoriedade de consentimento informado para procedimentos médicos	Aumento das pesquisas sobre o atendimento no parto	Estudos apontando as causas da violência e identificando as mais frequentes	Uso não institucional do termo violência obstétrica
ESLOVÁQUIA	Não possui legislação específica sobre o tema	Legislação penal aplicável e regulamentação da saúde com previsões amplas que abrangem o tema	Realiza levantamento de dados de saúde que englobam o parto	Sociedade civil bastante mobilizada sobre o tema	Condenação na Corte Europeia de Direitos Humanos pela esterilização forçada de mulheres de origem romani
ESPANHA	Não possui legislação específica sobre o tema	Reforma recente da legislação de direitos sexuais e reprodutivos contemplando situações de violência obstétrica	Obrigatoriedade de consentimento informado para procedimentos invasivos	Realiza levantamento de dados de saúde sobre o parto	Observatório da Violência Obstétrica e sociedade civil mobilizada. Há grande resistência da comunidade médica
PORTUGAL	Legislação sobre parto e direitos da gestante, sem abordagem	Ausência de sanções legais pelo desrespeito da legislação no sistema de saúde	Conflito entre a sociedade civil e a comunidade	Observatório da violência obstétrica realiza pesquisas e denúncias	Ações de reparação na esfera cível encontram dificuldades na comprovação dos

	específica da violência obstétrica		médica sobre o tema		fatos e os processos disciplinares dos profissionais tendem a não dar resultado
ITÁLIA	Grande resistência da comunidade médica sobre o tema	Dificuldade na comprovação dos fatos nos processos de reparação e grande dependência da prova pericial para solução das lides	Desvalorização dos sofrimentos causados à gestante quando o desfecho é favorável ao bebê	Aumento da preocupação dos julgadores com o registro das técnicas utilizadas durante o parto	Aumento da preocupação com os impactos causados no corpo da mulher com práticas como episiotomia e uso de ocitocina
REINO UNIDO	Ausência de lei específica sobre o tema	Leis proibindo a violência contra as mulheres nas maternidades, sem mecanismos para sua eficácia	Grande atuação de organizações não governamentais sobre o tema	Aumento das pesquisas no ambiente acadêmico sobre o tema e recente movimentação dentro do Parlamento para investigar as causas do “trauma no parto”	Na esfera jurídica ainda há muita dificuldade para a reparação dos danos, uma vez que as denúncias são desacreditadas diante da prevalência da palavra dos profissionais de saúde
ÁFRICA	Dificuldade de obtenção de dados	Levantamentos realizados por organizações não governamentais indicam altos índices de ocorrências de violência obstétrica nos partos realizados em Gana(63%), no Sudão do Sul (77%) e África Oriental (47%)	A precariedade das condições hospitalares é um dos fatores identificados no Kenya e na Nigéria	Em Uganda foi identificada a detenção ilegal de mulheres ante a falta de condições de pagamento dos valores referentes ao atendimento médico recebido	A ausência de recursos para criação de canais de denúncia, pesquisas, e adoção de padrões internacionais e regionais de atendimento representa um dos grandes desafios apontados.
ÁSIA	Na Índia é possível encontrar informações que indicam a falta de legislação específica sobre o tema e violências decorrentes da precariedade das	No Sri Lanka foi identificada a ausência de canais de denúncia, agressões verbais, físicas e psicológicas, maior incidência de violência contra mulheres de perfis de maior vulnerabilidade ou com comportamentos			

	condições hospitalares, ausência de hospitais em zonas rurais e práticas invasivas sem consentimento	distintos daqueles esperados pela equipe			
OCEANIA	Na Austrália uma pesquisa realizada no parlamento indica que 1 a cada 3 mulheres sofre violência obstétrica	Identificada condição sistêmica de violência obstétrica no sistema de saúde	Relatos ocorrências de intervenções sem explicação, consentimento informado, ausência de pessoal	Realizadas 43 recomendações para melhoria do atendimento	

4.

Desafios à construção do discurso jurídico sobre violência obstétrica

O presente capítulo tem o objetivo de abordar as dificuldades que envolvem a construção do discurso jurídico sobre violência obstétrica, levando em consideração o cenário de naturalização da violência de gênero, tanto no contexto da saúde quanto no ambiente jurídico, cuja perpetuação se dá, em grande parte, pela manutenção de estereótipos de gênero. Uma das dificuldades enfrentadas pelas mulheres que decidem levar ao judiciário a violência sofrida é justamente a comprovação de sua ocorrência, pois nem todas as situações de violência obstétrica são confirmadas por prova pericial e muitas vezes não há testemunhas dos atos, além das pessoas que fazem parte da equipe de atendimento médico.

Um dos desafios que envolvem a reparação da violência obstétrica é a própria percepção de sua ocorrência, pois muitas das situações acabam sendo compreendidas como parte natural do processo gestacional e do parto, inclusive no próprio Poder Judiciário, diante da escassez de análise dos julgados com perspectiva de gênero. As dificuldades de apuração e julgamento das violências de gênero sofridas pelas mulheres, em grande parte, já são conhecidas e deram origem ao lançamento do Protocolo de Julgamento com Perspectiva de Gênero pelo Conselho Nacional de Justiça em 2023, que também será abordado neste capítulo.

A demonstração das dificuldades probatórias que envolvem a violência obstétrica será realizada a partir da dupla análise de casos de grande repercussão que envolvem abordagens distintas sobre esta violência de gênero. Inicialmente avalia-se a sentença do caso de Adelir Carmem Lemos de Góes, que foi forçada por decisão judicial a realizar uma cesariana e perdeu o processo movido para reparação da violência sofrida.

Em um segundo momento, será destacada a ação civil pública movida pelo Ministério Público Federal para obrigar a ANS a promover ações para redução do elevado percentual de partos cirúrgicos na rede particular de saúde, demonstrando uma outra forma de abordagem da violência obstétrica pelo Poder Judiciário, que resultou em grandes ganhos para a sociedade civil.

4.1 – A instrução probatória, questão dos estereótipos de gênero e o acesso à justiça diante do cenário legal brasileiro.

Conforme anteriormente tratado no Capítulo 2, a legislação brasileira não contempla uma lei federal que defina a violência obstétrica, ainda, mas conta com várias leis nos âmbitos federal e estadual sobre temáticas que compõem o espectro de direitos a ela relacionados e é signatário de vários diplomas internacionais de proteção dos direitos das mulheres. Ainda que não haja escassez de previsões legais capazes de assegurar o respeito aos direitos fundamentais das mulheres, as violações são corriqueiras e, muitas vezes, sequer percebidas tanto por quem as comete, quanto pelas próprias mulheres, diante de um contexto de normalização de procedimentos invasivos, dolorosos e cuja necessidade, em muitos casos, é debatida.

A percepção do parto como um evento no qual a dor é um componente essencial e negativo, associada ao contexto social de submissão da mulher, acarreta uma imposição de que sejam aceitas quaisquer violações de direitos fundamentais ocorridas, como sendo justificáveis em nome da saúde da criança e a saúde física e psicológica da mulher ou não têm relevância, ou podem ficar em segundo plano. Esta circunstância acaba por revelar uma espécie de ciclo vicioso no qual há uma alta expectativa e confiança de que o conhecimento e as técnicas médicas sejam plenamente capazes de superar dificuldades e “consertar” eventuais danos decorrentes das próprias práticas danosas aplicadas no parto.

A insatisfação social com tais práticas e a ampliação do debate a respeito da violência obstétrica vem impulsionando, ainda que lentamente, a modificação das relações componentes da cena do parto, bem como demandando uma resposta do Judiciário aos conflitos delas resultantes.

As ações envolvendo danos decorrentes da violência obstétrica, na esfera cível, são ações de danos moral e estético que geralmente estão vinculadas à ocorrência de erro médico, tal como já apresentados no Capítulo 3, onde foi demonstrado que em muitos dos casos, esta forma de violência independe da ocorrência de erro médico, o que acaba por inviabilizar a apuração do dano. Essas demandas precisam da análise técnica de como ocorreu o atendimento médico para apurar se houve erro ou se a conduta foi corretamente adotada, dependendo fortemente da perícia judicial que é o instrumento através do qual o juízo se vale para saber se foi utilizada a técnica melhor para o caso específico dos autos, no momento adequado.

O que a perícia não pode fornecer ao juízo, no entanto, é a apuração de situações que não deixam registros, tais como aquelas decorrentes de humilhações, restrição alimentar e de movimentos, atendimento grosseiro ou inadequado, violência psicológica que muitas vezes se revela na forma como a equipe pressiona a gestante a agir durante o parto. Essas situações, para serem comprovadas, dependem da apresentação de prova oral, na maioria das vezes dificultada pelo fato de que somente estão presentes no ato, a gestante e a equipe de saúde. Em algumas situações, o acompanhante pode presenciar a ocorrência do atendimento inadequado, mas nem sempre suas declarações são consideradas como suficientes para a comprovação dos danos alegados e em outras situações sua presença não é garantida, o que por si só já pode ser uma situação decorrente da violência obstétrica.

Muitas situações de violência obstétrica são decorrentes da normalização do sofrimento da gestante durante o parto ou de práticas violentas e desnecessárias, dificultando não só a percepção de sua ocorrência pela própria parte, como também pelo Judiciário na análise do pedido. A criação e manutenção de estereótipos de gênero é uma das causas que contribuem para a ocorrência da violência de gênero e, como não poderia ser diferente, está presente nos casos de violência obstétrica.

De acordo com Cook e Cusack¹⁶³, o estereótipo é a concepção de atributos ou características ou de funções que são ou deveriam ser desempenhados por membros ou participantes de um certo grupo de pessoas e de acordo com esta visão, todos os indivíduos deste grupo desempenham papéis ou possuem as características, sem que seja levado em conta condições individuais, pois é uma caracterização de forma generalizada. Esta percepção acaba por impactar na própria percepção da identidade individual, bem como limitar as possibilidades de expressões de caráter.¹⁶⁴

Na compreensão das autoras os estereótipos funcionariam como uma ferramenta para simplificar a realidade social e servem, assim, para a interação social, mas ainda que nem sempre sejam negativos, é possível identificar que em alguns casos eles podem acabar sendo prejudiciais, como por exemplo aqueles relacionados aos papéis a serem ocupados na sociedade que acabam por direcionar as mulheres e afastar os homens dos trabalhos de cuidado, inobstante seus interesses e suas aptidões pessoais ou aqueles que apresentam as mulheres como inferiores aos homens ou até mesmo incapazes de tomar decisões de forma adequada a respeito de sua própria saúde.

Uma análise crítica feminista permite que sejam identificados e questionados estereótipos de gênero e ainda, questionado o próprio Direito aplicado na sociedade. Esta é a visão defendida por Katharine Bartlett ao afirmar que as feministas se valem da prática de fazer a “pergunta pela mulher”¹⁶⁵ que na verdade é um conjunto de perguntas realizadas com o

¹⁶³ COOK, Rebecca J., CUSACK, Simone in *Gender Stereotyping Transnational Legal Perspectives*. University of Pennsylvania Press, 2010, pg. 9. “As understood in this book, a stereotype is a generalized view or preconception of attributes or characteristics possessed by, or the roles that are or should be performed by, members of a particular group (e.g., women, lesbians, adolescents). In this view, a stereotype presumes that all members of a certain social group possess particular attributes or characteristics (e.g., adolescents are irresponsible) or perform specified roles (e.g., women are caregivers). It does not matter for purposes of characterizing a generalization as a stereotype that attributes or characteristics are or are not common to individual members of that group, or whether members perform those roles, or do not.”

¹⁶⁴ Ibidem, pg. 11.

¹⁶⁵ BARTLETT, K. T. Métodos Jurídicos Feministas. In: SEVERI, F. C.; CASTILHO, E. W. V.; MATOS, M. C. (org.). *Tecendo fios das críticas feministas ao direito no Brasil II: direitos humanos das mulheres e violências*. Ribeirão Preto: FDRP-USP, 2020. p. 240-342. Disponível em: <https://themis.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Tecendo-Fios-das-Cr%C3%ADticas-Feministas-ao-Direito-no-Brasil-II-%E2%80%93-Volume-1.pdf> Acesso em 26/04/2025.

objetivo de identificar possíveis vieses de gênero contidos nas normas ditas universais e neutras do direito positivo. Segundo afirma:

“Formular a pergunta pela mulher é indagar acerca das implicações de gênero ligadas a determinada prática ou norma social: as mulheres foram preteridas? Se assim o for, de que maneira? Como essa omissão pode ser corrigida? Que diferença faria incluir as mulheres? No Direito, apresentar a pergunta pela mulher significa examinar como o mundo jurídico deixa de levar em conta experiências e valores que, por um motivo ou outro, parecem estar mais tipicamente associados às mulheres que aos homens, ou avaliar como os padrões e conceitos jurídicos existentes podem prejudicar as mulheres. A pergunta pressupõe que alguns aspectos do Direito não apenas podem ser ‘não neutros’ em sentido lato, mas podem até ser “masculinos” em sentido estrito. O propósito é, portanto, expor essas características, revelar como elas funcionam e sugerir formas de corrigi-las.”

A autora defende que sejam adotados métodos feministas de fazer o direito para que seja possível olhar além da superfície e insistir na aplicação de normas que não mantenham a submissão das mulheres e, para tanto, a adoção de “a pergunta pela mulher” como método a transforma em um procedimento de crítica à análise jurídica tão relevante quanto todos os demais.¹⁶⁶

Essa forma de indagação busca descobrir se há desvantagem com base no gênero e não implica que o resultado seja sempre favorável à mulher, mas garante que houve esta investigação, partindo do princípio de que a neutralidade da norma pode estar ausente. Ressalta, ainda que este método tem como objetivo uma indagação pela parte excluída e, por tal razão, não se pode partir do princípio de universalidade da categoria mulher. E assim afirma:

“Estendendo-se para além dos esforços para identificar a opressão baseada apenas em gênero, a pergunta pela mulher pode atingir formas de opressão que foram invisibilizadas não apenas pelas estruturas dominantes de poder, mas também pelas tentativas de expor a existência de viés somente no que diz respeito às mulheres. Esses tipos de opressão distinguem-se da subordinação de gênero tanto em natureza quanto em grau, e quem não os vivenciou provavelmente tem dificuldade em reconhecê-los. Todavia, essa dificuldade em reconhecer a opressão que não se conhece só torna ainda mais acentuada a necessidade que temos de um “método”. Como afirmei antes, um método não garante um resultado particular nem o resultado correto.

¹⁶⁶ Obra citada, pg. 256.

No entanto, a aplicação de um método pode assegurar que haja certa disciplina quando queremos alguma coisa que não corresponde aos nossos próprios interesses.”¹⁶⁷

A autora ainda apresenta a racionalidade prática feminista e o aumento de consciência como métodos que, junto com a pergunta pela mulher anunciam uma abordagem posicional. Através do raciocínio prático feminista contextualizado seria possível a exposição e limitação dos danos provocados por normas e premissas universalizantes, ao passo que o aumento de consciência traria a vinculação às experiências concretas e a posicionalidade traz o comprometimento crítico que permite uma constante revisão de verdades assumidas, o que acaba por promover uma constante melhora do Direito.

No caso da violência obstétrica os estereótipos que impactam a tomada de decisões acabam por reforçar uma percepção de que as mulheres precisam se submeter incondicionalmente às determinações de protocolos adotados nos ambientes de saúde. Ocorre que nos últimos anos, não só a perpetuação destes estereótipos como também a própria adoção de determinados protocolos médico-hospitalares vem sendo questionada e até mesmo compreendida como ineficiente ou violenta. Situações como a restrição de mobilidade, restrição alimentar ou de líquidos, necessidade de raspagem de pelos, posições pré-determinadas para o parto e procedimentos como a episiotomia, manobra de Kristeller, lavagem intestinal, uso de ocitocina, são alguns desses exemplos.

O outro impacto que os estereótipos de gênero carregam que é extremamente prejudicial é a falta de credibilidade que é atribuída às mulheres, especialmente no que diz respeito às violências sofridas, como geralmente ocorre nos casos envolvendo estupro e outras agressões sexuais.

¹⁶⁷ Obra citada, pg. 263.

Nos casos de violência obstétrica pode ocorrer o mesmo fenômeno, uma vez que em várias situações são confrontadas as versões da gestante e dos profissionais de saúde durante o atendimento, havendo uma presunção de que as alegações das mulheres são exageros, inverdades ou fruto do desconhecimento das práticas hospitalares.

É importante destacar que a violência obstétrica, mesmo sendo fruto de um contexto patriarcal de percepção da submissão da mulher, não decorre de ações perpetradas somente por homens, mas também por outras mulheres, revelando como padrões de violência se infiltram nas relações sociais, moldando-as e mantendo condições de dominação e controle¹⁶⁸, que independem da presença da figura patriarcal, pois outros agentes sociais se encarregam da repetição de comportamentos de dominação. Dentro desta percepção, pertinentes de apresentam as colocações de Heleieth Saffioti¹⁶⁹:

“Conceber gênero como uma relação entre sujeitos historicamente situados é fundamental para demarcar o campo de batalha e identificar o adversário. Nestas circunstâncias, o inimigo da mulher não é o homem nem enquanto indivíduo, nem como categoria social, embora seja personificado por ele. O alvo a atacar passa a ser, numa concepção relacional, o padrão dominante de relações de gênero. Diferentemente do que se pensa com frequência, o gênero não regula somente as relações entre homens e mulheres, mas normatiza também as relações homem-homem e relações mulher-mulher.”

A construção social pautada em um padrão de dominação das relações de gênero transforma as relações sociais de tal forma que a violência resultante não decorre de uma vontade de cometer violação de direitos ou violência contra a mulher, mas sim do convencimento de que a ela é possível cometer atos, que em outros contextos seriam claramente compreendidos como violadores de direitos, em função da posição ocupada pelo agente naquele cenário, bem como da posição ocupada pela mulher, não só naquele cenário, mas especialmente nele, e em todo o contexto social.

¹⁶⁸ SAFFIOTI, Heleieth. I. B. “Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero.” *Labrys, Estudos Feministas. Revista Eletrônica*, n. 1-2, Jul./Dez. 2002.

¹⁶⁹ Citação extraída de VERON, Maelly da Silva. In *Heleieth i. b. Saffioti (1934-2010): contribuições norteadoras para pesquisa sobre violência doméstica e intrefamiliar contra a mulher*. Anais do 8 ENEP UFGD. 2010. A autora se vale do texto publicado por SAFFIOTI, Heleieth I. B. Posfácio: Conceituando o Gênero. In: SAFFIOTI, Heleieth I. B e VARGAS, Monica. Muñoz (org.). *Mulher Brasileira é Assim*. Brasília: Rosa dos Tempos/ NIPAS-UNICEF.1994.

O combate à dominação de gêneros resultante da construção patriarcal vem sendo realizado em várias frentes globais, conforme já mencionado, sendo que importante destacar que a Convenção para Eliminação de Todas as formas de Discriminação Contra a Mulher determina que os Estados adotem medidas para eliminar estereótipos de gênero prejudiciais¹⁷⁰ às mulheres e o Comitê da CEDAW elaborou a Recomendação Geral 33 na qual é abordado o acesso à justiça. Neste documento são encontradas recomendações que ressaltam a necessidade de revisão das regras relativas ao ônus da prova para que seja garantida a igualdade entre as partes “em todos os campos nos quais as relações de poder privem as mulheres da oportunidade de um tratamento justo de seus casos pelo judiciário”. Também é determinado aos Estados parte que “Implementem mecanismos para garantir que as regras probatórias, investigações e outros procedimentos legais e quase judiciais sejam imparciais e não influenciados por estereótipos ou preconceitos de gênero” e no item 25 o Comitê recomenda que os Estados-parte:

a) Assegurem a efetividade do princípio da igualdade perante a lei adotando-se medidas para abolir quaisquer leis, procedimentos, regulamentos, jurisprudência, costumes e práticas existentes que, direta ou indiretamente, discriminem as mulheres, em especial quanto ao acesso à justiça; e também para abolir quaisquer outras barreiras discriminatórias ao acesso à justiça, tais como:

iv) Os procedimentos que excluem ou conferem valor inferior ao depoimento das mulheres”¹⁷¹

¹⁷⁰ Artigo 5 da CEDAW, determina que os Estados-Partes tomarão as medidas necessárias para: (a) “Modificar os padrões sócio-culturais de conduta de homens e mulheres, com vistas a alcançar a eliminação dos preconceitos e práticas consuetudinárias e de qualquer outra índole que estejam baseados na idéia da inferioridade ou superioridade de qualquer dos sexos ou em funções estereotipadas de homens e mulheres.”

¹⁷¹ Comitê CEDAW, Recomendação Geral nº 33 sobre o acesso das mulheres à justiça. ONU. 2015. Estas recomendações são encontradas nos itens 15, letra “g”, 18, letra “e” 25, “a”, iv, respectivamente. Texto obtido na página <https://assets-compromissoeatitude-ipo2.digitaloceanspaces.com/2016/02/Recomendacao-Geral-n33-Comite-CEDAW.pdf>. Acesso em 26/04/2025.

No caso brasileiro, recentemente foi criado pelo Conselho Nacional de Justiça um Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero¹⁷², adotado após a condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso de Marcia Barbosa de Souza. O protocolo tem como objetivo o enfrentamento à violência contra a mulher pelo Poder Judiciário, incentivo à participação feminina no Poder Judiciário, tendo como referência o *Protocolo para Juzgar con Perspectiva de Género*, concebido pelo Estado do México após determinação da Corte Interamericana de Direitos Humanos e contou com a participação de todos os seguimentos da justiça, afirmando o compromisso de que seja alcançada a igualdade de gênero, nos moldes da Agenda 2030 da ONU – 5 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

O documento ressalta o compromisso de que o exercício da função jurisdicional ocorra “*de forma a concretizar um papel de não repetição de estereótipos, de não perpetuação de diferenças, constituindo-se um espaço de rompimento com culturas de discriminação e de preconceitos*”¹⁷³. O protocolo está pautado, também no princípio constitucional da inafastabilidade da jurisdição, assegurado pelo artigo 5º, inciso XXXV da Constituição Federal. Abordando as desigualdades de gênero o protocolo ressalta que a presença dos estereótipos na estrutura social traz impactos negativos que podem ser prejudiciais, em grande medida, para as mulheres, quando estão presentes na atividade jurisdicional e apresenta como exemplo a influência que certos estereótipos podem exercer na avaliação de determinados fatos da demanda, (i) tais como conferir relevância ou minimizá-la na apreciação de certas provas com base em ideias preconcebidas de gênero, (ii) considerar apenas as evidências que confirmam uma certa ideia estereotipada, afastando as que a contradizem, (iii) utilizar ideias preconcebidas sobre gênero como máxima de experiência para tornar um fato como certo.¹⁷⁴

¹⁷²<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/10/protocolo-para-julgamento-com-perspectiva-de-genero-cnj-24-03-2022.pdf>

¹⁷³ Obra citada, pg. 7.

¹⁷⁴ Obra citada, pg. 27.

Considerando que os julgadores podem ser influenciados pelos estereótipos, ainda que de forma inconsciente e involuntária, o protocolo reconhece que o racismo e o patriarcado influenciam na jurisdição, já que são partes integrantes do tecido social que compõe a criação, interpretação e aplicação do direito e a atuação livre destas influências demanda uma revisão dos próprios dispositivos legais à luz da percepção de que nem sempre são livres de tais fatores.

O protocolo aborda a questão do valor probatório da palavra da vítima no direito penal, conforme leciona Soraia Mendes, assim afirmando:

“As declarações da vítima qualificam-se como meio de prova, de inquestionável importância quando se discute violência de gênero, realçada a hipossuficiência processual da ofendida, que se vê silenciada pela impossibilidade de demonstrar que não consentiu com a violência, realçando a pouca credibilidade dada à palavra da mulher vítima, especialmente nos delitos contra a dignidade sexual, sobre ela recaindo o difícil ônus de provar a violência sofrida.”¹⁷⁵

E segue reconhecendo que a alta valoração das declarações da vítima da violência de gênero faz parte do julgamento com perspectiva de gênero sem que haja desequilíbrio da relação processual, pois a vulnerabilidade e a hipossuficiência da parte tornam legítima a diferença de peso probatório, para que se alcance a imparcialidade e de acordo com o princípio da igualdade, conforme assegura o artigo 5º, inciso I da Constituição Federal.¹⁷⁶ A violência obstétrica é uma forma de violência de gênero e também é abordada pelo protocolo, sendo recomendado aos julgadores que se valham, além da Constituição Federal e legislação infraconstitucional, alguns dos diplomas internacionais firmados pelo País, já mencionados anteriormente.

É destacado no protocolo que o Poder Judiciário precisa estar apto a reconhecer as desigualdades e hierarquias entre as pessoas, presentes na sociedade e como elas estão relacionadas à violência de gênero e como afetam diferenciadamente as pessoas mulheres negras, indígenas, deficientes, idosas e LGBTQIA+.

¹⁷⁵ Protocolo de Julgamento com Perspectiva de Gênero, página 85, mencionando MENDES, Soraia da Rosa. Processo penal feminista. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2020. p. 95-97.

¹⁷⁶ Ibidem.

O Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero efetivamente traz um fôlego novo para que sejam adotadas práticas mais eficientes de análises das demandas que envolvam violências de gênero, com orientações, reflexões e indicação de diretrizes a serem seguidas pelos julgadores e, principalmente, reconhecimento da necessidade de renovação dos pensamentos engessados na noção de que o direito, criado nos moldes de universalidade e neutralidade, muitas vezes esconde discriminação de gênero.

4.2 – O caso de Adelir Carmem Lemos de Góes - a cesariana forçada pelo poder judiciário.

Em 2014 uma situação noticiada no jornal tomou a atenção da sociedade e incendiou o debate a respeito dos direitos humanos das mulheres. Trata-se do caso de Adelir Carmem Lemos de Góes, uma mulher que foi obrigada judicialmente a realizar uma cirurgia cesariana em Torres no Rio Grande do Sul. Os relatos de Adelir em tais notícias indicam a ocorrência de grave abuso por parte da equipe médica e do hospital com a recusa de apresentar informações adequadas à então parturiente sobre o que alegaram ser os riscos à saúde da bebê e a sua própria saúde que determinariam a necessidade de realização de uma cirurgia cesariana. Sua recusa a submeter-se a tal tratamento, no entanto, gerou a resposta extrema do Estado através do judiciário que determinou a condução coercitiva da gestante ao mesmo Hospital, para ser novamente atendida e caso necessário ser submetida à cirurgia cesariana, o que culminou não só com a realização do parto cirúrgico como também com a negativa ao direito do acompanhante no momento do parto¹⁷⁷.

¹⁷⁷ Notícia publicada no site Globo.com em 02/04/2014, no endereço: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/justica-determina-que-gravida-faca-cesariana-contra-vontade-no-rs.html>. Acesso em 01/02/2023.

A repercussão foi tamanha que, além de ser noticiada em vários veículos de comunicação, também iniciou uma mobilização de suporte a Adelir, com manifestações públicas de repúdio à violência cometida e até então impensada e com a atuação da Associação Artemis¹⁷⁸ na esfera jurídica, ingressando com denúncia do caso em órgãos de Defesa dos Direitos Humanos, quais sejam, o Centro de Referência em Defesa de Direitos Humanos vinculado à Defensoria Pública do Rio Grande do Sul, Secretaria de Defesa de Direitos Humanos da Presidência da República e Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados Federais, além de promover audiências públicas e um curso de capacitação sobre violência contra a mulher, resultando na elaboração de um folheto informativo sobre violência obstétrica em conjunto com a Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

A medida protetiva que resultou na decisão judicial de condução coercitiva de Adelir, sob ameaça da força policial, foi promovida com base no laudo técnico elaborado pela equipe médica do Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, sendo afirmado pelo Promotor de Justiça que:

"Não se buscou, com essa medida, a discussão se é melhor o parto normal ou a cesariana. O que há nesse caso extremo é o risco de vida da criança. Para resguardar esse direito à vida, que deve ser tutelado mesmo contra a vontade da mãe, é que se buscou o ajuizamento da ação."

"Acima de todas as preferências, está o direito à vida da criança. Esse direito deve ser resguardado com absoluta prioridade. É o que diz a Constituição".¹⁷⁹

Da mesma forma afirmou a juíza ao decidir pela condução coercitiva *"a fim de que a gestante receba o atendimento adequado para o resguardo da vida e integridade física do nascituro, inclusive com a realização de parto por cesariana, se essa for a recomendação médica no momento do atendimento."*¹⁸⁰

¹⁷⁸ Informações constantes da página do Fórum Justiça, com relato do debate realizado e documentos apresentados e ora mencionados, constantes do endereço eletrônico <https://casoteca.forumjustica.com.br/caso/caso-adelir/>. Acesso em 19/04/2025.

¹⁷⁹ Informações obtidas em notícia publicada na página globo.com, no seguinte endereço eletrônico: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/promotor-justifica-medida-que-obrigou-gestante-fazer-cesariana.html>

¹⁸⁰ Informação obtida no site do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, no endereço eletrônico: <http://www.tjrs.jus.br/site/imprensa/noticias/?idNoticia=236190>

Ainda que a decisão que concedeu a tutela jurídica de violação da autonomia pessoal de Adelir não seja objeto de análise neste estudo, a apresentação de sua motivação é relevante para caracterização do contexto no qual o tratamento de Adelir em âmbito hospitalar ocorreu, pois a decisão foi motivada pela compreensão técnica da equipe médica do hospital de que a vida da bebê corria risco sem a realização imediata do parto cirúrgico, o que na fundamentação jurídica apresentada, é um direito cuja prevalência é prioritária. A decisão foi tomada em medida de plantão judiciário, sem instauração de contraditório e ampla defesa, sendo medida de cumprimento irreversível e satisfatório. Diante deste cenário de conflito, Adelir foi recebida novamente no hospital e sofreu violência obstétrica quando da realização da cirurgia que também causou impactos aos direitos de seu marido, Emerson e de sua bebê no nascimento.

Em virtude do tratamento recebido no hospital Adelir e Emerson ingressaram com ação para reparação por danos morais contra a mantenedora do hospital onde ocorreu o parto e as duas médicas que dele participaram, processo nº 5001239-77.2017.8.21.0072, que correu perante o Juízo da 2ª Vara Cível da Comarca de Torres/RS, julgado em 16/11/2023, com a improcedência do pedido, sentença esta mantida pelo Tribunal de Justiça pelo acórdão publicado em 26/04/2024.

O caso de Adelir é de inquestionável relevância ao debate dos direitos humanos da mulher pois revela a facilidade com que são relativizados e colocados em segundo plano, diante da argumentação de ameaça ao direito à vida, seja o seu próprio ou do feto que carrega em seu ventre, com afastamento de princípios basilares do direito processual civil vigente. A relevância do caso segue ainda no julgamento da ação de dano moral movida por Adelir e seu marido contra o hospital e as médicas, pois é emblemático das dificuldades enfrentadas pelas partes na apreciação, pelo Judiciário, da ocorrência da violência obstétrica e, por esta razão, será analisado neste item do capítulo, a fim de que sejam ressaltadas as circunstâncias complexas que envolvem sua ocorrência e demonstração processual, bem como a necessidade da perspectiva de gênero para tais decisões.

Importante destacar que serão objetos de análise somente a sentença e o acórdão proferidos na ação de indenização por dano moral, não sendo analisadas as decisões referentes à Medida Protetiva movida pelo Ministério Público, uma vez que sendo processo em segredo de justiça não foi possível acesso ao seu conteúdo. No que diz respeito às decisões da ação de dano moral, a análise se baseia nas informações contidas na sentença e no acórdão disponibilizados pelo site do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, na página de acompanhamento processual pública, complementada com as informações fornecidas pelas partes autoras em entrevistas de jornal, ou seja, não serão considerados os documentos constantes dos autos, nem outras peças processuais.

A narrativa inicial constante do relatório da sentença afirma que em 31/03/2014 Adelir compareceu ao Hospital Nossa Senhora dos Navegantes acompanhada de sua doula para a realização de exames de rotina em sua terceira gestação. Na ocasião foi realizado um exame de ultrassonografia que, segundo afirmado por uma das rés, médica obstetra, indicaria a necessidade de internação da autora para a realização de cirurgia cesariana, em virtude da apresentação pélvica do bebê.

Sem sentir confiança nas informações prestadas pela médica atendente, Adelir decidiu que não se submeteria à internação imediata e que procuraria outra opinião médica, momento em que afirmou ter sido ameaçada pela profissional e deixou o hospital assinando um termo de responsabilidade.

Ainda de acordo com a narrativa da parte, constante do relatório da sentença, na madrugada de 01/04/2014 Adelir e seu marido foram surpreendidos com a presença de um oficial de justiça, acompanhado de um policial militar, apresentando um mandado judicial para encaminhá-la ao hospital a fim de realizar a cirurgia cesariana. O evento transcorreu de forma conturbada e desrespeitosa, especialmente pelo policial militar que os teria agredido verbalmente, impactando o trabalho de parto. Levada ao hospital, Adelir foi submetida à cirurgia cesariana que entendia desnecessária, sem a presença de seu acompanhante, seu esposo, e sendo obrigada a realizar uma tricotomia perineal, além de ter sofrido hostilidades por parte da médica obstetra responsável pela cirurgia.

Após o parto, não teria sido permitido a Adelir a realização de contato pele-a-pele e nem amamentação na primeira hora de vida, mesmo que a bebê tenha nascido sem nenhuma necessidade de cuidados especiais que assim demandassem e que a bebê recebeu alimentação artificial sem a sua autorização. Além disso, Adelir seguiu privada da presença de seu marido, que era seu acompanhante, quando encaminhada ao quarto, somente sendo a ele autorizada entrada no horário de visitas.

Além das consequências decorrentes da forma como foram obrigados a comparecer ao hospital, realização da cirurgia cesariana sem que entendessem necessária, privação do acompanhante e do contato com a bebe na primeira hora de vida, Adelir e seu marido ainda sofreram posteriormente por terem ficado conhecidos na cidade onde moram como pais irresponsáveis, o que prejudicou inclusive a recolocação no mercado de seu marido quando foi demitido. Por tais razões, pleitearam indenização por dano moral decorrente dos eventos narrados.

Seguindo o relatório, a sentença indica que, sem êxito na audiência de conciliação, foram apresentadas contestações. Na contestação da médica obstétrica que realizou a cirurgia cesariana, foi alegado que Adelir se negou a aceitar a indicação médica, inobstante a exposição detalha dos riscos obstétricos no momento da consulta, assinando o termo de responsabilidade e ido embora do hospital. Segundo afirma, os riscos seriam a idade gestacional avançada, a posição fetal e a existência de duas cesarianas prévias que seriam indicativos para internação imediata e realização de parto. Após este evento, teria sido tentada, sem sucesso, uma conversa telefônica com seu esposo e que diante deste cenário a equipe médica juntamente com a diretoria técnica do Hospital e a Secretaria de Saúde levaram o caso ao Ministério Público. Posteriormente a paciente deu entrada no hospital, tendo sido realizados exames necessários que constataram a apresentação podálica do bebê, risco de ruptura uterina e dilatação avançada, situação que foi explicada ao pai do bebê que pareceu compreender a situação e concordou com a cirurgia. Realizada a cirurgia, apesar de confirmadas as situações de risco, a recuperação tanto da gestante quanto da bebê transcorreu bem.

A ré informou ao juízo que o Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul abonou sua atuação, encerrando a sindicância, além de negar todas as expressões e frases a ela atribuídas pelas partes autoras, afirmando que o ordenamento jurídico impõe à gestante a obrigação de assegurar com absoluta prioridade o direito à vida e à saúde do filho ainda não nascido.

A mantenedora do hospital apresentou contestação na qual reafirma que o quadro apresentado por Adelir no momento do atendimento médico realizado no dia 31/03/14 era indicativo de internação imediata para a realização da cirurgia cesariana, razão pela qual foi tomada a providência, em conjunto com a Secretaria de Saúde para notificar o Ministério Público. Afirmou que a tricotomia perineal realizada é procedimento de rotina realizado com a finalidade de evitar infecções e que o marido de Adelir não acompanhou o parto em razão de seu estado emocional que colocaria em risco todos os presentes na sala de parto. No que diz respeito à ausência de contato entre mãe e bebê no momento imediato ao parto, afirma que este fato se deveu ao procedimento de aspiração que foi realizado na bebê, mas que a mãe foi encaminhada ao quarto com o bebê e que a alimentação artificial foi decorrente de prescrição médica em razão do pouco colostro apresentado pela mãe e que somente ocorreu em duas ocasiões. Afirmar a ausência de conduta culposa no atendimento.

Por fim, o relatório apresenta a contestação da segunda médica que compõe o polo passivo da demanda, que ressaltou em sua defesa a necessidade da realização do parto cirúrgico diante do quadro apresentado pela gestante, bem como ausência de qualquer conduta danosa de sua parte, que sua obrigação é de meio e não de resultado, que a preferência da gestante pelo parto natural não pode se sobrepor à indicação médica e afirma a litigância de má-fé dos autores diante da ausência do exame de ultrassom que comprova a correta indicação da via de parto.

Na decisão, a sentença acolheu as preliminares apresentadas pelas duas médicas, de ilegitimidade passiva, por força do Tema 940 de repercussão geral, no qual fixou-se a tese de que a ação de indenização por ato de agente público deve ser promovida contra o Estado ou pessoa jurídica de direito privado prestadora de serviço público, conforme julgamento do Recurso Extraordinário 1027633 pelo STF.

A improcedência do pedido decorreu do reconhecimento de ausência de imprudência, negligência ou imperícia na conduta das médicas, cuja comprovação da culpa é necessária para a caracterização da responsabilidade civil do hospital no caso de demandas movidas por erro médico.

Segundo a fundamentação da sentença, a realização da cirurgia cesariana foi medida necessária para salvaguardar a vida de Adelir e de sua bebê, conclusão amparada na prova documental, oral e pericial constante dos autos. A sentença se socorre das declarações da médica plantonista que prestou o primeiro atendimento a Adelir, da médica que a substituiu no plantão e elaborou o laudo que instruiu a medida protetiva elaborada pelo Promotor do Justiça, depoimento do Diretor Técnico do Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, uma nota da Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, outra nota da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Sul - SOGIRGS, bem como o posicionamento do CREMERS na sindicância instaurada para apurar a conduta das médicas rés da ação, que concluiu pela adoção da medida correta com a indicação e realização do parto cirúrgico.

As partes autoras apresentaram um parecer assinado por duas médicas obstetras que atestavam que o caso de Adelir não apresentava urgência que justificasse a tomada da medida judicial para a sua condução coercitiva e realização do parto da forma como se deu, bem como indicando a possibilidade de partos pélvicos serem bem sucedidos, mas o juízo *a quo*, com base na prova produzida nos autos indicativa de que a bebê já estava em sofrimento fetal, pela presença de mecônio no líquido amniótico, concluiu que esta documentação não apresentou capacidade de afastar as demais provas que indicavam a correta tomada de decisão pelas médicas plantonistas.

Diante de tais documentos, a sentença entendeu pela ausência da ocorrência de erro na conduta das médicas, afastando a responsabilidade civil no concernente à escolha da via de parto, bem como no que diz respeito à notificação do Ministério Público para que providenciasse a medida judicial cabível.

No que diz respeito às demais alegações de violência obstétrica apresentadas pelos autores, a sentença afirma que não restou comprovado que as partes tenham sofrido tratamento distinto daquele destinado aos outros pacientes do hospital, exceto, apenas no que diz respeito ao impedimento da presença do pai do bebê, acompanhante da gestante na sala de parto, o que seria justificável diante do comportamento alterado que ele apresentava, colocando em risco a segurança dos demais. Afirma ainda que Adelir foi submetida a protocolos médicos que são o padrão hospitalar, bem como que as oitivas de testemunhas desmentiram as alegações dos autores a respeito do tratamento desrespeitoso.

A sentença reconhece que Adelir teria direito a não querer ser submetida a nova cirurgia cesariana, bem como a buscar outra opinião médica diante da desconfiança quanto ao parecer recebido no atendimento que recebeu por uma das rés no hospital, mas que, além de não procurar outra opinião médica, Adelir não poderia colocar em risco a vida de sua bebê com a recusa ao parto cirúrgico.

A sentença foi integralmente mantida pelo acórdão proferido pela 6ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul que além de se valer da fundamentação da sentença *a quo*, reafirmou a regularidade da conduta de impedir o acesso do acompanhante da parturiente na sala de parto em virtude do risco à segurança dos envolvidos. No que diz respeito às demais alegações de violências sofridas pelas partes, o acórdão ressalta que a adoção da alimentação artificial foi justificada pelo quadro de sofrimento fetal e que o encaminhamento do bebê ao berçário era a prática padrão adotada pelo hospital. Ressalta ainda que a prova oral produzida comprovou a inexistência de tratamento inadequado das partes pela equipe médica.

As decisões abordaram estas questões, concluindo pela inexistência de dano a ser indenizado, uma vez que ausente o erro médico, pois não teria havido conduta negligente, imprudente ou imperita, mas ao contrário disso, toda a prova constante dos autos demonstraria que a conduta adotada pelos profissionais que atenderam a autora era a correta e possivelmente salvou sua vida e a de sua filha.

A análise destas decisões foi escolhida para o presente trabalho exatamente por demonstrar as dificuldades que a comprovação e avaliação de casos de violência obstétrica apresentam e, especialmente, como é possível separar a ocorrência do erro médico da ocorrência da violência obstétrica. A ocorrência de violências no caso de Adelir é inquestionável, ainda que não tenha sido expressamente reconhecida pelas decisões judiciais, pois o que foi avaliado nos julgados foi a justificativa da adoção das medidas violentas para salvar a vida do bebê e a sua própria, colocadas em risco por sua recusa ao tratamento médico indicado.

A partir deste cenário, a análise dos fatos apresentados pelas decisões e dos fundamentos constantes do acórdão e da sentença será realizada sob a perspectiva de gênero, sendo adotada a utilização de métodos jurídicos feministas, mas especificamente a partir da ótica de Katharine Bartlett¹⁸¹ para demonstrar que houve sim, violência obstétrica no caso de Adelir, ainda que a indicação de parto cirúrgico seja considerada a decisão tecnicamente correta. Não será objeto de análise neste trabalho a questão técnica da indicação e realização de cirurgia cesariana, uma vez que esta avaliação foge ao escopo do estudo, pertencendo à área médica e não jurídica e representaria um desvio da análise pretendida de demonstração da possibilidade de que seja identificada a ocorrência da violência obstétrica, inobstante a ausência do erro médico. Desta forma, segue-se a análise considerando-se que Adelir necessitava de intervenção cirúrgica para a segurança de sua saúde e do nascimento de sua filha, ainda que possa não se tratar de tema incontroverso entre a comunidade médica.

A observação da narrativa dos fatos, tais como apresentados pela sentença, com a utilização do método feminista demanda a ampliação da perspectiva, uma percepção de como as relações sociais acabam por ocasionar ou perpetuar a submissão das mulheres. Essa ampliação da perspectiva também permite que seja possível identificar quando a lei se apresenta de forma não neutra e em alguns casos até mesmo masculina.

¹⁸¹ BARTLETT Katharine in Métodos Jurídicos Feministas. Tecendo Fios das Críticas Feministas no Brasil II, Direitos Humanos das Mulheres, volume 1. Organização Fabiana Cristina Severi, Ela Wiecko Wolkmer de Castilho, Myllena Callasans de Matos, Ribeirão Preto, FDRP/USP, 2020.

A análise com método feminista orienta que seja dado destaque ao fato de que Adelir, por ter comparecido ao hospital apenas para exames de rotina e ser surpreendida com a recomendação imediata para a internação e realização de parto cirúrgico, não confiou nas conclusões apresentadas pela médica e rejeitou a indicação de internação imediata. A perspectiva ampliada leva a indagações que não foram feitas pela sentença, ao considerar que Adelir já havia passado por duas outras cirurgias cesarianas e não desejando uma terceira, muito provavelmente não recebeu as informações sobre seu estado de saúde forma adequada, pois o esperado e razoável é a conclusão de que Adelir desejava que sua bebê nascesse bem e com saúde.

A rejeição da indicação médica de parto imediato decorrente da desconfiança, portanto, é um fator que deveria ser norteador da análise da demanda pelo julgado. Na fundamentação da sentença, no entanto, a julgadora destaca que Adelir deixou o hospital com o intuito de procurar outra opinião e assim afirma:

“Evidente que todo paciente tem o direito de buscar uma segunda opinião médica se não sente confiança naquela exarada pelo profissional que lhe atendeu por primeiro, **no entanto, não foi isso o que fez a autora**, pois, apesar de declarar na inicial que deixou o hospital na tarde do dia 31-3 para realizar novos exames em outro estabelecimento, o que ocorreu às 16h55min, foi encontrada em casa pela Oficiala de Justiça já na madrugada do dia 01-4, dando entrada novamente no hospital às 2h40min (Ev. 2, Petição 20, p. 3), **portanto, mais de 9 horas depois, sem realizar nenhum novo exame e sem consultar com outro médico no período**, e já em situação de emergência, segundo resposta do Perito ao quesito 7 formulado pela ré AESC (Ev. 2, Petição 82, p. 4) e como se confirmou pela presença do líquido amniótico meconial.” (grifos nossos)

A decisão considera que Adelir nada fez do momento em que saiu do hospital às 16h55min até quando foi conduzida coercitivamente ao hospital novamente, às 2h40min da madrugada seguinte e segue afirmando que Adelir teve mais de 9 horas para obter uma segunda opinião médica. Esta afirmação deixa claro que a julgadora não levou em consideração outros cenários possíveis ao caso, mas apenas uma suposta inação de Adelir. Ao analisar os fatos tendo em vista a perspectiva de gênero, no entanto, outras indagações entram em cena.

Uma das possibilidades é o questionamento a respeito do modo como as informações foram efetivamente passadas a Adelir no momento do primeiro atendimento, se, quando passado o choque inicial da notícia sobre a necessidade da internação imediata, os resultados dos exames realizados foram explicados de forma clara, se suas dúvidas e inquietações foram respeitadas e atendidas com esclarecimento a respeito de termos técnicos. A sentença nada menciona a respeito do teor do termo de responsabilidade assinado por Adelir no momento em que deixou o hospital recusando a indicação cirúrgica, mas ainda que neste documento estivessem apresentadas as indicações clínicas para a necessidade da internação imediata, importaria indagar a respeito de sua compreensão sobre tais informações. Não há questionamento a respeito da adequada informação da paciente para a tomada de decisão, esta adequação está presumida na sentença.

Isto porque, a julgar da narrativa inicial, onde Adelir afirma que compareceu ao hospital para exames de rotina e de que foi o grande estresse sofrido no momento em que o oficial de justiça apareceu em sua casa no meio da madrugada com a polícia que impactou no trabalho de parto, não restam dúvidas de que em sua percepção, ela não estava em trabalho de parto no momento do primeiro atendimento e, se for considerado que ela não buscou atendimento médico quando saiu do hospital, o que a sentença não afirma estar comprovado nos autos, certamente seria por não ter compreendido que se encontrava em situação de urgência. Se Adelir não compreendeu que seu caso era de tamanha urgência, há forte indício de que não recebeu adequadamente as informações sobre seu estado de saúde e, desta forma, o equívoco estaria no atendimento médico recebido e não nas escolhas feitas por Adelir.

Ainda é possível considerar que Adelir de fato buscou outro atendimento médico, não conseguindo marcar a consulta de forma imediata ou até mesmo chegar a tempo a outra localidade para atendimento, pois já era final do dia quando saiu do hospital sem entender estar em qualquer situação de urgência. A quantidade de unidades de atendimento público da região, horários de funcionamento e distância de deslocamento para outras unidades em cidades ou bairros próximos também são circunstâncias relevantes para a possibilidade de obtenção de uma segunda opinião com rapidez.

A decisão judicial, pelo que se observa da sentença, não considerou nenhuma destas possibilidades e também não considerou que Adelir estava vivenciando uma situação inesperada e pode não ter encontrado meios de solucioná-la com a rapidez que talvez fosse necessária.

O direito à informação é um direito fundamental do paciente e uma obrigação do médico, conforme determina o artigo 34 do Código de Ética Médica que, no caso do atendimento da gestante tem ainda a função combate à ocorrência da violência obstétrica, conforme já demonstrado no capítulo 2, pois o acesso à informação possibilita a tomada de decisões de forma consciente. Mas nada indica na sentença que este direito tenha sido assegurado e que tenha sido comprovado nos autos. Ao contrário disso, os indícios apontam exatamente para a violação deste direito e, portanto, falha no atendimento médico, pautando as escolhas de Adelir ao recusar as indicações médicas.

No que diz respeito à negativa da presença de seu marido, acompanhante, no momento do parto e no pós-parto a sentença afirma que:

“No mais, nada em termos de prova revelou que os autores e seu recém-nascido tenham sido tratados de forma diferenciada seja pela equipe médica, seja pela equipe de enfermagem em relação a outros casais e recém-nascidos da época, exceção feita à proibição de que o autor, como pai, acompanhasse o parto na sala de cirurgia, todavia, a justificativa apresentada pela ré AESC, embasada no estado emocional alterado em que se encontrava o autor, e por isso no risco que a sua presença na sala de cirurgia poderia representar não só para a equipe médica, mas para o ato em si, mostra-se plausível, já que, conforme o depoimento da Oficiala de Justiça responsável pelo cumprimento da medida, Helena Veiga Müller, ao chegar à residência do casal, o pai mostrou-se contrário à efetivação da medida, e no hospital também se mostrou mais alterado inicialmente, somente se acalmando após receber as explicações técnicas da Dra. Joana.”

No entendimento da julgadora a exclusão do acompanhante do momento do parto foi medida justificada diante do perigo à segurança de todos que a sua presença impunha, uma vez que ele chegou ao hospital em estado emocional alterado.

Inobstante as declarações da própria cirurgia de que diante das explicações por ela apresentadas o marido de Adelir se acalmou, ainda assim não fez jus ao direito de presenciar o nascimento de sua filha e acompanhar sua esposa em momento de extrema vulnerabilidade e após tamanho estresse emocional e físico decorrente da condução coercitiva por oficial de justiça e policial militar. Estes fatores, no entanto, não foram considerados no julgado, nem em primeira, nem em segunda instância.

A Lei 11.108/2005 diz expressamente que “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.” Adelir teve este direito negado não só no momento do parto, como também durante o período de internação do pós-parto, pois segundo sua narrativa inicial, constante da sentença, seu marido apenas pode vê-la no horário de visitas. A sentença, no entanto, fundamentada unicamente nos depoimentos das médicas presentes na sala de parto afirma que o impedimento da presença do acompanhante foi justificado diante da ameaça que ele representava à segurança de todos.

A análise desta situação à luz do método feminista permite que seja questionada a forma como foi garantida a segurança de Adelir no momento da cirurgia e do parto, já que após ter sido levada forçadamente ao hospital para uma cirurgia indesejada, que ela entendia desnecessária, foi privada da presença de seu marido não só neste ato de extrema vulnerabilidade física e emocional, como também após o procedimento.

A presença do acompanhante durante o parto e o pós-parto não só é assegurada por lei como é recomendada pela Organização Mundial de Saúde como medida de prevenção à ocorrência de violência obstétrica, tal como apresentado no capítulo 2. Ao contrário do que foi afirmado na sentença, no caso de Adelir a presença do acompanhante era fundamental para garantia a segurança da gestante e do bebê, pois seu caso foi cercado de ocorrências violentas.

Com efeito, essas violações de seus direitos seguiram ocorrendo na própria sala de parto e posteriormente, já que além da ausência do acompanhante, foi privada do contato corporal com a recém-nascida e amamentação na primeira hora, direitos estes que existem tanto para a gestante quanto para a criança. Este primeiro contato entre mãe e bebê é uma das bases do nascimento humanizado, tanto no parto vaginal quanto no parto cirúrgico, sendo inclusive recomendado pelo Ministério da Saúde, que determina sua ocorrência em toda a rede SUS desde o início dos anos 2000.¹⁸²

A investigação das alegações de violência obstétrica não pode fugir destas indagações, levando em consideração as dificuldades do caso, já que na sala de parto somente estavam presentes Adelir e a equipe médica. Equipe essa que negou todas as alegações de Adelir, mas a observação dos fatos com a perspectiva ampliada revela que as declarações das profissionais corroboram o que consta na narrativa inicial no tocante às violências obstétricas cometidas quando da internação para a cirurgia.

A violência obstétrica narrada na inicial consiste na ausência de informações adequadas sobre a indicação de internação e cirurgia, realização de procedimento de tricotomia perineal, recusa à presença do acompanhante no parto e no pós-parto, ausência de contato entre mãe e bebê e amamentação na primeira hora de vida, alimentação artificial realizada sem autorização da mãe e tratamento hostil por parte da médica que realizou a cirurgia.

Destas situações apenas o tratamento hostil a Adelir durante a cirurgia não restou incontroverso nos autos, pois as demais circunstâncias não foram negadas pelas rés, mas apenas justificadas como legítimas. Ainda assim, a sentença os toma por adequados sem maiores questionamentos ou considerações. Não há nenhuma menção às determinações do Ministério da Saúde a respeito do que consiste a humanização do parto e do nascimento, nenhuma atenção às recomendações da OMS, inobstante tratar-se de tema muito veiculado na mídia nos últimos anos.

¹⁸² Premissas do parto humanizado no SUS encontradas no endereço eletrônico <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-materna> Acesso em 15/04/2025.

Sobre as violências obstétricas indicadas por Adelir que restaram incontestes nos autos a sentença se limita a afirmar que tais práticas refletiram protocolos hospitalares, sem nenhuma indagação a respeito da adequação de tais protocolos e da violação de direitos que poderiam causar. No que diz respeito à falta de contato físico entre mãe e bebê e aleitamento materno na primeira hora a sentença entendeu que a declaração da médica pediatra que acompanhou o parto seria suficiente, quando assim afirma:

“Afora essa diferença de tratamento, repise-se, justificada pela segurança da equipe médica dentro da sala de cirurgia, do próprio ato em si e consequentemente da saúde da mãe e do feto, nada indica que o tratamento tanto à mãe, quanto ao recém-nascido e ao pai tenham fugido aos protocolos médico-hospitalares, desde a submissão da gestante à tricotomia perineal, medida que, ao que consta, faz parte do protocolo, passando pelo contato mãe e bebê ainda na sala de cirurgia, o qual foi confirmado pela pediatra, Dra. Márcia Laux Bronzatto, quando questionada a respeito:

... colocamos a criança perto da mãe... (4min) ... a gente sempre coloca ali o rostinho com a mãe pro bebê cheirar a mãe, sempre, eu sou muito a favor do aleitamento materno, então, a gente sempre coloca o bebê pra cheirar a mãe, pra ficar pertinho da mãe, ... então esse tempo ... foi mais ou menos dois ou três minutos ... (21'30")

A declaração da médica, contrariamente ao que afirma a sentença é exatamente uma confissão da ocorrência da violência obstétrica, uma vez que a profissional afirma que a bebê esteve em contato com a mãe por um instante apenas, com contato físico extremamente reduzido. Reconhece que a Adelir e a sua filha foi negado o contato pele-a-pele e a amamentação na primeira hora, que a ela foi negado o direito de sequer segurar sua filha em seus braços. Tal declaração traduz a complexidade que cerca a situação do atendimento de saúde das gestantes no Brasil, pois além de demonstrar o descumprimento das diretrizes de humanização do parto, revela que aos olhos da equipe médica esse é o atendimento padrão ao qual Adelir deveria se conformar em receber.

Esta demonstração de falta de sintonia entre o que é esperado e o que é recebido no atendimento segue com a afirmação da sentença de que:

“Ainda, o alegado isolamento do pai e falta de notícias da sua esposa e da bebê após a cesariana restou desmentido pela prova oral, uma vez que a Dra. Márcia declarou ter pessoalmente conversado com o pai depois do parto, informando-lhe que havia dado tudo certo, que o bebê tinha nascido bem, ocasião em que ele ainda lhe agradeceu.”

De acordo com o entendimento da equipe médica e da sentença, o pai da criança, marido de Adelir, impedido de presenciar o nascimento de sua filha e de acompanhar sua esposa no parto, deveria não só se contentar, como ficar feliz ao receber notícias de que sua filha nasceu com saúde e sua esposa estava bem após todo o ocorrido e todo o desgaste emocional vivenciado. Não é reconhecida a violação de seus direitos como genitor e como marido, seu inconformismo não é legitimado e ainda é caracterizado como agressividade a justificar a supressão de direitos.

Todo este cenário revela, na verdade, que a insubmissão de Adelir e seu marido não são toleráveis e justificam a tomada de atitudes violentas por parte do corpo médico, chancelas pelo Estado.

Uma análise ampliada, com perspectiva feminista da sentença revela que durante todo o processo Adelir foi apresentada como uma mulher que fez de tudo para realizar o desejo de experimentar um parto “normal” sem nunca questionar que talvez seu desejo de não passar novamente por uma cirurgia cesariana fosse tão grande que ela estivesse disposta a passar por um parto pélvico ou se submeter a manobras dolorosas para inverter a posição da bebê ainda na barriga e facilitar o parto. Na verdade, Adelir foi colocada na posição de uma mulher que colocou a saúde de seu bebê em risco para satisfazer seu desejo de parto normal e seu marido na posição de homem agressivo por não se conformar com o tratamento que receberam.

Os julgados deixam bem clara a total assimetria das relações de poder, uma vez que à narrativa dos autores não é conferida nenhuma credibilidade, ao passo que aquelas feitas pelos profissionais médicos e oficial de justiça são as únicas fontes das quais a sentença e o acórdão se valem para apuração da verdade. Nenhuma das declarações das partes é considerada como sendo confiável e a decisão chega a afirmar que são “desmentidas” pelas afirmações das partes rés.

Sobre o comportamento de Adelir e seu esposo é possível encontrar as seguintes afirmações na sentença:

“Evidente que todo paciente tem o direito de buscar uma segunda opinião médica se não sente confiança naquela exarada pelo profissional que lhe atendeu por primeiro, **no entanto, não foi isso o que fez a autora**, pois, apesar de declarar na inicial que deixou o hospital na tarde do dia 31-3 para realizar novos exames em outro estabelecimento...”

“Com efeito, frente a todo esse cenário, de risco iminente para o feto e da **negativa da mãe em acolher a indicação feita pela Dra. Andréia da sua internação** para acompanhamento do trabalho de parto e realização de cesariana, andaram bem as médicas e o Hospital Nossa Senhora dos Navegantes por sua Diretoria quando decidiram levar o fato ao conhecimento do Ministério Público, haja vista que, **a despeito da vontade da gestante de que o nascimento da filha ocorresse pela via do parto normal**, desejo esse que, gize-se, merece todo o respeito e deve ser assegurado em condições normais, **essa vontade não pode colocar sob o risco o nascimento seguro e sem sequelas do nascituro**, o qual, ao contrário do que sustentam os autores em sua inicial, não tem mera expectativa de direito, possuindo, isto sim, seus direitos assegurados desde sua concepção, nos termos do art. 2º, do Código Civil.”

“...verificou-se que já havia sofrimento fetal, e se a autora não fosse conduzida até o hospital no início da madrugada do dia 01-4-2014 **sabe-se lá que horas ali chegaria por sua vontade** e em que condições para ela e para o feto.”

“...exceção feita à proibição de que o autor, como pai, acompanhasse o parto na sala de cirurgia, todavia, a justificativa apresentada pela ré AESC, embasada no **estado emocional alterado em que se encontrava o autor**, e por isso no risco que a sua presença na sala de cirurgia poderia representar não só para a equipe médica, mas para o ato em si, mostra-se plausível, já que, conforme o depoimento da Oficiala de Justiça responsável pelo cumprimento da medida, Helena Veiga Müller, ao chegar à residência do casal, o pai **mostrou-se contrário à efetivação da medida**, e no **hospital também se mostrou mais alterado inicialmente**...”

“Ainda, sobre o tipo de acomodação destinada à autora, o prontuário anexado no Ev. 2, Petição 64, p. 3, ao contrário do que consta na inicial, indica que a gestante ocupava um quarto coletivo, como aliás é próprio dos pacientes atendidos pelo convênio com o SUS, nunca um quarto privativo como alegado, e **sobre as visitas seja do pai**, seja de familiares, essas, por certo, que devem observar os horários próprios indicados pelo hospital.”

“Ainda, **o alegado isolamento do pai e falta de notícias da sua esposa e da bebê** após a cesariana **restou desmentido pela prova oral**, uma vez que a Dra. Márcia declarou ter pessoalmente conversado com o pai depois do parto...”

Estas afirmações da sentença deixam evidente a falta de credibilidade das partes e de sua narrativa, revelando o grau de dificuldade que as mulheres encontram ao denunciarem os casos de violência obstétrica, tal como ocorre de forma geral nos casos de violência de gênero. Além disso, hipóteses de violência obstétrica em muitos casos encontram justificativa na afirmação da defesa da vida para sua ocorrência, tal como no presente caso, onde a sentença afirma reconhecer o direito de escolha da parte autora no que diz respeito à via de parto, mas este direito não pode superar o direito à vida,

invocando as lições de Gilmar Mendes e Paulo Gustavo Gonet Campos¹⁸³ sobre o conflito entre princípios, chegando a afirmar que o direito à vida do nascituro supera o direito à saúde da mãe, conforme ora transcrito:

“Trasladando-se essa lição para o caso em apreço, conclui-se que, **havendo aparente conflito entre, de um lado, o direito da mãe à saúde**, já que a gestante, como sustentado na inicial, não desejava submeter-se a mais uma cirurgia cesariana, pelos riscos próprios de toda e qualquer cirurgia e também por possivelmente impedir uma futura nova gestação como era sua vontade, **e de outro, o direito do feto à vida, o qual corria risco iminente, consoante o conjunto probatório já analisado, há que prevalecer, sem dúvida alguma, o direito do nascituro à vida**, uma vez que nada supera esse direito considerado inviolável, tanto que é o primeiro listado no "caput" do art. 5º da Constituição Federal, **e porque a saúde da mãe antes, durante e mesmo após uma cesariana pode ser resguardada a partir da adoção pela equipe médica e pelo próprio hospital de todos os protocolos próprios da medicina.**” (grifo nosso)

É relevante observar a forma como é apresentada a argumentação da sentença, pois fala-se em necessidade da prevalência do direito à vida do nascituro sobre o direito à saúde da mãe. Esta afirmação traz consigo a força de uma visão hierarquizada da sociedade no que diz respeito não só à autonomia da mulher, mas até mesmo sua própria vida, pois seu corpo deve suportar tudo o que for necessário para que seja realizado o parto com os padrões de segurança do momento. Novamente, ressalte-se que não há aqui, nenhuma discussão a respeito da indicação da via de parto, mas sim a respeito da forma como a questão é resolvida, com a supressão de direitos da mulher, que também tem direito à vida e à vida com saúde, mas é colocada em último plano em todo o processo.

Naturalmente que quando da apreciação do caso pelo Judiciário o julgador já sabia que o desfecho, do ponto de vista técnico, foi feliz pois mãe e filha sobreviveram e a prova técnica é categórica ao afirmar que a cesariana era a única opção que garantiria esse resultado, mas as decisões, em nenhum momento consideraram a possibilidade de que o atendimento realizado deveria ter seguido outros protocolos para respeitar os direitos da gestante.

¹⁸³ A sentença transcreve o seguinte trecho da obra: “No conflito entre princípios, deve-se buscar a conciliação entre eles, uma aplicação de cada qual em extensão variada, segundo a respectiva relevância, no caso em concreto, sem que se tenha um dos princípios como excluído do ordenamento jurídico por irremediável contradição com outro.” Curso de Direito Constitucional, Saraiva *jur*, 13ª edição, 2018, pag. 183/184.

Ou seja, a violência obstétrica foi tida como descaracterizada diante do resultado do nascimento com vida da bebê e da preservação da vida da gestante. Naturalmente, este o resultado almejado para todos os partos, mas esta circunstância não é capaz de afastar a ocorrência da violência obstétrica por si só.

No julgamento do recurso interposto pelos autores o acórdão reafirma a inexistência de erro médico a justificar a condenação por responsabilidade civil, uma vez que a prova dos autos confirma a correta realização de parto cirúrgico e procura ir além, abordando a alegação da violência obstétrica, para tanto, buscando socorro na definição da OMS sobre o tema. Ocorre que, mesmo assim, a conclusão do acórdão é de que:

“Embora esteja sensível à situação vivenciada pela autora, o contexto fático não demonstra qualquer desrespeito à mulher, sua autonomia, seu corpo ou seus processos reprodutivos, inexistindo notícia de qualquer efetivo dano sofrido pela parte autora ou ao recém-nascido em decorrência do procedimento realizado dentro dos padrões da técnica médica.”

Esta conclusão do acórdão revela as dificuldades que o tema enfrenta no judiciário, pois sequer é percebida a dimensão da violação aos direitos da mulher diante de todo o cenário em que seu atendimento médico culminou com a realização de uma cirurgia que ela não desejava e não entendia necessária, por força de ordem judicial. Tudo isso porque a compreensão técnica de que a cirurgia era necessária para salvar sua vida e a vida da bebê se sobrepõe a todas as outras questões e a todos os demais direitos. A questão aqui não se refere apenas à correta indicação da cirurgia, mas também à forma como esta indicação se deu e como a gestante foi tratada durante todo o processo e ainda mais, a dificuldade de que sejam produzidas provas em um contexto onde há apenas a palavra da gestante contra a de toda a equipe médica e um entendimento judicial prévio de que ela estava errada.

A equipe médica era composta, por no mínimo duas mulheres, as médicas que atenderam Adelir, além do corpo de enfermagem que geralmente é de mulheres. A promotoria de justiça que deu entrada no pedido de liminar era representada por um homem e o poder judiciário, que determinou a condução coercitiva, estava representado por uma mulher, a juíza.

Adelir é uma mulher residente da zona rural da cidade de Torres, no Rio Grande do Sul. Esse quadro retrata bem as relações de poder em curso e as hierarquias reforçadas. Estas hierarquias também se revelam nas diferenças de classe existentes entre os atores e traz a reflexão a respeito da prevalência das medidas de violação de direitos acaso houvesse uma paridade entre os agentes que compõem estas relações. A já mencionada pesquisa Nacer no Brasil que apresenta a situação nacional da violência obstétrica indica que o contexto socioeconômico da mulher influencia diretamente na incidência da sua ocorrência.¹⁸⁴

Desta narrativa podemos extrair que o ato de se negar a aceitar as determinações do poder médico em exercício no atendimento do SUS ao qual Adelir se dirigiu, impulsionaram a atuação do poder judiciário para a violação de direitos da mulher em grau máximo, uma vez que a ordem judicial violou expressamente seu corpo, com a realização do procedimento cirúrgico forçado, por equipe médica na qual ela não confiava, tornando público aquilo que era privado, seu corpo. Tamanha violação somente é possível em um contexto social no qual mulheres como Adelir sofrem uma percepção estereotipada que as transforma em pessoas incapazes de tomar suas próprias decisões e que colocam em risco a vida de seus filhos. Mães que precisam aprender a arte de serem mães¹⁸⁵ ensinada de forma hierarquizada pela elite dominante.

O caso suscita questões de difícil abordagem na sociedade atualmente, tais como a imposição legal à mulher de que submetida a quaisquer providências e medidas para a sobrevivência do feto. Será que o ordenamento jurídico assim determina? É obrigação da mulher sofrer quaisquer situações para assegurar a saúde do feto não nascido, inobstante o

¹⁸⁴ Pesquisa Nacer no Brasil – Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento. LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Coordenação Fiocruz. Cad. Saúde Pública vol.30 supl.1, Rio de Janeiro, 2014. Acesso no endereço: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nacer-no-brasil Consultado em 14/11/2024.

¹⁸⁵ SEN, Semita in Labour, Organizations and Gender. The Jute Industry in India in the 1930s. In: Konrad, Helmut; Maderthaner, Wolfgang. Routes Into the Abyss. Coping with Crises in the 1930s. New York/ Oxford: Berghahn, 2013.

risco para sua própria vida? Esta questão é objeto de muito debate e anima a literatura e a dramaturgia, apresentando cenários trágicos nos quais as mulheres se sacrificam por seus bebês em circunstâncias de variada dramaticidade e, muitas vezes, apresentando desfechos de morte materna. Infelizmente essas narrativas não apresentam apenas situações fictícias, resultado da imaginação humana ou mesmo relatando eventos de outros tempos da humanidade. Esta é a realidade atual do país e do mundo, onde os índices de mortes maternas evitáveis ainda são altíssimos.

A sentença e o acórdão apresentam Adelir como uma mulher que coloca em risco a vida de sua bebê para poder realizar o sonho do parto normal, pois esta é a narrativa que justifica a ocorrência violenta contra seu corpo para salvar a vida que cumpria a ela colocar em primeiro lugar, antes da sua própria. Não cabe, nesta lógica, qualquer avaliação a respeito da sua desconfiança no atendimento médico, do seu medo de realizar uma nova cirurgia, agora que é mãe duas outras crianças pequenas, do desgaste e desconforto que o pós-operatório de mais de 1 mês acarretaria a seu corpo diante da circunstância de estar com um bebê recém-nascido e dois filhos pequenos em casa. E ainda, de sua própria confiança em seu corpo e sua capacidade de fazer algo diferente.

Nada disso foi sequer cogitado pelas decisões que afastaram a ocorrência do dano moral. A narrativa de Adelir indica que nenhum profissional do hospital considerou estas circunstâncias ou abordou seus medos e inquietações nos atendimentos recebidos, em nenhuma das duas vezes, nem na consulta onde foi indicada a cirurgia e nem quando foi levada coercitivamente. Estas ocorrências revelam as estruturas institucionais da violência obstétrica, pois diante das circunstâncias vividas pela paciente competia à equipe de profissionais do hospital oferecer-lhe o suporte necessário para a tomada de decisão consciente. Se os riscos à sua saúde e à saúde do bebê eram tão grandes, ainda mais relevante se tornaria esse preparo dos profissionais em orientá-la. Contrariamente a isso, no entanto, os relatos indicam esta falha e a tomada de medidas drásticas impulsionadas e fundamentadas em premissas que desvalorizam e violam os direitos da personalidade.

A situação vivida por Adelir é de extrema agressão, mas esta agressão é rapidamente aceita quando se coloca na balança a vida do bebê que espera para nascer. Coloca-se de lado no que consiste ser retirada de sua casa com ameaça da prisão por polícia amada, ser levada em um carro com estranhos que são hostis às suas convicções, ingressar em um ambiente que é igualmente hostil às suas convicções, ser vista e tratada como uma pessoa transgressora. Não se considera o que significa ser colocada contra sua vontade em uma sala, ter seus braços amarrados, injetados anestésicos no seu corpo que impedem o seu movimento, ser cortada, cauterizada, costurada. Não poder olhar para seu bebê no momento em que nasceu, pois sua visão está coberta por um pano. Não poder segurar e amamentar seu bebê em seus braços, pois estes estão ainda amarrados. Se obrigada a aceitar os poucos minutos que outras pessoas julgam suficientes para o seu contato com esse bebê que foi desejado e esperado por tantos meses. E tudo isso em um ambiente onde não se vislumbra nenhuma pessoa amiga e que é esperado, mesmo assim, que se deposite nas pessoas presentes toda a sua confiança. Não há nenhuma dúvida de que esta situação é caracterizadora de danos emocionais incalculáveis, mas nada disso foi considerado pelas decisões diante da alegação de que tudo foi feito para seu próprio bem e do bebê.

É necessário, no entanto, que seja compreendida a violação de direitos que este ato consubstancia, pois inobstante ser a indicação técnica adequada, a mulher tem o direito de ser tratada com respeito a sua dignidade, o que impõe uma modificação da forma como o atendimento médico é realizado, sem que haja a normalização de protocolos violentos, sob nenhuma justificativa.

O ordenamento jurídico brasileiro é fundamentado e norteado pelo princípio da dignidade da pessoa humana e com base neste fundamento a legislação brasileira assegura a todos os cidadãos o direito a não se submeter a tratamento ou intervenção cirúrgica que apresente risco à vida, conforme estabelece o artigo 15 do Código Civil e foi o que fez Adelir ao rejeitar a indicação de cirurgia cesariana, por falta de confiança na equipe médica do hospital. Seu direito é legítimo e somente foi afastado judicialmente em função da narrativa de que a vida do bebê estava em risco e esta seria a justificativa para a supressão dos direitos da personalidade da mulher.

Ocorre que a legislação brasileira também determina que a decisão a respeito da via de parto seja tomada em conjunto entre gestante e equipe médica, diante da adequada informação das circunstâncias e dos riscos, com respeito à autonomia e dignidade humana. O Brasil é signatário¹⁸⁶ de vários tratados internacionais que buscam erradicar a violência contra a mulher e assegurar seus direitos, especialmente no que diz respeito à saúde, com atenção humanizada e segura. Todos esses direitos foram violados no caso de Adelir e sequer foram considerados pelas decisões judiciais.

Tal situação, sob a ótica do método feminista é reveladora de como o direito pode ser aplicado de forma não equânime entre os gêneros, uma vez que é amplamente reconhecido o direito à autonomia pessoal de forma genérica, mas na aplicação prática, relativizado no que diz respeito à mulher.

O debate a respeito das violências cometidas tanto pelos profissionais de saúde, quando pelo Poder Judiciário, seja no momento em que foi determinada sua condução coercitiva sem assegurar-lhe o contraditório e ampla defesa, bem como quando do reconhecimento da legitimidade da conduta dos agentes de saúde com a improcedência do pedido de dano moral é extremamente necessária para que seja evitada a banalização dos direitos das mulheres e reforçado o contexto de violência obstétrica dela decorrente, com a maior precarização de direitos, pois a determinação da condução coercitiva da mulher para que seja submetida a procedimento cirúrgico contra sua vontade é uma situação violação extrema que não pode se repetir no direito brasileiro.

¹⁸⁶ Vide capítulo 2, pg.

4.3 – A Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, Tribunal Regional Federal da 3ª Região.

No ano de 2006 o movimento Parto do Princípio realizou uma denúncia¹⁸⁷ ao Ministério Público Federal a respeito do elevado número de partos por cirurgia cesariana na rede de saúde suplementar, que deu origem à Representação nº 1.34.001.004458/2006-98, onde foram colhidas informações e realizados debates públicos durante 3 anos. Decorrido este período sem que houvesse um acordo entre o MPF e a ANS sobre as ações que seriam efetivamente realizadas pela agência, foi proposta Ação Civil Pública, processo nº 0017488-30.2010.4.03.6100 que tramitou na 24ª Vara Federal do Tribunal Federal da 3ª Região.

Na fundamentação do pedido o MPF destacou que os índices de partos por cirurgias cesarianas na saúde suplementar são muito acima do percentual de 15% recomendado pela Organização Mundial de Saúde, sendo que em 2004 esse percentual foi de 79%. Afirma que o Ministério da Saúde adotou medidas com o objetivo de reduzir esse percentual no SUS, mas que no âmbito privado nada foi feito além de campanhas de conscientização da população que não possuem impacto real na modificação dos índices.

Com fundamentação tanto no Código de Defesa do Consumidor, quanto na Constituição Federal, que garante o direito à saúde a toda a população, o MPF formulou pedido de que a Agência Nacional de Saúde Suplementar elabore regulamentação que:

¹⁸⁷ A denúncia realizada levou a uma Audiência Pública conduzida pelo MPF/SP em setembro de 2007 com a presença não só da sociedade civil, como também de atores do setor de saúde suplementar, quais sejam o Ministério da Saúde, a ANS, o CFM, o CRM/SP, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, Federação Brasileira de Hospitais e resultou no encaminhamento de várias medidas voltadas à modificação do panorama excessivo de cirúrgicas cesarianas. Dentre as quais podem ser destacadas o comprometimento pela ANS de inserir a obrigatoriedade da cobertura da presença do acompanhante no rol de procedimentos, tornar disponível publicamente o percentual de partos cirúrgicos realizados por médicos, hospitais e planos de saúde e a revisão da diferença entre remuneração pelos planos de saúde do tipo de parto. Estas recomendações e as demais então realizadas, são encontradas no endereço eletrônico <https://www.partodoprincipio.com.br/single-post/o-problema-das-ces%C3%A1reas-no-setor-suplementar> As informações apresentadas pela denúncia são encontradas no endereço eletrônico <https://www.partodoprincipio.com.br/denuncia--altas-taxas-de-ces-reas> Acesso em 28/04/2025.

“a) determine às operadoras de plano privado de assistência à saúde que forneçam a seus beneficiários, a pedido destes e em determinado prazo fixado pela ANS, os percentuais de cesarianas e partos normais efetuados pelos obstetras e hospitais remunerados pela operadora no ano anterior ao questionamento;

b) defina, segundo seus critérios técnicos, um modelo de partograma e estabeleça como documento obrigatório a ser utilizado em todos os nascimentos, como condição para recebimento da remuneração da operadora;

c) determine a utilização do cartão da gestante como documento obrigatório;

d) determine às operadoras e hospitais que sejam obrigados a credenciar e possibilitar a atuação dos enfermeiros obstétricos no acompanhamento de trabalho de parto e parto;

e) crie indicadores e notas de qualificação para operadoras e hospitais específicos para a questão da redução do número de cesarianas e adoção de práticas humanizadoras do nascimento;

f) estabeleça que a remuneração dos honorários médicos a serem pagos pelas operadoras seja proporcional e significativamente superior para o parto normal em relação a cesariana, em montante a ser definido pela ANS segundo seus critérios técnicos.”¹⁸⁸

Em contestação a ANS afirmou que vários dos seis pedidos formulados não fazem parte do âmbito de competência legal da ANS, pois tratariam de direitos que fogem do escopo do direito subjetivo contratual, já que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o que determinaria a necessidade de participação de diversas outras entidades públicas e privadas. Afirma que os pedidos "a", "b" e "c" não são de sua competência e sim do Conselho Federal de Medicina, pleiteando sua participação no feito como litisconsorte passivo necessário. Afirmou incabível a ACP diante da não comprovação da ocorrência de danos efetivos e concretos ao consumidor, afirmando que o deferimento do pedido resultaria em interferência do Poder Judiciário nas competências e atribuições do Poder Executivo.

¹⁸⁸ Dados obtidos no site do Tribunal Federal da 3 Região, através do sistema de acompanhamento processual, em pesquisa a processos públicos. A íntegra da sentença está disponível no sistema.

Foi realizada audiência nos dias 06 e 07/08/2014 para a oitiva de representantes de diversas instituições relacionadas ao tema da demanda, com juntada de materiais apresentados por algumas delas e ainda foi apresentada, pela ANS uma minuta de duas resoluções normativas aprovadas pela Diretoria Colegiada do órgão em 26/09/2014, motivando o requerimento de um prazo de 60 dias para encerramento da consulta pública e apresentação da redação final das minutas das resoluções normativas, que foi deferido pelo juízo.

Uma vez apresentada a Resolução Normativa n.º 368, de 06 de janeiro de 2015¹⁸⁹, a ANS pleiteou o reconhecimento de perda de interesse processual dos pedidos atendidos pela resolução e implementação do Programa de Qualificação de Operadoras e improcedência dos demais. Antes da prolação da sentença, a ANS informou a celebração de acordo de cooperação para a elaboração de um novo modelo de parto na saúde complementar, tendo a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein como o implementador do primeiro Projeto Piloto e com objetivo de disseminar e orientar novos projetos a serem desenvolvidos por outros representantes da rede nacional de prestadores.

Os pedidos foram julgados procedentes na sentença prolatada em 02/12/2015, condenando a ANS a executar as ações constantes do pedido inicial e ainda concedendo a tutela antecipada para determinar o prazo de 60 dias para cumprimento das obrigações através da elaboração das resoluções normativas necessárias, sem atrasos injustificáveis, sob pena de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) a serem revertidos em favor da instituição que diligenciou administrativamente as providências que resultaram na ação, qual seja, Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa.

¹⁸⁹ A Resolução 368/2015 “Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.” Texto integral da norma disponível no site https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2015/res0368_06_01_2015.html Acesso em 27/04/2025.

Em virtude da concessão da tutela antecipada com fixação de multa diária, a ANS ingressou com incidente de suspensão de execução de sentença¹⁹⁰ que obteve decisão favorável no Tribunal Regional Federal¹⁹¹ e recurso de apelação¹⁹² no qual foram promovidas audiências públicas para possibilitar o cumprimento da sentença. O MPF entendeu que as ações adotadas pela ANS não estavam promovendo o efetivo cumprimento da sentença e vem tomando as providências processuais cabíveis para que assim seja. Desde então segue-se em uma batalha processual¹⁹³ para que seja comprovado o cumprimento da sentença condenatória.

Dentre as idas e vindas desta demanda é possível destacar a realização das seguintes providências:

- Elaboração da Resolução Normativa ANS 368/2015 que dispõe sobre acesso à informação referente aos percentuais de partos cirúrgicos por médicos, planos de saúde e rede hospitalar, além de tornar obrigatória a elaboração do partograma e do cartão da gestante;

¹⁹⁰ A ANS pretende a suspensão da tutela antecipada especificamente dos itens *d*, *e*, e *f* que abordam as obrigações de determinar às operadoras e hospitais que credenciem e possibilitem a atuação das enfermeiras obstétricas no acompanhamento de trabalho de parto e parto, pois afirma que este item foi cumprido com a Resolução 398/2026, que crie indicadores e notas de qualificação para operadoras e hospitais específicos para a questão da redução do número de cesarianas e adoção de práticas humanizadoras do nascimento e que estabeleça remuneração dos honorários médicos a serem pagos pelas operadoras superior para o parto normal em relação a cesariana, a ser definido pela ANS segundo seus critérios técnicos. O MPF alega que inobstante a edição da resolução 398, não há na prática o cumprimento das obrigações judiciais.

¹⁹¹ Incidente de Suspensão de Execução de Sentença SuExSe nº 0000858- 50.2016.4.03.0000 em curso perante o Tribunal Regional Federal da 3ª Região – São Paulo. Acórdão do Agravo Legal com a seguinte ementa: AGRAVO REGIMENTAL. SUSPENSÃO DE LIMINAR OU ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. ANS. PLANO DE SAÚDE. PARTO NORMAL. MAJORAÇÃO DE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS. RISCO À SAÚDE E À ECONOMIA PÚBLICAS. AGRAVO IMPROVIDO. I - Presença do requisito de grave lesão à saúde. Possibilidade de que a exasperação dos honorários incentive profissionais da saúde a optarem pelo parto normal, ainda que não recomendado no caso concreto. II - Presença do requisito de grave lesão à economia pública. A aplicação da remuneração diferenciada e superior para o parto normal coloca em risco o equilíbrio econômico da relação entre os consumidores e as operadoras de planos de saúde. III - Agravo regimental improvido. Publicado em 24/06/2016.

¹⁹² Recurso de Apelação nº 0017488-30.2010.4.03.6100, em curso para a 6ª Turma do TRF 3ª Região.

¹⁹³ Dentre os expedientes processuais relacionados ao caso ainda é possível encontrar Cumprimento de Sentença Provisório, nº JF/SP-5005407-46.2019.4.03.6100-CUMSENFAPZ, Agravo de Instrumento nº 015102- 88.2019.4.03.0000 e Agravo de Instrumento nº TRF3-5031249-92.2019.4.03.0000-AI, em trâmite na. Sexta Turma do TRF-3ª Região relacionados ao cumprimento da sentença.

- Elaboração da Resolução Normativa ANS 398/2016 que determina o credenciamento de enfermeiras obstétricas e obstetrizes pelas operadoras de planos de saúde, além da obrigatoriedade de entrega de nota técnica na qual são indicados os riscos, para gestante e bebê de cada modalidade de parto;
- Resolução 2144/2016 pelo CFM estabelecendo critérios para a realização de cirurgias cesarianas a pedido da mulher, sem indicação clínica¹⁹⁴. Esta resolução foi substituída pela Resolução 2244/2020 na qual fica estabelecida a necessidade de que seja aguardado o período correspondente a 39 semanas completas de gestação;
- Elaboração do Programa Parto Adequado pela ANS;
- ANS apresenta proposta de criação de selo de qualidade para as seguradoras e operadoras de planos de saúde que se submeterem a uma avaliação.¹⁹⁵

Da análise das providências tomadas é possível observar que a denúncia da rede Parto do Princípio e investigação e ação civil pública promovidas pelo Ministério Público Federal obtiveram resultados muito importantes na caminhada rumo à melhoria das condições de atendimento das mulheres na rede de saúde suplementar, mas é relevante ressaltar que os problemas seguem em grande medida sem solução. Isto porque não há indicativos de que os percentuais de cirurgias cesarianas da rede particular de saúde tenham reduzido consideravelmente nos dados disponibilizados pelo site da ANS. De acordo com as informações constantes do Painel de Saúde Materna e Neonatal¹⁹⁶, dentro do Programa Parto Adequado, com dados de 2022,

¹⁹⁴ Nesta resolução do CFM foi estabelecida a necessidade de que os agendamentos das cirurgias cesarianas a pedido da gestante, sem indicação clínica sejam realizados respeitando o prazo mínimo de 39 semanas completas de gestação, a fim de evitar a ocorrência de prematuridades em virtude da imprecisão do cálculo da idade gestacional decorrentes do agendamento da cirurgia no primeiro dia do início da 39 semana. Assim, são necessários ao menos 273 dias de gestação comprovados por registro no prontuário.

¹⁹⁵ A proposta de criação de selo de qualidade apresentada pela ANS foi criticada pela Rede Parto do Princípio que entende que os parâmetros indicados pela agencia não levam em consideração as recomendações feitas pelo Grupo de Trabalho criado pelo Tribunal Regional Federal da 3 Região no curso do tramite da apelação interposta pela ANS contra a sentença condenatória, bem como que os critérios para a obtenção do selo seriam insuficientes.

¹⁹⁶ Informações disponíveis no site <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-atualiza-painel-dinamico-sobre-atencao-a-saude-materna-e-neonatal> Acesso em 28/04/2025.

observa-se que o percentual de partos cirúrgicos na rede particular foi de 81,78% do total de partos realizados. Essas informações, no entanto, não indicam se há separação de dados referentes aos partos realizados por convenio com o SUS daqueles realizados somente pela rede particular, o que poderia alterar os percentuais.

Uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde - CNS de maio de 2021¹⁹⁷ reconhece que as medidas tomadas em prol da mudança do cenário da atenção à gestante no âmbito da saúde suplementar trouxeram poucos resultados nos percentuais de partos cirúrgicos no contexto nacional. Dentre as recomendações apresentadas pelo CNS podem ser destacadas as seguintes:

Ao Ministério da Saúde:

V - Que se posicione acerca das alarmantes taxas de cesarianas no setor suplementar brasileiro, incompatíveis com as taxas previstas para garantir a segurança de mulheres e bebês, bem como das graves consequências decorrentes dessa intervenção sem indicação clínica para a saúde materno infantil;

VI – Que, diante da ineficácia das ações até agora adotadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a redução das taxas de cesáreas, tome as providências cabíveis para solucionar a falta de oferta qualificada e segura para a assistência obstétrica ao parto vaginal, às cesarianas de emergência e às cesarianas a pedido da mulher não agendadas previamente nos serviços privados de saúde;

À ANS:

§1º - Que determine a revisão do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, com vistas a garantir a adoção de práticas preconizadas pelas “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal” e pelas “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana” do Ministério da Saúde, em todos os serviços de atenção obstétrica e neonatal do setor suplementar, observando:

I – Que sejam estabelecidos indicadores e notas de qualificação para operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus serviços obstétricos credenciados com amparo nos indicadores utilizados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), quais sejam:

(...)

¹⁹⁷ Íntegra do documento constante do endereço <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/atos-normativos/recomendacoes/2021/recomendacao-no-011.pdf> Acesso em 28/04/2025.

II – Que se determine o caráter obrigatório da adesão ao Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde para todas as operadoras que ofertam planos com obstetrícia, assim como todos os serviços de atenção obstétrica credenciados;

(...)

§2º Que adeque a proposta de Diretrizes de Utilização (DUT), relativas ao “parto cesariano” ao estabelecido nas diretrizes da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), especificamente a “Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal”, de janeiro de 2016 e “Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana”, estabelecendo os seguintes critérios para a cobertura obrigatória das cirurgias cesarianas:

(...)

Vale ressaltar que essas recomendações estão em conformidade a muitas das demandas trazidas nos debates que ocorreram no curso da Ação Civil Pública e objeto da condenação em primeira instância da ANS naqueles autos, ressaltando a necessidade da propositura da ação, uma vez que, mesmo diante da existência de sentença condenatória, a situação é de tamanha complexidade que os objetivos seguem sem serem alcançados.

5

Análise crítica da tutela jurídica da violência obstétrica no Judiciário brasileiro.

O último capítulo tem como objetivo analisar a forma como a violência obstétrica é tratada pelo Judiciário brasileiro através de uma pesquisa nos sites dos Tribunais de Justiça da Região Sudeste. Por meio de busca com palavras-chave, foram selecionados os processos que abordam o tema, identificando se os julgados compreendem a violência obstétrica como violência de gênero, quais dispositivos legais são aplicados nas soluções das demandas e se há utilização da expressão “violência obstétrica”.

Com os dados obtidos foi possível mapear as formas de violência obstétrica mais recorrentes nas demandas, as vias de parto mais associadas às ocorrências, bem como diferenciar o percentual de incidência de casos entre redes pública e suplementar de saúde. A pesquisa permitiu um diagnóstico dos desafios ainda persistentes na busca por reparação da violência obstétrica na esfera cível, apontando algumas das deficiências do Poder Judiciário, na região pesquisada, no enfrentamento do tema.

5.1 – Levantamento jurisprudencial de casos de violência obstétrica nos Tribunais de Justiça – nota metodológica.

Conforme demonstrado nos capítulos anteriores, ainda não há no ordenamento jurídico brasileiro uma lei de âmbito federal que conceitue ou tipifique a violência obstétrica, fazendo com que, na esfera judicial, na área cível, ela seja compreendida dentro do escopo do erro médico e dos danos moral e estético.

Considerando as complexidades que envolvem a caracterização de sua ocorrência e as resistências que a própria nomenclatura acarreta, a última parte deste trabalho é dedicada à pesquisa sobre a forma como os Tribunais de Justiça brasileiros estão abordando a violência obstétrica, especialmente no que diz respeito ao reconhecimento de sua ocorrência.

Desta forma a pesquisa tem um duplo objetivo de buscar a identificação do uso efetivo do termo “violência obstétrica” nos julgados e de compreender a forma como esta violência é percebida e analisada nos tribunais brasileiros.

Diante disto, passa-se a apresentar a contextualização do planejamento da pesquisa e sua efetiva concretização, com vias à melhor exposição das escolhas metodológicas. Em um momento inicial o objetivo era de que este levantamento se desse em uma escala nacional, levando em consideração os índices populacionais fornecidos pelo IBGE que indicam os locais de maior concentração da população do País, com vistas a identificar a existência ou não de diferenças regionais.

Este planejamento, no entanto, não foi executado em virtude de dificuldades encontradas no percurso que se revelaram intransponíveis diante das imposições temporais da natureza da própria pesquisa de doutorado. Dentre as dificuldades encontradas pode ser citada como principal as diferenças existentes nos sistemas de pesquisa de cada tribunal, que por vezes apresentavam resultados muito amplos, incluído termos semelhantes aos utilizados, o que demandava maior tempo de exclusão dos casos não relacionados ao assunto, transformando em inviável a pesquisa com o tempo disponível e o mecanismo escolhido para a análise.

O escopo da pesquisa foi reduzido, então aos Tribunais de Justiça da região Sudeste, que é a região mais populosa do país, com maior concentração populacional. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o Brasil conta com uma população estimada de 212,6 milhões de habitantes sendo que a Região Sudeste concentra mais de 84 milhões de habitantes¹⁹⁸.

¹⁹⁸ Dados do IBGE disponíveis nos endereços eletrônicos: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41111-populacao-estimada-do-pais-chega-a-212-6-milhoes-de-habitantes->

Assim, são objeto de análise os dados referentes aos Tribunais de Justiça do Rio de Janeiro, de São Paulo, de Minas Gerais e do Espírito Santo, na área de pesquisa livre de jurisprudência, com a utilização dos marcadores “violência obstétrica” e “erro médico e parto” separadamente, sendo consideradas as ementas de acórdãos prolatados em recursos de apelação julgados nos anos de 2020, 2021, 2022 para a parte quantitativa da pesquisa.

A pesquisa é realizada a partir dos métodos quantitativo e qualitativo, em duas frentes. Na primeira buscou-se identificar se o termo “violência obstétrica” é encontrado nas ementas dos julgados, ou seja, reconhecido como tema que compõe a natureza das demandas e a segunda parte se dedica a identificar no conteúdo das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça, a forma como foi analisada a sua ocorrência para reconhecimento ou afastamento nas decisões.

Na parte qualitativa, foram considerados todos os resultados encontrados na pesquisa, sendo excluídos aqueles que tratavam de situações envolvendo mortes e lesões graves tanto em bebês quanto em gestantes. A opção por excluir esses casos teve como objetivo o estudo daqueles nos quais houve análise de situações não compreendidas dentro da lógica do erro médico, justamente para que pudesse ser avaliada a forma como os tribunais de justiça estão lidando com a temática da violência de gênero dentro do contexto da saúde. Apenas um julgado envolvendo graves lesões foi trazido para análise do inteiro teor, pois se trata do único julgado encontrado no qual os temas mais atuais relacionados à violência obstétrica foram identificados. No total, foi feita a análise do inteiro teor de 270 acórdãos.

Para a pesquisa junto aos sites dos Tribunais de Justiça somente foram considerados os resultados referentes aos recursos de apelação e que efetivamente tratam de questões envolvendo ocorrências no parto. A opção pela separação dos marcadores de pesquisa foi realizada com vistas à melhor visualização das ocorrências do marcador violência obstétrica.

O mecanismo de pesquisa jurisprudencial dos tribunais de justiça funciona através da utilização de palavras-chaves para identificar em quais ementas de acórdãos os termos pesquisados estão presentes.

A partir desta seleção o site indica a quantidade de acórdãos totais encontrados, exibindo um número limitado por página. Não havendo resultados com as palavras-chaves indicadas, é necessário realizar nova pesquisa, com outros termos. Cada Tribunal de Justiça tem seu próprio site, que funciona de forma independente e distinta, o que acaba por alterar os padrões da pesquisa. Neste trabalho, foram mobilizadas as palavras-chave “violência obstétrica” em conjunto para uma pesquisa e “erro médico e parto” para outra pesquisa separada. Os resultados encontrados em cada uma destas duas pesquisas distintas foram analisados a partir das mesmas perguntas.

A obtenção dos dados foi norteada pelas seguintes perguntas:

- 1) A expressão “violência obstétrica” é utilizada nos Tribunais de Justiça dos Estados da Região Sudeste?
- 2) As ações propostas sobre ocorrências de violência obstétrica envolvem tanto a rede pública quanto a rede suplementar de saúde?
- 3) Que tipos de violência obstétrica são objeto das demandas?
- 4) Qual via de parto é mais associada as ocorrências de violência obstétrica levadas à apreciação pelo poder judiciário?
- 5) Qual a relevância da prova pericial na solução das demandas?

Na parte quantitativa da pesquisa ainda foi investigada a aplicação dos dispositivos legais referentes aos direitos das gestantes, direitos humanos e reprodutivos disponíveis na legislação brasileira para solução das demandas, em comparação ao erro médico, com vistas à verificação de quais formas seriam mais eficientes para demandas sobre violência obstétrica.

Agora, passa-se à análise dos dados coletados.

5.1.1 - Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

A pesquisa no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro foi realizada com os marcadores “violência obstétrica” e “erro médico e parto”, nos anos de 2020, 2021 e 2022 considerando as ementas de acórdãos referentes a recursos de apelação.

Para o marcador “violência obstétrica” foram localizados 9 julgados, sendo que um foi desconsiderado por se tratar de acórdão proferido em agravo de instrumento. Para o marcador “erro médico e parto” foram localizados 198, dos quais 31 foram desconsiderados por serem 15 referentes a acórdãos em agravos de instrumento, 13 não se relacionarem a partos, 2 correrem em segredo de justiça e 1 extinto por prescrição. Para este marcador foram considerados, portanto, 167 acórdãos.

a) pesquisa com marcador violência obstétrica

Conforme já mencionado, com o marcador “violência obstétrica” foram encontrados 9 julgados sendo 1 referente ao ano de 2020, 2 referentes ao ano de 2021 e 6 referentes ao ano de 2022. Aqueles identificados em 2021, no entanto, não foram considerados para análise, uma vez que um era referente a agravo de instrumento e o outro, um acórdão proferido em embargos de declaração oferecidos contra acórdão julgado em 2020, ou seja, já considerado na pesquisa.

Importante ressaltar que este julgado, repetido nos anos de 2020 e 2021 utiliza simultaneamente os marcadores “erro médico e parto” estando nos resultados da pesquisa com estes termos no ano de 2020. É o único julgado no qual os marcadores são encontrados simultaneamente no marco temporal escolhido para a pesquisa que compreende os anos de 2020, 2021 e 2022.

Em 2022 foram localizados 6 julgados com o marcador “violência obstétrica” nas ementas. São 4 julgados referentes ao SUS e 2 referentes à saúde suplementar. Dos julgados referentes ao SUS 2 são relacionados a partos vaginais e 2 a partos cirúrgicos. Naqueles relacionados à saúde suplementar, 1 é parto vaginal e 1 é parto foi cirúrgico.

	SUS	SAÚDE SUPLEMENTAR	TOTAL CONSIDERADO
2020	1	-	1
2021	-	-	-
2022	4	2	6
TOTAL	5	2	7

	VAGINAL		CESARIANA		TOTAL CONSIDERADO
	SUS	SUPL	SUS	SUPL	
2020	-	-	1	-	1
2021	-	-	-	-	-
2022	2	1	2	1	6
TOTAL	2	1	3	1	7

	LESÃO NA CRIANÇA		LESÃO MATERNA		TOTAL CONSIDERADO
	SUS	SUPL	SUS	SUPL	
2020	-	-	-	-	-
2021	-	-	-	-	-
2022	1	1	1	-	3
TOTAL	1	1	1	-	3

	MORTE DA CRIANÇA		MORTE MATERNA		TOTAL CONSIDERADO
	SUS	SUPLEMENTAR	SUS	SUPLEMENTAR	
2020	-	-	-	-	-
2021	-	-	-	-	-
2022	-	-	1	-	1
TOTAL	-	-	1	-	1

b) pesquisa de julgados com os marcadores “erro médico e parto” no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro

Em 2020 foram localizados 43 julgados, sendo 30 envolvendo a esfera pública de atendimento, ou seja, partos realizados através do Sistema Único de Saúde - SUS e 13 envolvendo saúde suplementar (hospitais particulares/planos de saúde).

Dentre os 30 processos cujo atendimento ocorreu no SUS, 17 foram partos vaginais, 13 foram partos cirúrgicos. Dos 13 processos envolvendo a saúde suplementar, 3 foram partos vaginais, 8 foram partos cirúrgicos e em 2 não foi possível identificar.

Do universo de 43 processos efetivamente considerados para esta pesquisa no ano de 2020, foram identificados 14 envolvendo morte, todas no SUS, sendo 12 de morte da criança e 2 de morte materna. Também foram identificados 20 processos envolvendo a ocorrência de alguma lesão decorrente do parto, sendo 11 relacionados às crianças e 3 às gestantes no SUS e 3 relacionados às crianças e 3 às gestantes na saúde suplementar. As lesões podem ser de natureza permanente ou temporária, graves ou leves.

Em 2021 foram localizados 58 julgados, sendo 45 envolvendo a esfera pública e 13 relacionados à saúde suplementar.

Nos 45 julgados envolvendo a esfera pública, 21 são partos vaginais, 18 são partos cirúrgicos, 5 são cirurgias para retirada de feto morto no útero e 1 é sem informação da via de parto. Nos 13 julgados relacionados à saúde suplementar, 5 são partos vaginais, 7 são partos cirúrgicos, 1 são sem informação da via de parto.

Nos 58 julgados considerados para o ano de 2021, 26 são relacionados à morte, sendo 24 de morte do bebê com 17 no SUS e 7 na saúde suplementar e 3 de morte materna, com 2 relacionados ao SUS e 1 à saúde suplementar¹⁹⁹. Também foram identificados 30 relacionados a lesões decorrentes do parto, sendo 25 em crianças, com 22 no SUS e 4 na saúde suplementar e 5 relacionadas às gestantes, com 4 referentes ao SUS e 1 na saúde suplementar.

Em 2022 foram localizados 66 julgados, sendo 47 relacionados à esfera pública, 19 relacionados à saúde suplementar.

Dos 47 julgados relacionados ao SUS, 20 são partos vaginais, 23 são partos cirúrgicos, 2 são cirurgias para retirada de feto morto e 2 são sem identificação da via de parto. Dos 19 relacionados à saúde suplementar, 8 são partos vaginais e 11 são cirúrgicos.

Nos 66 julgados considerados para a pesquisa, 25 são referentes à morte, sendo 17 de morte da criança relacionados aos SUS e 4 na saúde suplementar, 3 de morte materna relacionados ao SUS e 1 na saúde suplementar. Também foram identificados 32 casos envolvendo lesões de natureza temporária ou permanente, sendo 16 relacionadas a crianças cujo parto ocorreu pelo SUS e 8 crianças cujo parto ocorreu pela saúde suplementar, 5 julgados referentes a lesões causadas às gestantes durante parto ocorrido no SUS e 3 ocorrido na saúde suplementar.

¹⁹⁹ Em um dos julgados há morte tanto da gestante quanto da criança

TABELAS REPRESENTATIVAS

Identificação dos julgados de acordo com a natureza da prestação do serviço de saúde:

	SUS	SAÚDE SUPLEMENTAR	TOTAL CONSIDERADO
2020	30 (69,76%)	13 (30,23%)	43
2021	45 (77,58%)	13 (22,41%)	58
2022	47 (71,21)	19 (28,78%)	66
TOTAL	122 (73,05%)	45 (26,94%)	167

Identificação dos julgados de acordo com a via de parto:

	VAGINAL		CESARIANA		CIRURGIA RETIRADA		SEM IDENTIFICAÇÃO		TOTAL
	SUS	SUPL	SUS	SUPL	SUS	SUPL	SUS	SUPL	
2020	17	3	13	8	-	-	-	2	43
2021	21	5	18	7	4	-	1	1	57
2022	20	8	23	11	2	-	2	-	66
TOTAL	58	16	54	26	6		3	3	166

Identificação dos julgados de acordo com o evento danoso:

	MORTE DA CRIANÇA		MORTE MATERNA		TOTAL CONSIDERADO
	SUS	SUPLEMENTAR	SUS	SUPLEMENTAR	
2020	12	-	2	-	14
2021	17	7	2	1	27
2022	17	4	3	1	25
TOTAL	46 (69,69%)	11 (16,66%)	7 (10,60%)	2 (3,03%)	66

	LESÃO NA CRIANÇA		LESÃO MATERNA		TOTAL CONSIDERADO
	SUS	SUPL	SUS	SUPL	
2020	11	3	3	3	20
2021	22	4	4	1	31
2022	16	8	5	3	32
TOTAL	48 (58,53%)	15 (18,29%)	12 (24,63%)	7 (8,53%)	82

5.1.2 Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

a) pesquisa dos julgados do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

Na pesquisa dos julgados no Tribunal de Justiça de São Paulo foram considerados apenas os resultados referentes ao marcador “violência obstétrica”, uma vez que o modo como foi realizada a pesquisa com os marcadores “erro médico” e “parto” se revelou impreciso e inconsistente com o mecanismo de pesquisa do site do tribunal²⁰⁰. Dentro destes parâmetros foram encontrados 47 acórdãos para os anos de 2020, 2021 e 2022 (sendo 7 em 2020, 21 em 2021 e 19 em 2022).

É importante observar, no entanto, que, tal como é realizada a pesquisa jurisprudencial no site do TJSP o termo da pesquisa não necessariamente faz parte das ementas dos acórdãos, já que o sistema apresenta resultados que comportam a menção ao termo de pesquisa no corpo do acórdão, ainda que não esteja presente na ementa.

Dos 47 julgados considerados, 23 são referentes à esfera pública de atendimento, ou seja, partos realizados através do Sistema Único de Saúde – SUS, 20 são referentes à saúde suplementar (hospitais particulares/planos de saúde) e 4 não tinham informações suficientes para afirmar.

Dentre os 23 processos cujo atendimento ocorreu no SUS, 13 foram partos vaginais, 4 foram partos cirúrgicos, 3 foram mortes intrauterinas e em 2 não foi possível identificar. Dos 20 processos envolvendo a saúde suplementar, 8 foram partos vaginais, 8 foram partos cirúrgicos, 2 foram abortos espontâneos, e em 2 não foi possível identificar. Dos 4 julgados nos quais não foi possível identificar a natureza do atendimento (público ou privado), 2 foram partos vaginais e 2 foram cirúrgicos.

²⁰⁰ A utilização da palavra “parto” se revelou ineficaz diante da apresentação de resultados englobando a palavra “parte”, que resultou em um número muito grande de julgados, inviabilizando a seleção daqueles que realmente tratavam dos temas da pesquisa. Com vistas a refinar os resultados foi feita a tentativa com outros termos tais como “fórcps” “cesariana”, “episiotomia”, “gravidez” e “recém-nascido”, mas foi observado que, apesar da redução do número de processos apresentada, tratava-se de pesquisa distinta daquela realizada nos outros Tribunais de Justiça. Assim, considerando também o expressivo resultado obtido na pesquisa com o termo “violência obstétrica”, foi feita a opção de descarte dos demais resultados, a fim de buscar uma maior proximidade com os termos gerais da pesquisa.

Do universo de 47 processos efetivamente considerados para esta pesquisa, foram identificados 5 casos envolvendo morte, todas no SUS, de crianças. Também foram identificados 21 processos envolvendo a ocorrência de alguma lesão decorrente do parto, sendo 10 relacionados às crianças e 8 às gestantes e 3 relacionados a gestante e à criança simultaneamente. As lesões podem ser de natureza permanente ou temporária, graves ou leves.

TABELAS REPRESENTATIVAS

Identificação dos julgados de acordo com a natureza da prestação do serviço de saúde:

	SUS	SAÚDE SUPL	SEM INFORMAÇÃO	TOTAL CONSIDERADO
2020	-	6	1	7
2021	11	7	3	21
2022	12	7	-	19
TOTAL	23	20	4	47

Identificação dos julgados de acordo com a via de parto:

	VAGINAL			CESARIANA			CIRURGIA RETIRADA		SEM INFORMAÇÃO		TOTAL
	SUS	SUP	SEM INFO	SUS	SUP	SEM INFO	SUS	SUP	SUS	SUPL	
2020	-	3	-	-	2	1	-	-	-	-	6
2021	7	3	2	2	3	1	1	-	-	1	20
2022	6	2	-	2	3	1	2	-	-	-	16
TOTAL	13	8	2	4	8	3	3	-	-	1	42

Identificação dos julgados de acordo com o evento danoso:

	MORTE DA CRIANÇA		MORTE MATERNA		TOTAL
	SUS	SUPL	SUS	SUPL	
2020	-	-	-	-	-
2021	3	-	-	-	3
2022	3	-	-	-	3
TOTAL	6	-	-	-	6

	LESÃO NA CRIANÇA			LESÃO MATERNA			TOTAL
	SUS	SUPL	SEM INFO	SUS	SUPL	SEM INFO	
2020	-	1	-	-	2	-	3
2021	4	1	1	3	1	1	11
2022	4	2	-	3	1	-	10
TOTAL	8	4	1	6	4	1	24

5.1.3 Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

a) pesquisa de julgados no Tribunal de Justiça de Minas Gerais

A pesquisa dos julgados no Tribunal de Justiça de Minas Gerais foi realizada nos anos de 2020, 2021 e 2022, sendo que com o marcador “violência obstétrica”, foi localizado apenas 1 acórdão em todo o período. Com os marcadores “erro médico e parto” foram localizados 46 acórdãos dos quais 4 foram descartados por serem Agravos de Instrumento, 2 por serem repetidos e 1 por ser referente ao ano de 2019. Assim, para efeitos desta pesquisa foram considerados 38 acórdãos de apelação.

Dos 38 julgados considerados, 16 são referentes à esfera pública de atendimento, ou seja, partos realizados através do Sistema Único de Saúde – SUS, 18 são referentes à saúde suplementar (hospitais particulares/planos de saúde) e 4 não tem informação.

Dentre os 16 processos cujo atendimento ocorreu no SUS, 9 foram partos vaginais, 3 foram cesarianas, 4 foram mortes intrauterinas. Dos 18 processos envolvendo a saúde suplementar, 8 foram partos vaginais, 6 foram cesarianas, 1 foi morte intrauterina, e em 3 não foi possível identificar. E ainda, 1 foi cesariana e 2 foram vaginais sem informação da origem dos atendimentos, 1 sem informação tanto do tipo do parto, quanto da natureza do atendimento.

Dos 7 processos considerados na pesquisa para o ano de 2020 foi identificado um caso envolvendo morte de uma criança, em atendimento pelo SUS, outros 3 casos envolveram lesões em crianças, sendo dois referentes a atendimento pelo SUS e 1 sem informação da origem do atendimento.

Nos processos considerados no ano de 2021, foram identificados 2 casos de morte de criança, sendo tanto no SUS quanto na saúde suplementar. Nos casos envolvendo lesões, 4 são em crianças, sendo duas referentes à saúde suplementar e 2 sem informação. Outros 2 casos envolvem gestantes, tanto no SUS quanto na saúde suplementar.

Do universo de 22 processos efetivamente considerados para esta pesquisa no ano de 2022, foram identificados 13 envolvendo morte, sendo 5 de crianças e 1 de gestante no SUS e 5 de crianças e 2 de gestantes na saúde suplementar. Também foram identificados 16 processos envolvendo a ocorrência de alguma lesão decorrente do parto, sendo 5 relacionados às crianças e 5 às gestantes no SUS e 4 relacionados às crianças e 2 às gestantes na saúde suplementar. As lesões podem ser de natureza permanente ou temporária, graves ou leves.

TABELAS REPRESENTATIVAS

Identificação dos julgados de acordo com a natureza da prestação do serviço de saúde:

	SUS	SAÚDE SUPLEMENTAR	SEM INFORMAÇÃO	TOTAL CONSIDERADO
2020	2	1	2	5
2021	2	7	2	11
2022	12	10	-	22
TOTAL	16	18	4	38

Identificação dos julgados de acordo com a via de parto:

	VAGINAL			CESARIANA			SEM IDENTIFICAÇÃO			MORTE INTRA		TOTAL
	SUS	SUP	SEM INFO	SUS	SUP	SEM INFO	SUS	SUP	SEM INFO	SUS	SUP	
2020	1		2	1	-	-		1				5
2021	1	3	-	1	4	1			1			11
2022	7	5	-	-	-	-		2		4		18
TOTAL	9	8	2	2	4	1				4		34

Identificação dos julgados de acordo com o evento danoso:

	MORTE DA CRIANÇA			MORTE MATERNA		TOTAL CONSIDERADO
	SUS	SUPL	SEM INFO	SUS	SUPL	
2020	-	-	1	-	-	1
2021	1	1	-	-	-	2
2022	5	5	-	1	2	13 ²⁰¹
TOTAL	6	6	1	1	2	16

	LESÃO NA CRIANÇA			LESÃO MATERNA		TOTAL CONSIDERADO
	SUS	SUPL	SEM INFO	SUS	SUPL	
2020	2		1	-	-	3
2021	-	2	2	1	1	6
2022	5	4	-	4	2	15 ²⁰²
TOTAL	7	6	3	5	3	24

5.1.4 Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo

a) pesquisa de julgados no Tribunal de Justiça do Espírito Santo

No Tribunal de Justiça do Espírito Santo a pesquisa encontrou alguns desafios. O primeiro deles foi o lapso temporal, pois os dados foram coletados e analisados em dois períodos distintos, sendo que entre eles houve uma modificação do próprio site do tribunal, que resultou em alteração dos dados. O momento inicial da pesquisa se restringiu aos dados referentes apenas ao ano de 2022, sendo que com o marcador “violência obstétrica”, com nenhum acórdão localizado. O mesmo ocorreu com marcadores “erro médico” e “parto”, o que levou à necessidade de alteração dos termos para o marcador “parto” sendo, então, localizados 15 acórdãos. Destes, 7 foram descartados por serem referentes à matéria não relacionada ao atendimento médico das gestantes. Assim, para efeitos desta pesquisa foram considerados 8 acórdãos de apelação referentes ao ano de 2022.

²⁰¹ Nesses dados estão consideradas as mortes intrauterinas e há um caso de morte materna e do bebê simultaneamente.

²⁰² Esse total considera os casos de lesões que ocorreram simultaneamente à mãe e ao bebê, no mesmo julgado.

Um ponto relevante a ser mencionado é o fato de que a pesquisa, com os três termos, foi repetida após as alterações que foram implementadas pelo Tribunal de Justiça no site, obtendo outros resultados²⁰³. Com o termo “violência obstétrica”, foram encontrados 4 resultados, sendo um deles repetido, o que significa que a pesquisa apresentou três julgados. Nos anos de 2020 e 2021, nenhum resultado foi encontrado.

Já com os termos “erro médico e parto” pesquisados simultaneamente, no novo sistema do site do Tribunal de Justiça do Espírito Santo, foram apresentados mais de 50 resultados para o ano de 2022, mas apenas 3 julgados eram referentes a casos relacionados a violência obstétrica. Estes resultados foram comparados àqueles da pesquisa realizada antes das alterações implementadas no site do Tribunal de Justiça, sendo então considerados 9 julgados no total para 2022. Nos anos de 2020 e 2021 a pesquisa com os termos “erro médico e parto” simultaneamente não apresentou resultados.

Considerando estas circunstâncias, é possível identificar que a pesquisa no site do Tribunal de Justiça do Espírito Santo, dentro dos parâmetros utilizados, não apresentou resultados capazes de trazer confiança quanto à utilização do termo “violência obstétrica”. Ainda assim, foi realizada a análise do inteiro teor dos acórdãos que abordam o tema, nos parâmetros propostos para os outros tribunais de justiça, com o objetivo de identificar a forma como vem sendo avaliada judicialmente a temática da violência obstétrica pelo Tribunal de Justiça do Espírito Santo.

Assim, com os parâmetros “erro médico e parto” e somente “parto”, dos 9 julgados considerados, 4 são referentes à esfera pública de atendimento, ou seja, partos realizados através do Sistema Único de Saúde - SUS e 5 são referentes à saúde suplementar (hospitais particulares/planos de saúde).

²⁰³ A respeito da pesquisa após as alterações do site é importante informar que o sistema atual apresenta os parâmetros para pesquisa de forma separada entre processo eletrônico e processo físico. Durante as buscas realizadas, foi possível observar que os resultados não eram apresentados de maneira uniforme entre os parâmetros de pesquisa oferecidos, ou seja, os resultados para pesquisa em todos os órgãos da segunda instância eram diferentes daqueles apresentados quando a pesquisa era realizada por câmara cível separadamente.

Dentre os 4 processos cujo atendimento ocorreu no SUS, 2 foram partos vaginais, 2 foram cirúrgicos. Dos 5 processos envolvendo a saúde suplementar, 2 foram partos vaginais, 1 foi parto cirúrgico e em 2 não foi possível identificar.

Destes 9 processos considerados, foram identificados 3 envolvendo morte, sendo 2 no SUS e 1 na saúde suplementar, todos os casos referentes à morte de crianças. Também foram identificados 2 processos envolvendo a ocorrência de alguma lesão decorrente do parto, sendo 1 relacionado à criança e 1 à gestante no SUS. As lesões podem ser de natureza permanente ou temporária, graves ou leves.

TABELAS REPRESENTATIVAS

Erro médico e parto:

Identificação dos julgados de acordo com a natureza da prestação do serviço de saúde:

	SUS	SAÚDE SUPLEMENTAR	SEM INFORMAÇÃO	TOTAL CONSIDERADO
2020	-	-	-	-
2021	-	-	-	-
2022	4	5	-	9
TOTAL	4	5	-	9

Identificação dos julgados de acordo com a via de parto:

	VAGINAL			CESARIANA			SEM IDENTIFICAÇÃO			TOTAL
	SUS	SUP	SEM INFO	SUS	SUP	SEM INFO	SUS	SUP	SEM INFO	
2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2021	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2022	2	2		2	1			2		9
TOTAL	2	2		2	1			2		9

Identificação dos julgados de acordo com o evento danoso:

	MORTE DA CRIANÇA			MORTE MATERNA		TOTAL CONSIDERADO
	SUS	SUPL	SEM INFO	SUS	SUPL	
2020	-	-	-	-	-	-
2021	-	-	-	-	-	-
2022	2	1	-	-	-	3
TOTAL	2	1	-	-	-	3

	LESÃO NA CRIANÇA			LESÃO MATERNA		TOTAL CONSIDERADO
	SUS	SUPL	SEM INFO	SUS	SUPL	
2020	-	-	-	-	-	-
2021	-	-	-	-	-	-
2022	1	-	-	1	-	2
TOTAL	1	-	-	1	-	2

Com o marcador “violência obstétrica”

Identificação dos julgados de acordo com a natureza da prestação do serviço de saúde:

	SUS	SAÚDE SUPLEMENTAR	SEM INFORMAÇÃO	TOTAL CONSIDERADO
2020	-	-	-	-
2021	1	-	-	1
2022	2	1	-	3
TOTAL	3	1	-	4

Identificação dos julgados de acordo com a via de parto:

	VAGINAL			CESARIANA			SEM IDENTIFICAÇÃO			TOTAL
	SUS	SUP	SEM INFO	SUS	SUP	SEM INFO	SUS	SUP	SEM INFO	
2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2021	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
2022	2	1	-	-	-	-	-	-	-	3
TOTAL		4								4

Identificação dos julgados de acordo com o evento danoso:

	MORTE DA CRIANÇA			MORTE MATERNA		TOTAL CONSIDERADO
	SUS	SUPL	SEM INFO	SUS	SUPL	
2020	-	-	-	-	-	-
2021	-	-	-	-	-	-
2022	1		-	-	-	
TOTAL			-	-	-	

	LESÃO NA CRIANÇA			LESÃO MATERNA		TOTAL CONSIDERADO
	SUS	SUPL	SEM INFO	SUS	SUPL	
2020	-	-	-	-	-	-
2021	-	-	-	-	-	-
2022	-	-	-	1	-	1
TOTAL	-	-	-	1	-	1

TABELAS REPRESENTATIVAS DE TODOS OS TRIBUNAIS DE JUSTIÇA PESQUISADOS

Identificação dos julgados de acordo com a natureza da prestação do serviço de saúde:

	SUS	SAÚDE SUPLEMENTAR	SEM INFORMAÇÃO	TOTAL CONSIDERADO
TJRJ	127	47	-	174
TJSP	23	20	4	47
TJMG	16	18	4	38
TJES	7	6	-	13
TOTAL	173	91	8	272

2022	SUS	SAÚDE SUPLEMENTAR	TOTAL CONSIDERADO
TJRJ	47	19	66
TJSP	12	7	19
TJMG	12	10	22
TJES	3	5	8
TOTAL	74	41	115

Identificação dos julgados de acordo com a via de parto:

	VAGINAL			CESARIANA			CIRURGIA RETIRADA		SEM IDENTIFICAÇÃO		TOTAL
	SUS	SUPL	SEM INFO	SUS	SUPL	SEM INFO	SUS	SUPL	SUS	SUPL	
TJRJ	60	17	-	57	27	-	6	-	3	3	173
TJSP	13	8	-	4	8	-	3	-	-	1	37
TJMG	9	8	1	2	4	1	4	-	-	3	32
TJES	2	2	-	2	1	-	-	-	-	1	8
TOTAL	84	35	1	65	40	1	13	-	3	8	250

Identificação dos julgados de acordo com o evento danoso:

	MORTE DA CRIANÇA		MORTE MATERNA		TOTAL
	SUS	SUPLEMENTAR	SUS	SUPLEMENTAR	
TJRJ	46	11	8	2	67
TJSP	6	-	-	-	6
TJMG	6	6	1	2	15
TJES	1	-	-	-	1
TOTAL	59	17	9	4	89

	LESÃO NA CRIANÇA		LESÃO MATERNA		TOTAL
	SUS	SUPLEMENTAR	SUS	SUPLEMENTAR	
TJRJ	48	15	12	7	82
TJSP	8	4	6	4	22 ²⁰⁴
TJMG	7	6	5	3	21 ²⁰⁵
TJES	1	-	1	-	2
TOTAL	64	25	24	14	127 ²⁰⁶

²⁰⁴ Esses dados não estão considerando os casos nos quais não foi possível identificar a natureza do atendimento, assim, existem mais 2 casos de lesões, um materna e outro de criança, que não tem identificação se atendimento particular ou no SUS.

²⁰⁵ Da mesma forma, nesses dados não estão considerados 3 casos de lesões a crianças nas quais não há informação a respeito da natureza do atendimento.

²⁰⁶ Considerando as lesões sem identificação da natureza do atendimento, o total de casos que envolvem lesões é de 132.

5.2 - Análise da jurisprudência à luz da perspectiva de gênero e do conflito probatório.

5.2.1 - Análise do inteiro teor dos julgados encontrados na pesquisa no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro.

a) Análise dos julgados com marcador “violência obstétrica”

Em 2020 somente foi localizado um julgado no qual o marcador “violência obstétrica”²⁰⁷ aparece, tratando-se de situação ocorrida em maternidade municipal, ou seja, pelo SUS, tendo sido realizada prova pericial que concluiu pela inocorrência de qualquer erro na conduta médica, com julgamento improcedente em primeira instância. Trata-se de ação movida por gestante que afirma ter sofrido violência obstétrica diante da necessidade de comparecimento na maternidade por três vezes no mesmo dia até que conseguisse internação, insistência na realização de parto vaginal com realização de manobra de Kristeller até que finalmente foi realizada a cesariana.

O Tribunal de Justiça compreendeu que o tratamento recebido pela gestante caracterizava a ocorrência de violência obstétrica e deu parcial provimento ao recurso, reformando a sentença para julgar procedente o pedido de dano moral no montante de R\$ 12.000,00. Destacam-se os seguintes excertos do julgado:

“Note-se que a autora foi internada na madrugada do dia 24/12/2010 **após a quarta vez que retornou à maternidade**, sendo submetida a tentativa forçada de parto normal, quando o seu histórico de já ter realizado previamente uma cesariana acrescido de todo seu sofrimento já indicava a ausência de dilatação. A demora na internação após tentativas abusivas para o parto normal gerou o sofrimento da demandante e do seu bebê. **Isso porque fazer pressão sobre a barriga da gestante para forçar a passagem do bebê, conforme narrado na inicial, é um procedimento violento.**”

²⁰⁷ Apelação Cível nº 0374421-60.2012.8.19.0001, 16ª Câmara de Direito Privado, Relatora Des. Myriam Medeiros da Fonseca Costa, publicado em 10/11/2020.

Decerto, o prontuário médico apesar de não registrar a ocorrência da pressão sobre a barrigada da parturiente, tal qual conclusão da douta perita, indica que **a autora ameaçava a equipe a ligar para polícia, o que sugere que além das dores exasperadas próprias do parto natural, a gestante ainda sofria algum tipo de violência e somente após o sofrimento fetal agudo foi indicado o parto cesáreo.**

(...)

Logo, faltou inegavelmente com o dever de prestar assistência digna ao parto natural, restando cabalmente comprovado o nexo de causalidade, já que **o acervo probatório carregado aos autos deixa entrever que no dia 24/12/2010 a autora foi vítima de violência obstétrica, sendo submetida juntamente com seu bebê a sofrimento intenso.”**

Conforme pode ser observado, o acórdão reconhece a ocorrência da violência obstétrica diante da negativa de atendimento e da realização da manobra de Kristeller, ressaltando o que consta do prontuário médico, especialmente no que diz respeito ao comportamento da autora diante do tratamento recebido, como comprovação das alegações de violência sofrida, o que revela uma abordagem mais ampla dos fatos, com perspectiva de gênero.

No ano de 2022 foram identificados 6 julgados, sendo que um é referente à morte materna, 2 são referentes a lesões graves causadas aos bebês e 1 referente a lesões graves à gestante e, portanto, não foram objeto de análise do inteiro teor, seguindo os parâmetros estabelecidos na pesquisa. Desta forma, foram objeto de análise 2 julgados referentes ao ano de 2022.

Dentre os casos selecionados para análise da íntegra do julgado, o primeiro se refere a maus-tratos sofridos pela gestante no momento do parto, na rede pública²⁰⁸. A autora afirma ter sofrido violência obstétrica consubstanciada em gritos da médica, tapas nas pernas, manobras para acelerar o parto e procedimentos não autorizados. A sentença foi julgada procedente, tendo sido mantida pelo Tribunal, para condenação do réu ao pagamento de indenização no valor de R\$ 40.000,00.

²⁰⁸ Apelação Cível, nº 0389035-31.2016.8.19.0001, 5ª Câmara Cível, Relator Des. Paulo Wunder, publicado em 22/07/2022.

Através da análise do julgado é possível observar que o acórdão se valeu de legislação municipal na qual é apresentada uma definição a respeito da violência obstétrica, bem como de artigo científico sobre o tema, conforme pode ser observado nos trechos destacados:

“A autora relata que, **sem se apresentar, a Dra. Simone realizou o exame de toque e iniciou o procedimento de episiotomia**, que consiste em uma incisão no períneo (região entre o ânus e a vagina) realizada para ampliar o canal do parto.

A demandante afirma que, **durante o procedimento obstétrico, a Dra. Simone Vallier solicitou a saída de sua genitora. No entanto, por conhecer a Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108/2005), a mãe da parturiente se manteve na sala de parto, a contragosto da médica.**

A autora argumenta que, durante o parto, sofreu maus-tratos por parte da Dra. Simone Vallier, **que “dava tapas em suas pernas” e falava com brutalidade: “seu filho vai morrer e a culpa vai ser sua”, “seu filho não vai sair do hospital por culpa sua, que não ajudou no parto”.**

Por fim, assevera que, após o procedimento, só conseguiu ver seu filho no dia seguinte.

(...)

Inclusive, apesar de a autora descrever o ocorrido como maus tratos, **os depoimentos retratam a ocorrência da chamada violência obstétrica**, a qual, segundo a definição extraída do artigo escrito por Camila Pickles

trata-se de uma violência de gênero, que advém de toda ação ou omissão, culposa ou dolosa, em estabelecimentos públicos ou privados, dirigida à mulher ao longo do pré-parto, parto, protege o e procedimento abortivo, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, assim como o emprego de procedimentos sem o consentimento explícito, forçado ou sequer informado à mulher.

O Município do Rio de Janeiro editou a Lei nº 6.898/2021, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, com vistas a protegê-las contra a violência obstétrica. **O artigo 3º da supracitada Lei Municipal apresenta um rol exemplificativo de condutas que caracterizam a violência obstétrica:**

Art. 3º Para efeitos da presente Lei, considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

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

II – recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas, bem como, por característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

III – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto; IV – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – realização de procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram ou causem dor ou dano físico com o intuito de acelerar o parto por conveniência médica;

(...)

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

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

(...)

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

(...)

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

Restou inconteste que a autora foi vítima de violência obstétrica, pois sofreu agressões verbais. Também recebeu um tratamento inadequado por parte da médica responsável pelo parto, não estava devidamente acomodada, pois sua cama estava quebrada e não tinha apoio para as mãos e os pés.

Ainda foi submetida a procedimentos médicos sem o seu prévio conhecimento e anuência (procedimento de episiotomia), a proporção e a dimensão de suas dores foram completamente ignoradas e, por fim, não pôde ter contato com seu filho, injustificadamente, já que o bebê não foi encaminhado à UTI após o nascimento. Indubitável, houve violência obstétrica e, portanto, ofensa à integridade física e psicológica da paciente. Resta, assim, caracterizado o dano moral, devendo ser analisado o quantum indenizatório fixado pela sentença.”(grifos nossos)²⁰⁹

²⁰⁹ Importante ressaltar que no acórdão está transcrita a íntegra da lei municipal n.º 6.898/2021, sendo aqui selecionadas apenas as incisos destacados em negrito no julgado. O julgado apresenta como referência ao artigo mencionado os seguintes dados: “PICKLES, Camilla. *Obstetric violence and the law: British academy postdoctoral researchfellow*. Oxford: University of faculty of oxford law, 2017. Disponível em: <https://www.law.ox.ac.uk/centresinstitutes/centrecriminology/blog/2017/01/obstetric-violence-and-law-british-academy>. Acesso em 09 jun. 2022. Apud Bodini, Larissa. *Da Responsabilidade Civil decorrente da violência obstétrica e necessidade de sua regulamentação por lei*. 2020.”

É também importante ressaltar que o acórdão se vale das definições da OMS a respeito da violência obstétrica e dos depoimentos prestados pelas médicas responsáveis pelo atendimento da autora e de duas enfermeiras presentes, colhidos na comissão de sindicância em que foi constatada a irregularidade do atendimento e destacada a ocorrência de violência obstétrica. Inobstante as conclusões da sindicância, o processo administrativo concluiu de forma contrária, pela ausência de irregularidade no comportamento das médicas.

O outro acórdão analisado trata de um caso em que a gestante afirma que foi submetida a uma cirurgia cesariana desnecessária e sem sua autorização²¹⁰. Segundo a narrativa autoral, o trabalho de parto progredia normalmente quando foi colocada em uma sala separada de sua acompanhante e posteriormente submetida à cirurgia que afirmava não concordar. A sentença foi de procedência do pedido, com base nas conclusões do laudo pericial, mas o tribunal de justiça reformou a sentença, julgando improcedente o pedido, com a seguinte fundamentação:

“A questão ora trazida a exame consiste em saber se a autora, ora apelada, foi vítima do que se convencionou chamar de violência obstétrica. A expressão Violência Obstétrica foi criada pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogério Perez D’ Gregório, e ficou conhecida mundialmente em 2010, através do Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia.

Entende-se por violência obstétrica “toda ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia. Esse conceito engloba todos os prestadores de serviço de saúde, não apenas os médicos. Define-se, ainda, como violência obstétrica qualquer ato ou intervenção direcionada à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que recentemente deu à luz), ou ao seu bebê, praticado sem o seu consentimento explícito ou informado e em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos e preferências”

Caracterizam a violência obstétrica atos como: violência exercida com gritos; os procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, e a falta de analgesia e negligência; recusa à admissão ao hospital (Lei 11.634/2007); impedimento de entrada de acompanhante (Lei 11.108/2005); violência psicológica (tratamento agressivo, discriminatório, grosseiro, zombeteiro, inclusive em razão de sua cor, etnia, raça, religião, estado civil,

²¹⁰ Apelação Cível, nº 0042482-76.2015.8.19.0213, 24ª Câmara Cível, Relatora Des. Maria Helena Pinto Machado, publicado em 11/02/2022.

orientação sexual e número de filhos); a cesariana desnecessária e sem consentimento; realização de episiotomia de modo indiscriminado; o uso de ocitocina sem consentimento da mulher; a manobra de Kristeller (pressão sobre a barriga da gestante para empurrar o bebê), dentre outros.

A Lei Municipal nº 6.898 de 18 de maio de 2021 dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando à proteção destas contra a violência obstétrica.:

(...)

Portanto, há inequívoca indicação para o parto cesáreo, uma vez que havia desproporção céfalo-pélvica e 2 circulares de cordão, uma vez que consta do prontuário médico, a “presença de DIP umbilical”, que significa desaceleração intraparto da frequência fetal, atestada inclusive por médico diverso, Dr. Dario Martins Bezerra, que assumiu o plantão naquele momento. Confira-se:

(...)

De todo a análise do prontuário médico, não se vislumbra a chamada violência obstétrica, pois a parturiente pode ansiar pela realização do parto normal, mas nem sempre este poderá ser realizado, sob pena de colocar em risco a saúde da mãe ou do feto e este cenário só pode ser avaliado por profissionais da área, nunca a parturiente. A circular de cordão pode não ser empecilho para o parto normal, como é de conhecimento comum, mas nem sempre será possível diante de outros dados.

Ressalte-se que a cirurgia transcorreu de forma normal, o bebê nasceu sem sofrimento fetal e qualquer dano à saúde e a autora teve alta 2 dias após o parto, o que denota o sucesso da intervenção, não se vislumbrando qualquer ofensa ao princípio da dignidade humana. Nesse ponto em particular, falece o pedido de indenizatório, pois a própria autora afirmou que ficou exaltada, circunstância até compreensível em se tratando do momento de trazer um filho ao mundo, fato extremamente marcante na vida de uma mulher e cercado por sentimentos naturais de ansiedade, apreensão, dúvidas e porque não, medo.

(...)

Do confronto de ambas as alegações, exsurge incontroverso que a autora se exaltou por achar que não havia necessidade de ser feita a cirurgia, e, diante do que está contido no partograma e no prontuário médico, foi decidida a realização da cesariana, tanto é que a mãe da autora deu a autorização, contrariada. A autora em sua inicial também afirmou que o bebê nasceu sem circular de cordão, fato que a mesma não poderia afirmar sem ser analisado o partograma e o prontuário, que revelam o contrário.

Em sendo assim, que à míngua de maiores provas, efetivamente a presença de pessoa no centro cirúrgico exaltada e/ ou nervosa obviamente não tem cabimento e decerto é fator que atrapalha a concentração necessária para a realização de uma cirurgia de médio porte.

Ao que parece só existia a mãe da autora naquele momento, de forma que não havia outra pessoa que pudesse acompanhar o parto da autora.

Conclui-se que não está configurada a responsabilidade, nem tampouco a alegada violência obstétrica, estando excluído o dano estético e, via de consequência, o dano moral, improvable nestes autos.”

Inobstante a identificação sobre a violência obstétrica e a forma de sua caracterização, o acórdão, ao valer-se unicamente das questões técnicas que fundamentaram a decisão pelo parto cirúrgico, deixou de levar em consideração a ocorrência de violência obstétrica consubstanciada na falta de informações à gestante quanto à necessidade do procedimento. Da narrativa inicial e da própria fundamentação do acórdão é possível identificar que a autora ficou muito nervosa e não foi adequadamente informada ou atendida pela equipe médica, pois seguiu rejeitando o procedimento todo o tempo. Importante notar que a tomada de decisões no momento em que a gestante está em processo de dor e ansiedade com o andamento do parto deve ser realizada com maior cautela, exatamente por se tratar de um momento de maior fragilidade. Este cenário, no entanto, não foi considerado pelo julgado ao afirmar a inexistência da violência obstétrica e reformar a sentença.

b) Análise dos julgados com marcadores “erro médico e parto” do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro

A seleção dos acórdãos encontrados com os marcadores “erro médico e parto,” cujo inteiro teor foi analisado, ocorreu através da eliminação de todos os casos que envolveram mortes (materna e infantil) e lesões nas crianças, ou seja, somente foi analisado o teor dos julgados que trataram de questões que envolvem violência obstétrica somente com as gestantes. Essa escolha foi realizada levando em consideração dois critérios para possibilitar a pesquisa, o primeiro deles é de natureza prática, visando a redução do material a ser analisado e o segundo tem relação com a abordagem teórica da pesquisa, com o intuito de identificar de que forma é avaliada a violência obstétrica quando apresenta resultados que somente impactam a qualidade do atendimento recebido pela mulher.

Dentro destes parâmetros, foram localizados 17 acórdãos no ano de 2022, sendo que destes, 5 foram descartados por serem casos de grande gravidade para a saúde da mulher (2 de histerectomia, 1 de perda de parte do intestino, 1 de tetraplegia e 1 de lesão motora) e outros 5 por tratarem de questão que não se enquadra na temática. Dos 7 acórdãos remanescentes, foi observado que em 2 não havia informações suficientes para a análise e em 4 não havia elementos com relatos de violência obstétrica. Assim, foi analisado o inteiro teor de 3 julgados que trataram de situações envolvendo violência obstétrica.

O primeiro acórdão avaliado trata de uma ação movida por gestante que foi submetida a um parto vaginal quando expressamente contratou os serviços, tanto do médico, quanto do hospital, para que fosse realizado parto cirúrgico²¹¹. A demanda pela cesariana decorreu do trauma da morte do primeiro filho da autora, no parto. A ação foi movida contra a maternidade onde ocorreu o atendimento, pois o médico contratado, que estava viajando, foi substituído por profissional daquela instituição que afirmou desnecessária a cirurgia, deixando de levar em consideração as condições particulares da autora, o que ocasionou grande ansiedade e estresse durante o parto, por receio de que o desfecho do primeiro se repetisse.

A sentença julgou improcedente o pedido com base no laudo pericial que atestou a ausência de erro do médico com a escolha de prosseguir com o parto natural. O acórdão, no entanto, reformou a sentença com a seguinte fundamentação:

A magistrada sentenciante, amparada no laudo pericial produzido nos autos, concluiu que não houve falha na prestação do serviço, uma vez que o “réu procedeu da forma que indicava ser a mais adequada para que o parto ocorresse de forma satisfatória, visando o bem-estar da mãe e do bebê”, determinado, apenas, a devolução da diferença do valor pago. Entretanto, olvidou-se a magistrada da existência do contrato firmado entre as partes e do desejo da apelante de não se submeter ao estresse do parto natural, em razão de trauma de sua primeira gestação em que seu filho veio à óbito. **Com efeito, em uma simples leitura da petição inicial, infere-se que não se trata de alegação de erro médico, mas sim de descumprimento de contrato e a necessidade de reparação dos danos decorrentes.** Nessa

²¹¹ Apelação Cível nº 0000035-93.2014.8.19.0056, 21 Câmara Cível, Relator Desembargador André Ribeiro. Publicado em 25/05/2022.

toada, cumpre observar que, a despeito de a literatura médica afirmar que o parto normal é mais benéfico para a parturiente e para a criança, o fato é que, no caso concreto, houve uma escolha justificada da gestante de não se submeter ao procedimento tradicional, o que foi evidentemente desrespeitado pelo hospital apelado.

Ainda neste tocante, é de todo pertinente destacar que a orientação do Conselho Federal de Medicina, constante da Resolução nº 2.284/20201, **é no sentido de que, ressalvados os casos de risco de morte, o médico deve aceitar a escolha de sua paciente, relativamente à realização do parto cesáreo, e, na hipótese de discordância entre o desejo da paciente e a decisão médica, deve encaminhar a gestante a outro profissional.**

E ainda:

Por outra perspectiva, não se pode olvidar que na petição inicial, a recorrente alegou que no dia dos fatos não havia no hospital médico anestesista e cirurgião para fazer o procedimento, o que não foi refutado em nenhum momento pelo recorrido.

(...)

Com efeito, não há que se falar em mero descumprimento contratual, **já que houve efetiva lesão aos direitos da personalidade da apelante, notadamente, em razão da frustração pela não realização do serviço contratado e pelo profissional eleito e da angústia de se submeter à procedimento estressante e exaustivo que a remetia à uma experiência negativa do passado.**

Ademais, é de conhecimento notório que a atenção adequada no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que a parturiente possa exercer, no futuro, a maternidade com segurança e bem-estar, sendo este um direito fundamental de toda mulher.

Conforme pode ser observado, o acórdão reforma a sentença e reconhece o direito à indenização por dano moral decorrente do descumprimento contratual, nada sendo falado a respeito da ocorrência de violência obstétrica. Na verdade, a leitura da decisão indica que esta tese também não foi aventada no pedido, fundamentado na violação de direitos da gestante pela desconsideração de sua vontade sem que esta nomenclatura seja utilizada. Na prática, no entanto, a decisão reconhece a ocorrência da violação de direitos que compõe o espectro da violência obstétrica, diante do desrespeito aos direitos da personalidade da gestante, chegando a afirmar que

o exercício da maternidade segura também depende do recebimento de atenção adequada no parto. A indenização foi estipulada em R\$ 15.000,00 (quinze mil reais).

O próximo acórdão analisado aborda relatos de violência obstétrica, sendo mencionado o termo “violência obstétrica” no teor da decisão, no qual o desfecho foi de improcedência do pedido, mantido pelo tribunal²¹². Os relatos da autora indicam tentativas de aceleração do parto através da utilização de ocitocina, múltiplos toques vaginais, ameaças, ausência de analgesia e impedimento da presença do acompanhante quando finalmente ocorreu a cirurgia cesariana. O atendimento ocorreu no SUS e na narrativa inicial é nomeada a violência sofrida como sendo violência obstétrica. O pedido foi improcedente com fundamento na prova pericial que, apesar de afirmar que certos procedimentos aos quais a autora foi submetida não são recomendados, não afirma a ocorrência de erro no atendimento. O acórdão entendeu que a prova produzida não foi capaz de comprovar o fato constitutivo do direito necessário para os casos de responsabilidade objetiva da administração pública diante da ausência de força probatória do relato das testemunhas que foram ouvidas na qualidade de informantes (marido e amiga da autora). Assim afirma a decisão:

Na espécie, **malgrado as ponderações feitas pelo expert do juízo no tocante às possibilidades e carências dos nosocômios públicos, ao uso do Misoprostol, à ausência da aplicação de anestesia de parto e no sentido de que não é mais recomendado toques vaginais muito frequentes**, ele atestara que “... a equipe médica optou pelo uso do Misoprostol, o que não pode ser considerado errado” e que não houve demora na identificação da necessidade da realização de cesariana. E ao final, **a prova pericial concluiu que “a assistência médica prestada à autora não fugiu do habitual que é oferecido às mulheres nas maternidades públicas”** (índice 402).

Ademais, a prova oral consistiu na oitiva do marido e de uma amiga da autora, ouvidos como informantes, **desprovida de força suficiente para afastar o resultado da prova pericial técnica, conclusiva quanto à inocorrência de erro médico, e para comprovar a violência obstétrica.**

(...)

²¹² Apelação Cível nº 0015243-15.2019.8.19.0001, Relator: Desembargador Mauricio Caldas Lopes, 18ª Câmara Cível, publicado em 11/08/2022.

Dessarte, como a demandante não se desincumbiu a contento da prova de erro médico e da violência obstétrica e, por conseguinte, do nexo de causalidade entre eles e os danos extrapatrimoniais alegadamente suportados, os pedidos iniciais improcediam mesmo.

O que pode ser observado do julgado é que não houve a análise das ocorrências da violência obstétrica narradas pela parte e, ao que se observa, comprovadas nos autos pelas provas pericial e testemunhal. O próprio laudo pericial confirma as violações, ainda que não o faça de forma categórica, ao confirmar a ausência de anestésicos, realização de exames invasivos desnecessários, utilização de medicação inadequada e, principalmente, afirmar que o atendimento prestado à autora está dentro dos padrões de precariedade da esfera pública. A violação dos direitos fundamentais da gestante está plenamente caracterizada pela prova pericial, mas seguiu invisibilizada pelas decisões judiciais. No tocante à violação da Lei do Acompanhante, nada sequer foi mencionado na decisão. Quando à força probatória da oitiva das testemunhas como informantes, importa ressaltar que o julgador deixou de considerar o fato de que, pela própria natureza do ato em si, que não ocorre em ambiente público, estas são as únicas testemunhas que as gestantes podem apresentar, pois tratam-se de casos nos quais costumam estar presentes somente a gestante, seu acompanhante e a equipe médica.

O próximo acórdão analisado apresenta uma situação de peregrinação por atendimento médico-hospitalar no momento do parto²¹³, pois a autora relata que buscou atendimento médico na rede pública, sendo informada que naquele hospital não haveria médico anestesiológista para acompanhamento da cirurgia cesariana, sendo encaminhada para outra unidade de saúde da rede pública, onde chegou em situação de emergência decorrente do sofrimento fetal. Segundo a prova pericial realizada nos autos, o desfecho do parto não foi de sequelas para mãe e bebê em virtude do rápido atendimento recebido no segundo hospital.

²¹³ Apelação Cível nº 0034988-79.2013.8.19.0004, 17 Câmara Cível, Relator: Des. Elton M. C. Leme, publicado em 09/06/2022,

No acórdão não é encontrada nenhuma menção à violência obstétrica, mas foi reconhecida a ocorrência de dano moral à autora em razão da falta de estrutura na rede pública. A sentença de procedência do pedido foi mantida pelo acórdão, com a condenação do município à indenização no valor de R\$ 15.000, 00 (quinze mil reais). Assim está fundamentada a decisão:

Decerto a falta de estrutura no órgão público municipal (Hospital da Mulher Goçalense – HMG), causou indevido sofrimento à autora e ao feto durante em estado tão delicado que se encontravam.

E o resultado somente não foi mais agravado por conta da atuação final da Maternidade Municipal Alzira Reis, que após o calvário suportado pela autora, realizou a cirurgia de risco por conta da presença de mecônio.

Gize-se, que o laudo técnico atestou que o parto se tornou um risco para a saúde da autora, diante da presença do mecônio (resposta ao quesito dois da autora – fls. 198).

Portanto, ao final da instrução processual, **restou configurada a responsabilidade objetiva do município, diante da comprovada conduta culposa dos profissionais de saúde no Hospital da Mulher Goçalense.**

5.2.2 - Análise do inteiro teor dos julgados encontrados na pesquisa no Tribunal de Justiça de São Paulo

a) análise dos julgados com marcador “violência obstétrica”

Conforme já mencionado, na pesquisa no site do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo foi encontrada considerável quantidade de processos com o termo “violência obstétrica”, nos quais encontra-se uma grande variedade de temas. Para a análise do inteiro teor de julgados, no entanto, foram considerados somente os casos que envolvem violência obstétrica com consequências apenas para a mulher, ou seja, sem envolver danos com a criança e ainda, sendo excluídos casos de morte e de lesões de natureza grave. Dentro destes parâmetros foram selecionados

O primeiro caso trata de uma situação de aborto espontâneo na qual a autora permaneceu na recepção do hospital, sem atendimento, por cerca de duas horas, inobstante o cenário de fortes dores e sangramento substancial²¹⁴. De acordo com a narrativa inicial e as provas testemunhais, a autora chegou ao hospital sofrendo um aborto espontâneo no início da gravidez e foi deixada na recepção do hospital sem nenhuma assistência, inobstante sua situação dramática. No julgamento do recurso, assim afirma o julgado:

“Vale aqui anotar que em todos esses atendimentos a autora foi classificada como ficha verde (fls. 44/45), significando que seu quadro não seria emergencial, mas o perito observou: “Pelos dados apontados no prontuário, todas as vezes que a paciente procurou o Hospital réu, relatava sangramento. Quadro de sangramento em gestação, inicial ou na segunda metade, mais das vezes, na maior parte dos serviços, recebe a classificação de urgência ou emergência (identificadas pelas cores laranja ou vermelha). A classificação de sangramentos gravídicos como 'verde' (sem emergência ou urgência), não é comum, porém, a princípio, não alteraria a evolução dos casos de abortamento. Podem impactar casos de sangramentos em gestação da segunda metade da gestação (placenta prévia ou descolamento prematuro de placenta)” (fls. 149 grifo nosso).

A acrescentar ao quadro, tem-se o depoimento das duas testemunhas ouvidas em audiência de instrução e julgamento (mídia digital). André Américo contou que levou a esposa ao pronto socorro naquele dia e que ao chegar ao local, a autora já estava aguardando atendimento com dor e sangramento, que estava visível sujando cadeiras e as pernas da paciente. Relatou que viu quando a autora reclamou na recepção sobre seu estado, mas sua esposa foi atendida primeiro. Também relatou que sua esposa e outros pacientes que estavam ali pediram para que a autora fosse atendida em primeiro lugar, mas não foram atendidos. Relatou, por fim, que a autora chorava e estava apavorada.

Dalila Pedro Silva Américo, esposa da primeira testemunha, contou que, ao chegar ao hospital, a autora já estava aguardando atendimento. Relatou que a autora começou a perder sangue de forma visível, tanto que sujou a roupa e as cadeiras na quais se sentava. Relatou que chegou a pedir, assim como outros pacientes, para que a autora fosse atendida em sua frente, mas que isso não ocorreu.

Todo o quadro acima formatado que culminou no depoimento das testemunhas permite concluir que os profissionais que atenderam a autora no dia dos fatos não agiram como deveriam.

(...)

²¹⁴ Apelação Cível nº 1010333-50.2013.8.26.0127, 10ª Câmara de Direito Privado, Relator Des. J. B. Paula Lima, publicado em 08/05/2020.

Não se pode admitir que a mulher grávida passe pela situação a que submetida a autora no pronto socorro do hospital apelado, para onde se dirigiu justamente para ser atendida, ressalte-se que em delicado estado, reconhecido como gravidez de risco, com dor e sangramento.”

E ainda aborda especificamente a temática da violência obstétrica, se valendo da doutrina:

“A violência obstétrica não tem passado despercebida pela doutrina e pela jurisprudência. Gustavo Tepedino, Aline de Miranda Valverde Terra e Gisela Sampaio da Cruz Guedes observam: “Trata-se de uma realidade que afeta uma em cada quatro mulheres no Brasil” e explicam: “O tratamento desumanizado se verifica sempre que a dignidade da mulher é aviltada, o que se verifica não apenas quando se praticam atos que violam sua integridade psíquica, como se passa quando a equipe médica lhe dirige tratamento degradante, xingando-a ou depreciando-a, mas também quando se viola sua integridade física, a exemplo do que ocorre quando se adotam procedimentos sem o seu consentimento, como lavagem intestinal, imobilização física, exames de toques constantes e desnecessários, manobra de Kristeller, episiotomia (corte cirúrgico na região do períneo para ampliar o canal do parto) de rotina e mesmo cesariana sem anestesia. Tais práticas afiguram-se flagrantemente abusivas, muitas delas despidas de qualquer respaldo científico, adotadas por decisão exclusiva do médico, sem o consentimento livre e esclarecido da parturiente. Trata-se, no entanto, de procedimentos rotineiros nos hospitais brasileiros, ineficazes ou pouco eficazes, alguns reconhecidamente inseguros, e que causam desconforto, dor, humilhação ou constrangimento” (“Fundamentos do Direito Civil Responsabilidade Civil”, vol. 4, Editora Gen/Forense, 2020, p. 72/3).”

Observa-se que o julgado buscou informações a respeito da violência obstétrica para compreender a situação narrada pela autora sob outro prisma, além daquele da violação de contrato e da relação de consumo, para caracterizar os fatos no âmbito da responsabilidade civil.

No próximo julgado analisado²¹⁵, é tratada a ocorrência de violência obstétrica consubstanciada em agressão verbal cometida por uma das enfermeiras do hospital réu, cuja sentença acolheu parcialmente o pedido, com condenação do réu ao pagamento de indenização por dano moral.

²¹⁵ Apelação Cível nº 1013681-62.2020.8.26.0602, 2ª Câmara de Direito Privado, Relator Des. Giffoni Ferreira.

Em sede recursal, no entanto, a sentença foi reformada para improcedência do pedido, sob a fundamentação de que não há comprovação dos fatos narrados na inicial.

A decisão está assim fundamentada:

O MM. Juiz ainda verteu como “injustificável a conduta da referida profissional” apontando – sem adminículo probatório suficiente – que tal era “segundo consta”.

A sentença judicial não pode decidir dessa forma, “segundo consta” - senão calcada em fatos verdadeiramente comprovados.

Lembrar que a procedência de um feito não pode estar embasada no solo movediço do possível ou do provável, senão do terreno firme da certeza. Fato não comprovado é o mesmo que fato inexistente; e como diziam os Latinos, ACTORE NON PROBANTE, RESU ABSOLVITUR.

Ademais, não se vislumbra qualquer falha no entendimento que possa ensejar a responsabilização da Requerida; ver que a Autora não relatou nenhum dano decorrente dos fatos, limitando-se a se insurgir contra o tratamento que lhe foi dispensado no Hospital, supostamente grosseiro, e de aí que, mesmo se houvesse comprovação de que o atendimento não fora agradável e atencioso, não merece encômios a posição da exordial, muito menos a do Juízo, pois dano moral passível de indenização é apenas aquele que detiver alguma gravidade – e prova de sua existência – o que aqui não existiu.

É possível observar que, no caso em comento, o Tribunal de Justiça não reconhece a possibilidade da ocorrência de dano passível de indenização na conduta narrada pela parte autora, que é de agressão verbal durante o parto, por funcionários contratados do hospital réu. Ocorre que muitos dos casos de violência obstétrica ocorrem exatamente desta forma, no tratamento dispensado à gestante em momentos de vulnerabilidade, muitas vezes sem que haja outra pessoa para presenciar. Seguindo-se a linha deste julgado, uma grande parte dos casos de violência obstétrica não será contemplado pelo judiciário para efeitos de indenização.

Outro acórdão trazido para análise apresenta pleito indenizatório consistente em dano moral e também dano material para restituição de valores pagos, fundamentado na insatisfação da gestante com o tratamento recebido pelo corpo de enfermagem da clínica escolhida para a realização do parto.²¹⁶

²¹⁶ Apelação Cível n 1008592-60.2021.826.0008, 11ª Câmara de Direito Privado, Relator Desembargador Gilberto dos Santos, publicado em 14/02/2022.

A autora afirma que sofreu abusos psicológicos pelas enfermeiras que tentaram desestimular o parto normal e que a falta de organização hospitalar ocasionou a sua transferência de sala, momentos antes do período expulsivo do parto, quando estava praticamente nua, o que teria lhe gerado constrangimentos. Alega cerceamento de defesa pelo julgamento antecipado da lide quando pretendia a realização de prova testemunhal de suas alegações. A sentença foi de improcedência, mantida pelo Tribunal com rejeição da preliminar de cerceamento de defesa sob fundamentação de que a matéria prescindia de prova testemunhal. No mérito, as alegações da gestante foram descaracterizadas como capazes de atrair indenização de qualquer natureza.

Pautando-se nas anotações do prontuário como sendo suficientes para o julgamento antecipado da lide, assim afirma o julgador:

É indubitável que a situação narrada pela autora causou-lhe frustrações e sentimento de angústia. Não obstante, deve-se analisar se o serviço hospitalar prestado pelo réu foi deficiente a ponto de ensejar a restituição dos valores pagos e reparação por danos morais. E, infelizmente, não se verifica falha na prestação dos serviços, no caso em comento.

(...)

Logo, a queixa da autora a respeito dos comentários da equipe de enfermagem que, segundo ela, abalaram seu psicológico, reside em uma questão subjetiva, pois, se por um lado a autora interpretou como um desestímulo ao parto normal, por outro pode ser tratado como um mero aviso sobre a dificuldade da evolução do parto da autora.

Frise-se que em nenhum momento a autora afirma ter sofrido agressões verbais, ou intervenção médica forçada, nem qualquer tipo de prática invasiva, estando o tempo todo ao lado de seu marido e de sua médica de confiança.

E no que diz respeito ao constrangimento que a autora alegou sofrer com a mudança de salas, assim afirma o acórdão:

Por outro lado, não se pode olvidar que, a despeito desse inconveniente de ordem técnica, a autora foi transportada em uma cadeira de rodas, com segurança, acompanhada de seu marido e de sua médica, não sendo crível que tenha havido “exposição” em um andar destinado à maternidade e em uma curta distância entre as salas, conforme mostram as fotografias às fls. 325/327.

O caso em comento foi selecionado para análise justamente por retratar o grau de dificuldade que a verificação de ocorrência da violência obstétrica, muitas vezes, comporta em função da normalização de condutas inadequadas no tratamento da gestante. Importa ressaltar que, sem a oitiva de testemunhas sobre o que foi dito para a gestante no momento do parto não é possível concluir que as alegações da parte são uma questão subjetiva. Tal como foi analisada a questão, restou demonstrado que somente casos de agressão verbal seriam caracterizados como atos ilícitos ou como defeitos na prestação do serviço.

Ocorre que a violência obstétrica compreende uma vasta gama de atuação de profissionais de saúde, comportando comunicações que, ainda que não sejam caracterizadas como agressão verbal, são capazes de gerar insegurança e abalo psicológico na gestante, especialmente em decorrência do contexto de vulnerabilidade que o momento do parto envolve. A sutileza destas situações determina uma abordagem diferenciada dos fatos em lide.

O próximo caso observado trata de parto induzido com a permanência da autora por cerca de 16 horas sem acompanhamento adequado, ocorrendo o nascimento da criança no banheiro do hospital sem nenhuma assistência dos profissionais de saúde²¹⁷. O pedido foi julgado procedente para condenar o hospital ao pagamento de indenização por dano moral e o acórdão acolheu o recurso da autora para majorar o valor da condenação diante da gravidade da situação, conforme a seguinte fundamentação:

“Tal cronologia torna descabida a argumentação de que houve parto precipitado que, aliás, se contrapõe ao parto induzido.

Resta, portanto, determinar e delimitar a responsabilidade do hospital no tocante à falha na prestação do serviço.

²¹⁷Apelação Cível nº 1038611-78.2019.8.26.0506 8ª Câmara de Direito Privado, Relator Des. Salles Rossi, publicado em 28/07/2021.

Conforme adiantado, não restam dúvidas de que houve falha no atendimento prestado à parturiente que, após cerca de aproximadamente 24 horas de internação junto ao hospital réu (aonde se encontrava em trabalho de indução de parto que se estendeu por 16 horas), realizou o parto no banheiro das dependências do nosocômio, sem qualquer assistência tendo, inclusive, havido queda da recém-nascida no chão, decorrente da expulsão fetal. **Cuida-se de episódio gravíssimo e aviltante e que somente chegou a tal desfecho por total desassistência da parturiente que deu à luz no banheiro sem o acompanhamento de nenhum profissional do hospital (nem mesmo da equipe de enfermagem).**

Configurada, como bem observa a r. sentença guerreada, hipótese de violência obstétrica até mesmo porque não foram observados os critérios estabelecidos pela ANVISA, na RDC nº 36, de 03/06/2008 (que dispõe sobre “Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.”) que assim dispõe na parte que interessa ao caso concreto:

(...)

O dano moral, no caso concreto, é presumido e decorre do sofrimento da autora ao realizar o parto sem auxílio de nenhum profissional no hospital, no banheiro e ainda, presenciar, juntamente com o marido, a queda da recém-nascida em vista do trabalho de expulsão fetal (motivo pelo qual os danos também se estendem a este último).

(...)

A gravidade do episódio levou, inclusive, a ampla cobertura pela imprensa e a outra conclusão não se pode chegar que não a gritante falha na prestação de serviço médico, por parte do hospital. A evidência, que o nexo causal restou amplamente estabelecido.

O episódio fala por si. Evidentemente, não se cuidou de situação corriqueira. Ao contrário, não se concebe o hospital acolher a parturiente, aceitar sua internação e realizar trabalhos de indução de parto por longas horas para se chegar a esse inesperado desfecho.”

O acórdão utiliza a expressão violência obstétrica e se socorre do que consta previsto na Resolução 36/2008 da ANVISA ao regulamentar o funcionamento dos serviços obstétricos e neonatais do país. Ainda que não haja uma análise específica da violência obstétrica, o julgado identifica a violação de direitos da gestante, sendo relevante observar, no entanto, que o caso teve ampla divulgação na mídia, o que certamente impactou na análise dos julgadores.

O próximo acórdão analisado, no entanto, não aborda as temáticas de violência obstétrica apresentadas pela autora, julgando apenas com base nas conclusões do laudo pericial que afirma correta conduta técnica realizada. Trata-se de um caso em que a autora afirma ter sofrido tratamento desrespeitoso durante o parto e que não recebeu nenhuma informação a respeito dos procedimentos realizados e medicações utilizadas, bem como negativa de analgesia quando solicitada. Afirma que retornou ao hospital dias após o parto sofrendo muitas dores e novamente recebendo tratamento desrespeitoso, sendo submetida a uma curetagem sem que fossem apresentadas informações a respeito.²¹⁸

A abordagem do tema pelo julgado fica circunscrita às questões analisadas na perícia, quando assim afirma:

“De acordo com o laudo pericial encartado a fls. 778/791 e 792/804:

“Há nexo de causalidade entre a presença de restos placentários e o parto. A presença de restos placentários, porém, nem sempre pode ser evitada, principalmente em casos de placenta suscenturiada. Após o parto normal, a placenta foi revisada e descrita como normal. Apesar de indesejado, o risco de restos placentários é inerente ao procedimento.

(...)

O misoprostol estava bem indicado, sendo medicação de escolha para indução de trabalho de parto. **Existe a possibilidade de analgesia durante o trabalho de parto. Não temos elementos nos autos que nos permitam indicar se havia a indicação de analgesia ou não.**

(...)

Não identificado falha ou falta grave comprovada, conduta atípica, irregular ou inadequada, durante as avaliações e condutas médicas adotadas em relação a pericianda, no caso. Na análise dos documentos médicos, as condutas e os tratamentos realizados seguiram os protocolos e as diretrizes atuais e consagradas. **Em todos os atendimentos, a pericianda foi avaliada e tratada em conformidade com as normas das boas práticas médicas.”**

Neste sentido, não tendo sido comprovadas as alegações de violência obstétrica trazidas pela parte autora, não há que se falar em condenação da requerida ao pagamento de indenização.

²¹⁸ Apelação Cível nº 1002069-74.2017.8.26.0007, 2ª Câmara de Direito Privado, Relator Des. Herta Helena de Oliveira, publicado em 27/07/2021.

Neste ponto convém ressaltar que a decisão de encerramento da instrução não foi contestada pela parte, que não pugnou pela oitiva de testemunhas, que poderiam confirmar a prática da violência obstétrica alegada.

Nem mesmo nas razões de apelação a autora indicou que poderia comprovar o tratamento desrespeitoso que alega ter sofrido por meio de testemunhas.

Salienta-se, por fim, que a própria autora reconheceu no momento da realização do laudo pericial que sua genitora estava presente durante o parto:

“No momento do parto a sua mãe estava ao lado. Após o nascimento a mãe foi retirada da sala de parto” (fls. 779).

Neste sentido, não configurados os pressupostos da ilicitude da conduta, nenhuma indenização é devida, de modo que é de rigor a improcedência do pedido.

Da leitura das conclusões do julgado é possível identificar que nada foi considerado a respeito da violência obstétrica narrada pela autora, nem mesmo foi avaliada a negativa de anestésicos por ela afirmada, sendo que o próprio laudo pericial foi omissivo quanto à questão, pois apenas afirmou que analgesia é uma possibilidade, sem considerar os fatos relacionados ao caso periciado. O pedido foi improcedente por falta de comprovação das alegações de violência obstétrica, sendo questionado pelo acórdão que manteve a sentença, o fato de não ter sido produzida prova testemunhal com depoimento da mãe da autora, presente como acompanhante durante o atendimento médico.

Novamente observa-se a pretensão de reconhecimento da violência obstétrica esbarrando no confronto entre as alegações da parte e a prova técnica que atesta a correta aplicação das práticas médicas, inobstante o caso demandar a avaliação de outras circunstâncias. Neste caso, a narrativa inicial demonstra a possibilidade de falha na obrigação de prestar informações à gestante sobre os procedimentos médicos aos quais estava sendo submetida, bem como na negativa de oferta de anestésicos ou analgésicos, quando solicitado pela gestante. Além destas questões, foram narradas circunstâncias de tratamento degradante pela autora.

O acórdão, no entanto, não avalia estas questões, ficando adstrito à temática do erro médico analisado pela perícia realizada, sem demonstrar nenhuma consideração sobre a caracterização da violência obstétrica.

Outro julgado avaliado apresenta uma situação na qual a gestante permaneceu em trabalho de parto por mais de 23 horas, chegando a acionar a polícia militar diante do atendimento médico recebido no hospital, momento em que foi realizada a cirurgia cesariana. Segundo seu relato, sofreu tratamento degradante durante o período em que esteve no hospital, tendo sofrido muito com dores durante todo esse tempo. A prova testemunhal por ela produzida foi desconsiderada, pois tratava-se de sua cunhada, ouvida na qualidade de informante.

O acórdão não aprofunda a temática da violência obstétrica conforme pode ser observado dos seguintes excertos:

“5. Consoante se depreende dos autos, a autora, ora apelante, ajuizou ação reparatória em face da ré alegando, em suma, que no nosocômio para a realização do parto de seu primeiro filho foi vítima de violência obstétrica. Diz que ficou mais de 23 (vinte e três) horas em trabalho de parto, tendo, assim, que suportar dores inimagináveis, já que não havia dilatação suficiente, além de sucessivas humilhações, grosserias e zombarias subestimando seu sofrimento.

(...)

9. No caso dos autos, porém, a prova pericial realizada sob o crivo do contraditório foi conclusiva, no sentido de que “Trata-se de pericianda gestante que teve evolução para trabalho de parto ocorrido em 18/11/2016 e evoluiu com progressão para cesárea de emergência. Não se admite nexo de causalidade entre o evento relatado e a inobservância das normas técnicas médico-hospitalares à época dos fatos, verificado nos documentos pela perícia médica. Não há sequelas constatadas nem maternas, nem no recém nascido.” (fls. 358).

(...)

11. Não há nos autos contraprova apta a infirmar as conclusões do perito judicial, exceto o depoimento testemunhal de sua cunhada irmã de seu marido, que a acompanhou no período crítico do trabalho de parto, entretanto, a qual, entretanto, diante de sua suspeição, foi ouvida como informante. Afinal, não se pode desprezar sem provas e acertada fundamentação as conclusões da perícia sobre fatos cuja análise depende de conhecimento científico.

(...)

12. É certo, ainda, que o pedido de expedição de ofício para o Centro de Operações da Polícia Militar visando a obtenção dos chamados realizados pela cunhada da apelante foi realizado a destempo, após o resultado desfavorável do laudo pericial e da oitiva das testemunhas, precluindo a pretensão de produção da referida prova, conforme bem consignado pelo i. magistrado singular.

13. Decerto que a questão trazida aos autos não deixa de comover este Tribunal, em especial este Relator, que se compadece com a dolorosa experiência de parto vivida pela recorrente. **Noutra quadra, isto não implica a existência de culpados, de responsáveis, como bem entendeu o expert.”**

O que se observa neste julgado é a total descon sideração das alegações e provas produzidas pela parte, em um contexto em que a produção de provas pela gestante já difícil pelas próprias circunstâncias de ocorrência da violência narrada. A única testemunha teve suas declarações descon sideradas e não foi observado pelo julgado o total desespero da mulher que chegou a acionar a polícia para garantia de seus direitos. Tudo isso perdeu força diante da afirmação técnica do perito. Ainda que o procedimento médico adotado esteja de acordo com os protocolos atuais, que estão em constante modificação, o fato é que a alegação da parte é de violação de direitos que extrapolam a questão técnica e nada foi considerado no julgado.

O próximo acórdão analisado reconhece a violação de direitos da gestante com base nas conclusões de laudos periciais²¹⁹. Trata-se de ação movida por gestante que foi mantida mais de 8 horas separada do bebê após o parto cirúrgico, sem qualquer justificativa clínica. O pedido foi parcialmente procedente, com a condenação do hospital réu ao pagamento de indenização de 12 mil reais, com fundamento em três laudos periciais, nas especialidades de obstetrícia, pediatria e psiquiatria, que atestaram a inadequação da conduta e os danos psíquicos sofridos pela autora.

Nas conclusões do julgado não há menção expressa à ocorrência da violência obstétrica, mas o reconhecimento de que a conduta violou os direitos da gestante, conforme se depreende dos excertos:

²¹⁹ Apelação Cível nº 1005291-64.2015.8.26.0704, 10ª Câmara de Direito Privado, Relatora Des. Márcio Boscaro, publicado em 07/11/2022.

“Conforme pontuado pela d. Magistrada:

“(...) No entanto, necessário reconhecer que parte dos danos morais alegados se encontram configurados. Com efeito, em todos os laudos médicos elaborados no presente feito foi constatado que houve uma demora excessiva no acolhimento da autora ao leito após a cirurgia, bem como também houve um injustificado distanciamento entre a mãe e o recém nascido.

Veja-se que o parto ocorreu às 08h50min. (fl. 105). Segundo o que foi constatado, após o nascimento o recém nascido foi apresentado à mãe, de sorte que o aleitamento materno na primeira meia hora de vida foi realizado ainda durante o procedimento cirúrgico, que se estendeu até às 09h30min. Esse primeiro contato foi de apenas cinco minutos. Conduzida a mãe à recuperação pós anestésica, desta foi liberada por volta das 10h35 min.. Contudo, a requerente somente foi encaminhada ao leito a ela destinado às 17h30min., o que comprova não só a demora para a adequada acomodação da paciente, mas também o injustificado afastamento da mãe e do recém nascido por toda a tarde.

(...)

Segundo se destaca da análise e conclusões realizadas pela expert, na área obstetrícia (fls. 758 a 761):

“(...)Em estudo com mulheres submetidas à operação cesariana foi observado que o contato pele-a-pele precoce (até 12 horas do parto) melhorou a percepção materna do recém-nascido, teve efeitos positivos no comportamento materno e melhorou o desempenho das habilidades para uma relação calorosa e afetiva entre a mãe e seu filho (“maternagem”). Portanto, os benefícios do contato precoce associados à relação de “maternagem” também são evidentes nas mulheres submetidas à operação cesariana. Assegurar o contato pele-a-pele imediato e contínuo do recém-nascido saudável com sua mãe é uma das recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil (CONITEC. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. p.70), para fortalecer os laços maternos.

(...) Além disso, o alojamento conjunto é direito garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, ao prever expressamente a obrigação dos hospitais, públicos e privados, de manterem alojamento conjunto para mãe e filho recém-nascido.”

Ainda se remete às conclusões dos laudos periciais de pediatria e psicologia:

“(...) 4. Pelo apresentado em sede de Prontuário médico, e acima destacado, o segundo Autor foi levado até a sua mãe, no final da primeira hora de vida, tendo com ela permanecido por cerca de cinco minutos. Desta forma não foi realizado o adequado contato pele-a-pele, pelo tempo devido, entre os Autores, na primeira hora de vida; (...) 9. Não há justificativa descrita em sede de prontuário médico quanto à indicação e à oferta de fórmula láctea ao invés de o RN ser conduzido à mãe para aleitamento materno;

(...)

Por fim, e não menos importante, destacam-se as conclusões da perícia psicológica (fl. 1529) que constatou nexo de causalidade entre o evento traumático e a depressão experimentada pela apelada, desse decorrente:

*“(...) A Periciada apresenta sintomas e sequelas compatíveis com o diagnóstico de Depressão decorrente de ter sofrido “F41.3 – Transtorno de Stress PósTraumático”, havendo, portanto, **NEXO DE CAUSALIDADE estabelecido entre a patologia atual e o evento traumático desencadeador, ou seja, a VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA sofrida nas dependências do Hospital LUZ, levando em conta a existência.**” (grifo nosso)*

É possível observar que as conclusões das perícias realizadas trouxeram informações técnicas provenientes do Ministério da Saúde a respeito da necessidade do contato inicial entre mãe e bebê, bem como embasamento legal no Estatuto da Criança e do Adolescente, assegurando esse momento de contato inicial com a mãe como direito da criança que acabou recebendo fórmula ao invés de aleitamento materno nas primeiras horas de vida. O laudo psicológico da autora efetivamente utiliza o termo violência obstétrica para nomear a violação de direitos que causou sofrimento à gestante. É com base nessas conclusões que o pedido foi acolhido, com o reconhecimento do dano causado à autora.

Outro caso avaliado trata da negativa de internação de paciente para realização de curetagem em um caso de aborto espontâneo, por recusa da operadora do plano de saúde²²⁰. A negativa de realização do procedimento de curetagem ocorreu após a admissão da paciente nas dependências do hospital, em virtude de um equívoco no preenchimento da guia hospitalar para submissão ao plano de saúde, onde foi descrito “parto” ao invés de curetagem, ocasionando a negativa por em virtude do período de carência contratual. O pedido foi procedente, sendo mantido pelo tribunal, nos seguintes termos:

“Tem-se no caso uma típica relação de consumo, que reclama a aplicação das disposições do Código de Defesa do Consumidor. Assim, inviável não se admitir a solidariedade entre os Réus, uma vez que foi a Operadora do plano de saúde que elegeu o hospital para o atendimento de seus clientes.

²²⁰ Apelação Cível nº 1003031-51.2021.8.26.0268, 3ª Câmara de Direito Privado, Relator Des. João Pazine Neto, publicado em 13/06/2022.

Verifica-se do processo que fora corretamente reconhecido o dano alegado pela Autora. É incontroversa a negativa de atendimento, para o procedimento do qual a Autora necessitava (curetagem), em razão de aborto espontâneo, sob alegação de vigência de prazo de carência para parto.

(...)O transtorno pelo qual passou a Autora é evidente, uma vez que, com sangramento decorrente de aborto espontâneo, foi informada que o plano de saúde não cobriria seu procedimento e que, acaso optasse por permanecer no hospital, deveria arcar com as despesas de forma particular (págs. 53/54), a evidenciar a ocorrência de dano moral, diante da angústia e frustração que a acometeram, evidente na hipótese a qualquer pessoa.”

O pedido foi acolhido com base na violação aos termos contratuais e no princípio da boa-fé objetiva, conforme previsões do Código de Defesa do Consumidor e do Código Civil, sem nenhuma análise a respeito da violência obstétrica alegada pela parte.

O julgado seguinte trata da alegação de discriminação da gestante, portadora de HIV, violência obstétrica e negativa da presença de acompanhante durante o parto²²¹. A narrativa da autora, no entanto, foi desconsiderada em favor da prova testemunhal produzida pela ré, sendo julgado improcedente o pedido em sentença mantida pelo tribunal. O acórdão se vale de provimento regimental para apenas ratificar a decisão recorrida, razão pela qual repete a sentença, da seguinte forma:

“Com efeito, a única testemunha inquirida, arrolada pela ré e que participou do parto da autora, disse em juízo que durante o parto não houve qualquer episódio de discriminação da autora, tendo a testemunha relatado que em momento algum foi comentado entre a equipe médica sobre a condição clínica da autora, ou seja, que ela era portadora do vírus HIV.

Relatou, a testemunha, ainda, que não houve assédio moral, que o parto evoluiu sem intercorrências e **que não se recordava se o médico subiu na autora para pressionar o nascimento do bebê.** Entendo, assim, que a prova testemunhal colhida não apresenta qualquer indício de a autora ter sido vítima de assédio moral, de discriminação e/ou de violência obstétrica.

Por outro lado, é certo que a parturiente tem o direito de ter um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assim estabelece o art. 19- J, da Lei nº 8.080/90. No caso em apreço, porém, conquanto a autora tenha alegado na inicial que tal direito não lhe foi garantido pela ré, os elementos de prova que constam dos autos não são suficientes para corroborar tal alegação.”

²²¹ Apelação Cível nº 1000074-92.20208.26.0533, 11ª Câmara de Direito Privado, Relator Des. Afonso Faro Júnior, publicado em 03/02/2022.

A fundamentação da decisão, no sentido de que a autora não foi capaz de comprovar a violência obstétrica sofrida, mas por sua vez, a inocorrência é comprovada pela prova testemunhal produzida pela parte ré, ressalta novamente, como a temática está envolta em uma atmosfera desfavorável à demonstração das violações de direitos sofridas pela parte, eis que na maior parte dos casos, encontra-se sozinha nos ambientes onde as violações ocorrem ou suas testemunhas são desacreditadas pela proximidade da relação existente.

O último caso avaliado não se enquadra nos parâmetros estabelecidos, pois a criança sofreu lesões de natureza gravíssima e irreversíveis, mas a sua análise se revela de extrema relevância, uma vez que a prova pericial não só considera a violência obstétrica, como também apresenta conceituação extremamente atual a respeito²²². Vejamos:

“Preservado o entendimento do MM. Juízo a quo, há nos autos elementos suficientes para comprovar que a coautora Rosana foi vítima de violência obstétrica.

Conforme esclareceu o laudo pericial:

“...Consideramos a definição de violência obstétrica conforme publicada no International Journal of Gynaecologists and Obstetricians (2010): caracteriza-se como violência obstétrica “...a apropriação do corpo e do processo reprodutivo das mulheres pelos profissionais de saúde, o que é expresso como um tratamento desumanizado, um abuso de medicação, e na conversão de um processo natural em um patológico, acarretando perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.”

Embora a prova oral produzida seja no sentido de que não foram utilizadas as manobras de Valsalva e Kristeller (fls. 1.455/1.458), não havendo, igualmente, necessidade do consentimento da paciente, por escrito, para que cada um dos procedimentos adotados no parto fosse realizado, deve-se dar crédito ao relato da coautora Rosana e às observações e conclusões do laudo pericial.

Conforme observou a perita:

“A Organização Mundial da Saúde não recomenda amniotomia nem ocitocina para condução de um parto que evolui satisfatoriamente (4, 14). Na verdade, analisando o partograma, conduta expectante poderia perfeitamente ter sido adotada. Na diretriz da OMS sobre condução do parto e nas revisões sistemáticas da Biblioteca Cochrane

²²² Apelação Cível nº 1004083-03.2017.8.26.0566, 1ª Câmara de Direito Privado, Relatora Des. Christini Santini, publicado em 18/08/2020.

se demonstra que amniotomia não encurta o trabalho de parto (14, 15) e que o único benefício da ocitocina é o encurtamento do trabalho de parto (14, 16), sem efeito sobre a taxa de cesárea, devendo as mulheres ser informadas sobre esses efeitos quando se vai propor o procedimento (14-16)” (fls. 1.193/1.194).

Na hipótese dos autos, não consta ter a coautora Rosana ter sido informada, ainda que verbalmente, de todos os efeitos decorrentes da amniotomia (ruptura artificial da bolsa). A testemunha Carla (fls. 1.455/1.456) afirma apenas que a ruptura da bolsa ocorreu de comum acordo entre médica e casal.

Também observou a perita que:

“Na contestação sobre manobra de Valsalva, a dra. Jaqueline diz que tal procedimento não é utilizado em Obstetrícia e apenas é usado para avaliar perda urinária, o que não é verdade. De fato, “Manobra de Valsalva” corresponde à equivocada orientação de “trincar os dentes e fazer força” (mantendo a glote fechada) para empurrar o concepto para baixo, o que é referido ter sido orientado à parturiente pela própria. **Essa manobra não é necessária e pode ser deletéria, podendo levar a acidose fetal e neonatal (7-10). No entanto, é uma orientação frequente e a denúncia da requerente deve ser levada em consideração, porque obstetras não costumam anotar esse tipo de orientação no prontuário.**

Em relação à manobra de Kristeller (pressão do fundo do útero), que é descrita pelos requerentes, embora negada pela Dra. Jaqueline, **a palavra da mulher em relação a uma violência sofrida não deve ser questionada ou colocada em cheque, pois isso se trataria de vitimização secundária.**

Sabe-se, ademais, que esse procedimento é considerado invisível, pois não é relatado pelos médicos ou pela equipe de enfermagem nos prontuários. Na pesquisa “Nascer no Brasil”, apesar de descrito por 37% das entrevistadas (17), em nenhum dos casos foi registrado no prontuário. Todavia, é muito difícil esquecer ou inventar que alguém empurrou com toda a força sua barriga com o braço na tentativa de **acelerar o nascimento!** A revisão sistemática da Biblioteca Cochrane faz notar a falta de evidências de sua efetividade e segurança (18) e há diversos relatos de casos catastróficos com sua realização, sendo a manobra contraindicada por diversos autores (11, 12), como na última versão do livro de Obstetrícia de Rezende (7), e também pelas Diretrizes Brasileiras de Assistência ao Parto Normal (2).” (fls. 1.194) (g.n.).

Assim, bem concluiu a perícia que “pela falta de esclarecimento sobre alguns procedimentos que se faz notar no relato da paciente, pela orientação dos puxos precoces e dirigidos com manobra de Valsalva na tentativa de fazer descer o concepto antes da analgesia e sobretudo pela realização de manobra de Kristeller, baseando-se em seu próprio e contundente relato” (fls. 1.214)(g.n.), **a coautora Rosana foi vítima de violência obstétrica.**

Conforme é possível observar, a prova pericial realizada nos autos foi categórica ao identificar a ocorrência da violência obstétrica no atendimento realizado, sendo também de extrema relevância notar que a perícia se valeu dos dados técnicos mais recentes a respeito da violência obstétrica e amplia o escopo de análise para ressaltar que a prática médica encontrada na atualidade ainda não reflete as melhores recomendações dos órgãos de saúde, ressaltando as ocorrências invisibilizadas pelos profissionais de saúde. Com fundamento nestas conclusões da perícia, devidamente embasadas, o acórdão diverge do julgador singular e reconhece a ocorrência da violência obstétrica. Todo este conjunto representa uma situação incomum nos julgados analisados nesta pesquisa.

5.2.3 - Análise do inteiro teor dos julgados encontrados na pesquisa no Tribunal de Justiça de Minas Gerais

a) análise dos julgados com marcador “violência obstétrica”

No Tribunal de Justiça de Minas Gerais foi encontrado um acórdão no qual o marcador “violência obstétrica” está presente na ementa²²³. Trata-se de ação de indenização na qual a parte autora indica várias condutas características da violência obstétrica cometidas pelo médico réu, tais como tratamento violento, xingamentos, manobra de Kristeller e realização de episiotomia sem autorização, em atendimento na esfera particular de atenção médica. A sentença, mantida pelo Tribunal, é de improcedência diante da ausência de comprovação dos fatos narrados.

Na narrativa inicial a autora afirma que encontrou dificuldades em apresentar comprovação dos fatos narrados diante da impossibilidade de realizar qualquer registro durante o atendimento e parto, tais como fotos e vídeos, bem como que o depoimento da médica residente, presente no parto, seria resultante de corporativismo médico.

²²³ Apelação Cível n 1.0000.22.025560-8/001

Na fundamentação, assim afirma o acórdão:

Analisando com redobrada atenção os autos e conforme bem fundamentado na sentença primeva, tenho que a Apelante não logrou êxito em comprovar a conduta ilícita imputada à parte ré, ora Apelada, elemento indispensável à configuração de sua responsabilidade civil.

Isto porque, inobstante as alegações da Apelante, esta não trouxe aos autos a mínima comprovação dos fatos alegados, ausente, também, a seu favor, o depoimento da médica residente que acompanhou seu parto.

É importante esclarecer, que este juízo está ciente da questão da violência obstétrica denunciada no cenário mundial e, também, no território nacional, compreendendo a gravidade da situação traumática relatada, no entanto, obediente ao seu dever de imparcialidade, deve-se ater aos fatos efetivamente comprovados segundo o procedimento legal, atuando de modo a garantir a segurança jurídica no processo, princípio este que tem fundamento na Constituição Federal.

Nesta esteira, observa-se que a Apelante não se desincumbiu de comprovar a existência de ato ilícito cometido pelo Apelado, não havendo, assim, como alterar a sentença ora atacada.

Observa-se, no teor do *decisum* que há uma compreensão a respeito da temática da violência obstétrica, pelo órgão julgador, inclusive com o reconhecimento de que a parte autora teve uma experiência traumática, mas que a análise da ocorrência da violência efetivamente restou prejudicada diante da impossibilidade de comprovação dos fatos narrados. Este julgado ilustra bem o contexto de dificuldades encontrado pelas mulheres no que concerne à prova das circunstâncias de violência sofridas, pois em muitos casos há somente o relato das vítimas e dos profissionais presentes no ato, que nem sempre identificam a ocorrência das violências ou acabam por não prestar depoimentos com receio das repercussões que podem sofrer.

b) análise dos julgados com marcador “erro médico” e “parto”

Dentre os acórdãos identificados com os marcadores de pesquisa “erro médico” e “parto” foram selecionados para análise do inteiro teor aqueles nos quais houve abordagem de situações de violência obstétrica, ainda que a nomenclatura específica não tenha sido utilizada pelos julgadores. Para a avaliação da integridade dos julgados foram considerados apenas casos que envolveram situações de violência com as gestantes, sem lesões graves ou mortes. Nestes critérios foram identificados 4 acórdãos.

Na pesquisa com marcadores “erro médico e parto” foram localizados 38 acórdãos nos anos de 2020, 2021 e 2022, sendo que destes foram descartados 14 por se tratarem casos envolvendo mortes (gestante ou bebê), outros 16 por envolverem lesões de gravidade à gestante ou lesões envolvendo os bebês e outros 4 por não apresentarem relatos de violência obstétrica.

O primeiro julgado analisado se refere ao caso de uma gestante de 14 anos que, tendo morte fetal identificada em um exame de ultrassom, foi encaminhada ao hospital para indução do parto, onde a expulsão do feto ocorreu sem nenhuma assistência, sem a presença do acompanhante, impedido de ingressar na sala e ao final negado o direito a ver o bebê nascido morto e ao seu enterro.²²⁴

A ação foi movida 5 anos após estes fatos, quando a autora foi chamada ao hospital onde ocorreu o parto e lá recebeu uma caixa de isopor com o feto conservado em formol. Na ocasião foi informada pelo médico que acompanhou seu pré-natal de que o bebê foi localizado nas dependências hospitalares naquele momento e que ela poderia promover o enterro. A autora, que em muitas ocasiões compareceu ao hospital buscando informações sobre os restos mortais da criança, se recusou a assinar a documentação que o médico apresentou e foi a uma delegacia para realizar um boletim de ocorrência.

O pedido foi julgado procedente, tendo sido a sentença mantida pelo Tribunal de Justiça que, ao reconhecer a ocorrência de dano moral, abordou também a ausência de atestado de óbito assinado pelo médico assistente e a violência obstétrica sofrida pela autora, assim afirmando:

“No caso específico, sustenta a autora ter realizado o pré-natal e o parto com o médico requerido. Afirma que, em 09/09/2009, deu entrada no Hospital Lar Irmã Maria Augusta, onde deu à luz uma criança do sexo feminino.

Narra que, à época, estava com sete meses de gestação e que se tratava de parto de risco, sendo, no entanto, informada de que a criança nasceu sem vida. **Salienta que, apesar de ter solicitado o sepultamento, o Dr. Maury teria informado que o feto "tinha o tamanho de uma caixa de fósforos, sendo que a requerente por ser uma pessoa simples e com**

²²⁴ Apelação Cível nº 1.0083.15.001556-4/001, 5ª Câmara Cível, Relator Des. Carlos Levenhagen, publicação 04/11/2022.

apenas 14 (catorze) anos de idade, acabou se conformando e foi embora para a sua casa".

Todavia, afirma que, em 2014, a diretora do hospital contatou a requerente, informando que o feto se encontrava no local e que deveria solicitar a liberação do feto para a realização do sepultamento ao Dr. Maury.

Argumenta que, assustada e angustiada, ao comparecer ao hospital, a diretora, Sra. Lúcia, e o médico, Dr. Maury, **lhe entregaram "uma caixa de isopor com um feto totalmente formado"**.

Alega ter realizado boletim de ocorrência do fato, mas que, **até a data do ajuizamento da ação, não havia conseguido a liberação do feto para sepultamento**. Assim, sob a alegação de evidentes "lesões materiais, psicológicas, morais e físicas que atingiram a requerente" requer a condenação dos réus ao pagamento de indenização por danos morais.

(...)

Dessa forma, é certo que o **primeiro requerido deveria ter prestado a devida assistência à autora, informando devidamente sobre a situação e fornecendo-lhe declaração de óbito de sua filha**, o que, todavia, não ocorreu.

Com efeito, o art. 196, da CF/88 assegura que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.". Destarte, o direito à saúde, em razão de sua natureza - direito fundamental - se sobrepõe a qualquer tipo de regulamentação ou burocracia a inviabilizar o seu pleno exercício." (grifos nossos)

O acórdão ainda cita o artigo 8º do Estatuto da Criança e Adolescente que trata dos direitos assegurados à gestante e recém-nascido para ilustrar a violação aos direitos fundamentais ocorrida no caso, bem como apresenta uma abordagem sobre violência obstétrica apresentada em artigo científico publicada na revista do Centro de Estudos Judiciários do Conselho da Justiça Federal²²⁵. Assim, é possível observar que o julgado vai além das análises corriqueiras da responsabilidade civil para casos de violência obstétrica, buscando fundamentação em dispositivos legais que abordam direitos assegurados às gestantes na legislação nacional.

O próximo julgado cujo teor foi avaliado, no entanto, já não apresenta uma percepção além da ótica da responsabilidade civil decorrente do erro médico. O caso versa sobre a atenção médica dispensada à autora no momento no parto quando o bebê sofreu morte intrauterina²²⁶.

²²⁵ O artigo citado pelo acórdão é de autoria de Luaralica Gomes Souto Maior de Oliveira e Aline Albuquerque, denominado "Violência Obstétrica e Direitos Humanos dos Pacientes" que informa ter sido publicado na Revista CEJ, Brasília, Ano XXII, n. 75, p. 36-50, maio/ago. 2018.

²²⁶ Apelação cível nº 1.0000.22.253938-9/001, 10ª Câmara Cível, Relatora Des. Jaqueline Calábria Albuquerque, publicado em 24/01/2023 (julgamento em 15/12/2022).

De acordo com a narrativa apresentada pela autora, após dar entrada no hospital em trabalho de parto e realizar exames, ela foi deixada sozinha com a acompanhante em uma sala, onde deu à luz seu bebê sem vida, contando com a assistência somente da acompanhante e outra senhora que estava por perto e não era da equipe de saúde. Atribui a morte da criança à demora no atendimento. A sentença de improcedência do pedido está fundamentada na prova pericial e na análise do prontuário médico que atestam, contrariamente ao afirmado na narrativa inicial, que a família da autora fora informada sobre o óbito do bebê horas antes do parto e que a autora narrou ter sofrido uma queda na véspera do parto e que deixou de perceber os movimentos fetais. A sentença foi mantida pelo acórdão da seguinte forma:

“Feitas essas considerações iniciais e passando à análise dos autos, verifica-se, como bem registrou o magistrado singular, a **ausência de imperícia ou negligência da médica que examinou a gestante, momentos antes desta expelir o feto de seu corpo.**

Isso porque, analisando detidamente o laudo técnico pericial produzido sob o crivo do contraditório, os prontuários e, além disso, os receituários médicos, verifica-se, primeiramente, que a gestante deu entrada no nosocômio requerido às 08h54min do dia 05/11/2016 queixando-se de sangramento e perda de líquido, tendo sido classificada na cor laranja, ou seja, em situação de urgência, sendo que o prazo de seu atendimento poderia ser realizado em até trinta minutos, conforme elucida o Protocolo de Manchester.

Sucedendo que após ter sido encaminhada às 09h15min - dentro do prazo necessário - para a realização da ultrassonografia obstétrica (doc. único TJMG - fl. 107), fora constatada, exatamente às 09h40min, a ausência de batimentos cardíacos e de movimentos do feto, veja-se:

Resultado da ultrassonografia (doc. único TJMG - fl. 108).

Após, a família da gestante fora informada acerca do óbito fetal e às 11h10min a autora entrou em trabalho de parto para expulsão do feto natimorto, tendo este terminado às 13h00min.

À vista disso, importa destacar que antes mesmo da autora ser atendida no hospital requerido a sua acompanhante relatou que ela teve uma queda da própria altura na noite anterior, não mais sentindo, desde então, os movimentos do bebê. Confira-se:

Relatório de Enfermagem (doc. único TJMG - fl. 112).

Peço vênica para transcrever, por oportuno, o seguinte excerto do parecer do assistente técnico colacionado às fls. 290-294 (doc. único TJMG), **donde se verifica a necessidade de deslocamento imediato ao hospital após a verificação de ausência de movimentos fetais:**

"A informação mais relevante e que foi admitida pela Autora nos trabalhos periciais é que ela notou que na noite, véspera de ir ao hospital, seu bebê não estava se movimentando mais. Notou isso quando a bolsa rompeu, ainda em seu domicílio. A falta de movimentação de um

feto é algo que deve ser checado imediatamente, pois pode significar morte fetal." (g.n).

Assim, restaram demonstrados fortes indícios de que a criança teria falecido horas antes da gestante ser atendida no hospital, sendo a queda da autora a possível causa da morte.

De mais a mais, observando detidamente os horários em que a requerente foi atendida, de realização dos exames, de recebimento dos resultados e, por fim, da expulsão do feto, não verifico qualquer demora ou falha no atendimento prestado.

Frisa-se que embora a autora tenha relatado que sua acompanhante e uma mulher que se encontrava na sala realizaram o seu parto, os documentos acostados revelam que a equipe de enfermagem estava a todo o momento auxiliando e que, posteriormente, o natimorto foi encaminhado ao berçário para demais cuidados (doc. único TJMG - fl. 143).

Nesse sentido, era ônus da gestante comprovar os fatos constitutivos de seu direito (art. 373, I, do CPC), qual seja demonstrar que houve desídia da médica com relação ao parto do natimorto.

Entretanto, apesar de afirmar em impugnação à contestação que "ficou sem assistência desde as 10h00min até às 13h00min somente acompanhada de sua sogra, durante todo esse tempo", ela não requereu a devida prova oral necessária para o deslinde da controvérsia, limitando-se a pugnar pelo julgamento antecipado do mérito, conforme fl. 320 (doc. único TJMG), e, além disso, deixou de impugnar, também, o laudo pericial colacionado (doc. único TJMG - fl. 313).

Mais uma vez, transcrevo trecho do parecer do assistente técnico juntado aos autos:

(...) ela foi atendida inicialmente pela médica às 9h22 (na verdade este horário corresponde ao registro no sistema que, normalmente é feito após o atendimento, tendo sido o atendimento real provavelmente antes desse horário), logo após sua chegada ao hospital e a anotação de ultrassom com resultado confirmando morte fetal é de 9h40. Assim, entre o exame de sonar suspeitando-se da morte fetal e a confirmação pelo ultrassom, se passaram apenas 20 minutos aproximadamente, mostrando um atendimento rápido." (g.n)

Logo, restando demonstrado nos autos que a Dra. Eliane, segunda apelada, não incorreu em qualquer conduta culposa, mas que, por outro lado, buscou a todo o momento atender a gestante de forma zelosa, aplicando todos os seus esforços e utilizando de todos os meios adequados, não há que se falar em configuração de responsabilização civil subjetiva desta e do nosocômio demandado, inexistindo, desse modo, qualquer dever de indenizar.

Não se descarta o abalo sofrido pelos pais com a morte da criança, situação esta que certamente lhes causou angústia e sofrimento. **Contudo, inexistem nos autos elementos suficientes para atribuir a responsabilidade aos requeridos, tendo em vista que o feto já chegou sem vida ao hospital e, por consequência, a gestante foi atendida dentro dos parâmetros da normalidade.**

A decisão em comento apresenta alguns pontos de crucial relevância no que diz respeito à verificação da ocorrência de violência obstétrica nos padrões da abordagem calcada na responsabilidade civil decorrente do erro médico. Inicialmente é importa destacar que a decisão demonstra que a condução do processo não se fez por uma ótica feminista, uma vez que revela a inexistência de qualquer indagação a respeito da forma como se deu o atendimento de saúde recebido pela autora, atendo-se, somente à indagação a respeito da técnica médica utilizada na assistência prestada.

A ótica feminista, no presente caso, teria questionado a respeito do recebimento pela autora de informações adequadas a respeito do estado de saúde do bebê, já que há afirmação apenas de que “a família da gestante fora informada acerca do óbito fetal” sem notícias de que a própria gestante o fora e, principalmente, se foi capaz de assimilar tal fato. A narrativa inicial dá a entender que a autora foi surpreendida com o nascimento de bebê sem vida e que sentiu que esteve sem atendimento médico desde o momento em que realizou o exame de ultrassom até a conclusão do período expulsivo, tendo pedido ajuda a uma pessoa estranha à equipe de saúde do hospital.

Estas circunstâncias, caso confirmadas, revelam a ocorrência inequívoca da violência obstétrica, diante da violação de direitos fundamentais da mulher como acesso à informação adequada a respeito de seu estado de saúde e do bebê, atendimento médico e psicológico para o momento do parto e para lidar com a perda gestacional. Estes direitos estão assegurados em inúmeros dispositivos legais do ordenamento jurídico, inclusive sendo parte dos compromissos assumidos pelo governo brasileiro ao recepcionar diplomas internacionais relacionados ao combate à violência de gênero, conforme já relatado no capítulo 2.

Além desta ausência de abordagem das obrigações legais que deveriam ter sido observadas no atendimento destinado à autora em momento tão delicado, é possível ainda verificar uma tendência do laudo pericial, repetida pelo julgador, de culpar a gestante pela morte do bebê quando afirma que ela reconheceu que caiu na véspera e não procurou assistência médica imediatamente ao perceber ausência de movimentação do feto, repetindo um estereótipo prejudicial às mulheres que pode ser responsável por uma desumanização de sua condição e normalizando padrões de violência.

Com efeito, esta normalização de padrões violentos de atendimento médico às mulheres está reafirmada na decisão quando diz que seu atendimento ocorreu dentro “dos padrões de normalidade” ao invés de questionar o que seria um padrão adequado de atendimento.

A situação apresentada nesta demanda é emblemática da possibilidade de ocorrência de violência obstétrica ainda que ausente o erro médico, demonstrando que a abordagem de tais situações somente pela ótica da avaliação de imprudência, negligência e imperícia não será capaz de absorver todas as possibilidades da responsabilidade civil no contexto da violência obstétrica.

O caso seguinte²²⁷ apresenta um cenário no qual a gestante afirma que durante o pré-natal recebeu indicação de cesariana e, quando entrou em trabalho de parto e se dirigiu para a maternidade, assim esperava, mas este pedido foi rejeitado, sendo procedido o parto vaginal. O parto não prosseguiu bem e foi realizada manobra de Kristeller, utilizado fórceps e realizada episiotomia, que resultaram em uma fístula reto vaginal que ocasionou sua incapacidade laborativa parcial até o momento da propositura da ação, quando ainda não havia sido solucionada, inobstante a realização de duas cirurgias.

O pedido foi julgado improcedente sob a alegação de que não houve comprovação do erro médico. O acórdão manteve a improcedência do pedido com a fundamentação que se passa a ressaltar a seguir. Inicialmente é importante demonstra que já na delimitação da lide é possível perceber a incompreensão do tema pelo julgador quando afirma que:

“A discussão que emerge dos autos envolve a responsabilidade civil de profissional da medicina e de instituição hospitalar **por suposto erro médico ao utilizar o fórceps e realizar episiotomia (incisão realizada no períneo para ampliar o canal do parto) durante o procedimento.**” (grifo nosso)

²²⁷ Apelação Cível nº [1.0000.22.025560-8/001](#), 9ª Câmara Cível TJMG, Relator Des. Amorim Siqueira, publicado em 03/05/2022.

Conforme pode ser observado, o julgado não identifica a manobra de Kristeller narrada pela autora como parte do cenário das violências sofridas pela autora, nem mesmo o seu desejo de não ser submetida a um parto “normal”, mas sim, cirúrgico. E segue afirmando:

Do contexto probatório apresentado, notadamente o laudo pericial produzido em primeira instância, é possível concluir que a autora deu entrada no "Hospital e Maternidade Santa Fé no dia 31/12/2014 às 04h52min com 4 cm de dilatação de colo uterino. Apresentou boa evolução com contrações uterinas ativas e às 06h40min já apresentava dilatação de 9/10 cm, sendo o trabalho de parto concluído às 06h59min"

Portanto, a assertiva da autora de que esperou longas horas para efetivação do procedimento não merece prosperar, tampouco há provas de que o parto natural era contraindicado naquele momento.

Ficou demonstrado também que, no período expulsivo, já com o feto pressionando a região perineal, foi observada parada de progressão fetal. **Ante tal intercorrência foi necessário o uso do fórceps de alívio associado a episiotomia para o êxito do procedimento e preservação das vidas de mãe e filha.**

Após o parto a autora apresentou fistula reto vaginal (comunicação anormal entre o reto e a vagina) e, mesmo tendo se submetido a tratamento cirúrgico em outro nosocômio para correção do dano, 30/05/2017 e 17/07/2017, não obteve sucesso. **Aqui, cumpre registrar que o parto ocorreu no ano de 2014 e as tentativas para solucionar o dano se deram cerca de três anos e meio depois. Pelos elementos dos autos, constata-se que a requerente, à época dos fatos, sequer retornou ao hospital, ora apelado, tampouco entrou em contato com o médico responsável para relatar a questão.**

Na esteira do entendimento lançado na origem, tenho que a prova coligida ao caderno processual, cumprindo ressaltar que **à autora é destinado o ônus de comprovar o fato constitutivo do seu direito, não esclareceu suficientemente qualquer falha técnica ou conduta imperita durante a execução do parto.**

O aparecimento de fistula reto-vaginal não significa, necessariamente, a ocorrência de erro médico, por consistir em complicação prevista na literatura médica possível de ocorrer quando o parto natural para de progredir. Também não restou evidenciado que o procedimento deixou de ser executado de acordo com a técnica médica indicada. (grifo nosso)

Conforme se observa da fundamentação do acórdão, a manutenção da improcedência do pedido se deve ao fato de que não há comprovação de que as manobras realizadas pela médica e suas consequências resultaram de erro médico. Contrariamente a isso, é afirmado que foram realizadas para salvar a vida de mãe e bebê.

Nada é mencionado na decisão a respeito da manobra de Kristeller, cuja prática não é recomendada pela Organização Mundial de Saúde em virtude da associação a sérias lesões ocasionadas à gestante e à criança. Nada é falando também, a respeito do desejo da autora de realizar um parto cirúrgico, diante da informação recebida no pré-natal de que “não teria passagem”, apenas foi afirmado que não havia indicação para o parto cirúrgico. O que se depreende da exposição do caso e da fundamentação do julgado é que o parto da autora poderia ser enquadrado em um caso de “sucesso”, já que nem a mãe, nem o bebê morreram e que suas lesões são temporárias.

Uma abordagem que considerasse a violência obstétrica, no entanto, apresentaria questionamentos a respeito da realização de parto vaginal quando a gestante expressamente se manifestou contra, bem como sobre a progressão do parto para um desfecho violento que ocasionou uma lesão considerável no assoalho pélvico da autora. Esta abordagem também levaria em consideração o fato de que a gestante não retornou ao mesmo hospital para procurar tratamento, o que é forte indicativo de trauma. Mas nenhuma destas questões foram levantadas no julgamento da lide, sendo ainda, chanceladas as condutas que ocasionaram a violação de direitos fundamentais da autora, compreendidas como normais e parte do atendimento médico de qualidade. Por fim, ainda é possível identificar no julgado a tendência a culpabilizar a parte por sua condição, já que é afirmado que ela somente procurou tratamento 3 anos após os fatos.

Em outro caso avaliado, ocorreu uma infecção pós-parto decorrente do esquecimento de um tampão no canal vaginal da autora.²²⁸ O pedido foi julgado procedente, em sentença mantida pelo acórdão, com a condenação do médico e do hospital (conveniado ao SUS) ao pagamento de indenização por dano moral. É importante ressaltar que a defesa do médico afirmou que a autora foi informada, na mesa cirúrgica sobre a necessidade de que retornasse ao hospital em 3 dias para a retirada do tampão. Sobre este tema, destaca-se o que afirmou o acórdão:

²²⁸ Apelação Cível nº 1.0738.20.002063-9/001, 20ª Câmara Cível, Relator Des. Fernando Lins, publicado em 07/06/2021.

“No "laudo médico para emissão de autorização de internação hospitalar" da FUNDAJAN, assinado pelo apelante ABDIAS AGUIAR em 07/12/2009, a justificativa da internação indica "paciente com infecção puerperal por corpo estranho (compressa) no canal vaginal que foi colocado como tampão no pós-operatório" (evento n. 03 - fl. 12). No "sumário de alta" da FUNDAJAN assinado pelo mesmo profissional em 09/12/2009, o campo "diagnóstico final" também indica "infecção puerperal" (evento n. 03 - fl. 15).

Sustentam os apelantes/réus que **a paciente foi orientada para que em três dias, no máximo, procurasse o Hospital Municipal de Jaíba para a retirada do tampão inserido após o procedimento de cesárea**, conforme narrado em declaração assinada pelo profissional médico Aderson Aguiar, que atuou no atendimento à autora em 20/11/2009 (evento n. 20 - fl. 178).

No entanto, **verifico que em nenhum dos documentos juntados aos autos é possível visualizar o registro da supracitada orientação à paciente acerca da retirada da compressa**. Ao contrário, o "sumário de alta" pós-parto assinado pelo apelante ABDIAS AGUIAR em 21/11/2019 e por ele mesmo juntado aos autos (evento n. 09 - fl. 70) não indica qualquer informação no campo "orientação para o caso após alta".

Diante do escorço fático e jurídico dos autos, não há como deixar de reconhecer que o médico falhou ao prestar seus serviços e, por conseguinte, a entidade hospitalar, não tendo informado adequadamente a autora acerca da necessidade de retornar ao hospital após procedimento de cesárea para retirada de tampão, restando averiguar se houve danos à esfera extrapatrimonial da autora decorrentes dessa má atuação.

E ainda, destaca-se a manifestação da desembargadora Lilian Maciel:

No caso destes autos, a prova documental emerge para a existência de uma conduta culposa do médico, na medida em que há um nexo de causalidade entre a infecção que acometeu a autora e a gaze deixada no canal vaginal por ocasião da cesariana.

Ainda que esse procedimento fosse necessário para estancar o sangramento como alegou o réu, ou seja, que se tratasse de uma conduta correta, **certo é que desembocou numa situação de negligencia, em razão da não observância do direito de informação à paciente**.

Isto porque, embora haja nos autos a declaração do anestesista que acompanhou o parto indicando que o réu teria informado a autora que deveria retornar ao hospital para a retirar da tal gaze, esse relato mostra-se anêmico e frágil diante da prova documental (f. 216/217). **Até porque causa estranheza o teor da declaração ao indicar que a orientação feita pelo réu se deu em meio a uma sala cirúrgica ! Afinal se assim o fosse, qual o grau de certeza de que a autora realmente compreendeu tal orientação após uma cirurgia ?**

(...)

Nesse cenário, pode-se falar por certo numa **presunção de culpa do médico, já que falhou no dever de informação**. Essa presunção ocorreria apenas em procedimentos de baixíssimo grau de risco à saúde do paciente e que desembocam em um quadro de dano grave.

Conforme pode ser observado, o acórdão reconhece a ocorrência do dano em virtude da falha no dever de informação do médico, pois este deu uma orientação altamente relevante à autora enquanto ela estava na mesa cirúrgica, ao final do parto, ainda sob efeito de anestesia e forte emoção com o nascimento da criança. Após o parto, nada mais foi dito a respeito da necessidade de retorno ao hospital para a retirada do tampão cirúrgico, o que ocasionou uma séria infecção puerperal. Ainda que não tenha ocorrido a avaliação do caso sob a ótica da violência obstétrica, o acórdão, mas especificamente a manifestação da desembargadora ao votar, reconhece na conduta do réu a violação aos direitos da gestante com a orientação prestada no momento em que ela não tinha condições de assimilar adequadamente.

Outro ponto relevante da questão é o fato de que a conclusão pelo erro médico ocorreu sem se apoiar em prova pericial para demonstração do nexo de causalidade, sendo suficientes os próprios prontuários de atendimento no momento do parto e no momento da internação para tratamento da infecção, mesmo diante da alegação dos réus de que a autora não comprovou suas alegações. À demanda não foi aplicado o Código de Defesa do Consumidor, uma vez que o hospital particular prestou atendimento no âmbito do SUS, inexistindo assim a inversão do ônus da prova, o que revela uma percepção mais ampla dos fatos pelo julgado, com o reconhecimento da negligência médica pela falta do dever de informação da paciente.

5.2.4 - Análise do inteiro teor dos julgados encontrados na pesquisa no Tribunal de Justiça do Espírito Santo

Na pesquisa realizada no site do Tribunal de Justiça do Espírito Santo foram encontrados 6 resultados para o termo “violência obstétrica” na ementa de julgados nos anos de 2020 (nenhum resultado), 2021 (2 resultados) e 2022 (4 resultados) dos quais 1 era repetido e 1 era referente a julgamento de embargos de declaração de processo já constante nos resultados sendo, portanto, descartados. Também foi descartado um dos julgados que tratava de caso de morte do bebê. Assim, foram considerados 3 julgados para análise do teor.

O primeiro acórdão²²⁹ trata de uma ação de indenização proposta pela gestante e seu companheiro contra o plano de saúde e hospital do plano de saúde, diante do tratamento recebido no atendimento e pela impossibilidade da presença do companheiro da gestante, pai da criança, durante o parto e do cinegrafista por eles contratado. Segundo o relato da autora, durante todo o período em que esteve em trabalho de parto sofreu com tratamento desrespeitoso da equipe de saúde, foi colocada em maca inadequada que lhe causou agravamento de problemas lombares e que o parto ocorreu no centro cirúrgico e não na sala de parto humanizado, conforme contratado.

A argumentação da parte ré para descaracterizar a ocorrência de violência obstétrica foi no sentido de que não houve negativa da presença do acompanhante, mas sim uma evolução demasiadamente rápida no trabalho de parto que impediu que fossem tomadas as medidas de higiene necessárias a seu ingresso no centro cirúrgico. A sentença é de procedência do pedido com reconhecimento expresso de ocorrência de violência obstétrica diante da ausência do acompanhante no momento do parto.

O tribunal manteve a condenação e o reconhecimento da ocorrência de violência obstétrica, fazendo referência expressa aos termos da Lei 11.108/2005 que assegura à gestante esse direito no âmbito do SUS, com a compreensão de que tal direito se estende à rede particular de saúde, além de apresentar julgados no mesmo sentido para fundamentação.

Os demais fatos narrados pela gestante como caracterizadores de violência obstétrica, no entanto, não são mencionados na decisão, não havendo nenhuma indicação de que como foram abordados pela sentença. Assim afirma o acórdão:

“Todavia, conforme se pode verificar das filmagens acostadas aos autos, desde o momento em que o marido da gestante e o cinegrafista foram impedidos de entrarem no centro cirúrgico não houve qualquer indicação do que estava ocorrendo em seu interior, com o início efetivo do nascimento da criança e nem qualquer diligência ou iniciativa por parte dos funcionários das apeladas no sentido de providenciar a imediata realização dos procedimentos de higienização e paramentação para que o genitor e cinegrafista pudessem adentrar no ambiente e acompanhar o parto.

²²⁹ Apelação Cível n 0006448-88.2018.8.08.0024, Segunda Câmara Cível, Relator Des. Carlos Simões Fonseca, publicado em 03/03/2022.

Tem-se, pois, que **durante todo o período, ainda que relativamente breve, os profissionais permaneceram inertes em comunicar o apelado genitor e possibilitar, ao menos, a tentativa de que o mesmo pudesse acompanhar parte do nascimento, dando início aos procedimentos necessários para tanto.**

Verifica-se, assim, uma nítida falha na prestação do serviço nesse tocante, **que acabou por ensejar a violência obstétrica consubstanciada no desacompanhamento da gestante em momento tão delicado e importante como o do nascimento de seu filho.** Isso porque, embora as apelantes aleguem não terem impedido o ingresso do genitor e do cinegrafista, mas sim que a impossibilidade se deu em razão das circunstâncias do parto – demasiadamente breve – tem-se que, em verdade, em nada se movimentaram os profissionais no intuito de ao menos tentar possibilitar o ingresso dos acompanhantes, em flagrante inércia.”

Importante ressaltar que a decisão levou em conta todos os registros de vídeo realizados pelas partes autoras para identificar que em nenhum momento o acompanhante foi informado de que deveria promover a troca de roupa e demais procedimentos necessários ao ingresso no centro cirúrgico, contrariando a alegação da parte ré de que não teria havido tempo hábil.

E ainda, no tocante à legislação que confere à gestante o direito ao acompanhante:

Nesse sentido, saliento que tamanha a importância do atendimento integral da gestante, que foi editada a Lei Federal nº 11.108/2005, a fim de garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos seguintes termos: (...)

Assim, ainda que o referido dispositivo faça menção aos serviços prestados pelo SUS, evidencia-se a relevância e a seriedade com que deve ser enfrentada a matéria, que afeta, inclusive, a própria saúde psicológica dos genitores, e em especial da gestante, que deve ter assegurados todos os mecanismos de proteção da sua integridade, não limitando-se, pois, aos aspectos físicos.

Isso posto, tem-se que, excetuando-se os casos em que a presença do acompanhante constitua risco concreto à gestante ou aos envolvidos no procedimento de parto, **deve ser ao menos ofertada a possibilidade de que a parturiente seja acompanhada por alguém de seu desejo e confiança, o que não foi observado no caso em tela, posto que os profissionais das apeladas impediram o ingresso do genitor da criança e do cinegrafista, sob o posterior pretexto de que seria necessária a realização de procedimentos de higienização e paramentação,** mas não adotaram qualquer diligência para a efetivação de tais procedimentos tempestivamente.

A análise desta decisão ressalta o papel crucial que a apresentação de provas desempenha na solução das questões que envolvem a violência obstétrica, pois a lide foi solucionada, com o reconhecimento da sua ocorrência somente no que diz respeito aos fatos efetivamente comprovados com a filmagem da narrativa. As outras questões indicadas pela autora como sendo caracterizadoras da violência sequer foram apreciadas no julgado. Ademais, urge notar que a questão do direito ao acompanhante é tutelada por lei federal, o que certamente é um fator decisivo para a identificação de violação de direitos.

O próximo caso avaliado trata de ação movida contra a esfera pública, em virtude da queda da criança no momento do parto²³⁰. O relato da autora informa que durante o período em que esteve internada para o parto, permaneceu sem acompanhamento médico adequado, tendo solicitado que sua acompanhante chamasse o médico por três vezes até que ele finalmente veio e determinou sua transferência para a sala de parto. No momento em que sentou-se em cadeira de rodas para a transferência, no entanto, a criança nasceu, caindo de cabeça no chão. O atendimento ocorreu em hospital particular conveniado ao SUS, tendo sido aplicado ao caso, o CDC, bem como a responsabilidade civil objetiva por força do disposto no artigo 37 da Constituição Federal.

O acórdão assim afirma ao manter a procedência do pedido:

“Nessa linha intelectual, os documentos acostados aos autos são contundentes e aptos a demonstrar a veracidade dos fatos alegados pela parte autora, restando incontestado o prejuízo suportado pela mesma, por negligência da estrutura estatal.

Identificado o dano, o nexo causal e a culpa presumida, decorrente da responsabilidade objetiva, com base na teoria do risco administrativo e na conduta omissiva específica estatal no presente caso, bem como que não foi elidida a responsabilidade do hospital apelante/apelado, impõe-se a indenização pretendida, a título de danos morais, agindo com acerto a sentença objurgada.

(...)

²³⁰ 0002246-70.2014.8.08.0004, 3ª Câmara Cível, Relatora Des. Debora Maria Ambos Correia da Silva, publicado em 07/11/2022.

“Das provas constituídas nos autos e dos fundamentos ora expostos, verifico que o sofrimento da autora, na medida em que sua bebê nasceu e bateu com a cabeça no chão, podendo ter gerado várias sequelas, são capazes de configurar o dano moral apto a ensejar a condenação indenizatória, senão vejamos:

É fato que **a atitude dos funcionários/enfermeiros/rnédicos do hospital, destoa da segurança e do esmero que se espera de instituições de saúde no momento do nascimento de urna criança, e ainda mais por considerar que a gravidez da autora já era considerada de risco, por ser fumante e ter hipertensão gestacional**, conforme se verifica do seu histórico juntado aos autos (fls. 39-verso) (evento 6, Id. 1978481, fls. 115, grifo nosso)”

Observa-se, portanto, que o pedido foi julgado procedente diante do reconhecimento de que houve falha na prestação de serviço, no acompanhamento da autora no parto, ocasionando o evento danoso de o bebê nascer no corredor do hospital, sem qualquer assistência e cair de cabeça no chão. Nada é falado a respeito da ocorrência da violência obstétrica ou mencionada a violação de direitos sofrida pela autora, sendo a lide solucionada com base nas provas documental e testemunhal que corroboraram as alegações da parte autora.

O próximo acórdão²³¹ identificado aborda expressamente a questão da violência obstétrica. Trata-se de caso de realização de manobra de Kristeller em parto vaginal que resultou em graves lacerações perineais na gestante. Os casos de lesões graves não tiveram o inteiro teor avaliado nesta pesquisa, mas como se trata de um processo em segredo de justiça, inviabilizando o acesso à íntegra do acórdão, optou-se por apresentar a ementa do julgado para destacar a forma como foi reconhecida a ocorrência da violência obstétrica. Assim afirma:

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. ERRO MÉDICO. HOSPITAL PÚBLICO. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. PARTO NORMAL COM LACERAÇÃO DE 4º GRAU. UTILIZAÇÃO DE MANOBRA KRISTELLER. DISTRIBUIÇÃO DINÂMICA DO ÔNUS DA PROVA. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DA INEXISTÊNCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE A CONDUTA DA EQUIPE MÉDICA E O DANO. ÔNUS QUE INCUMBIA AO ESTADO. PREENCHIDOS OS REQUISITOS PARA A CONFIGURAÇÃO DA RESPONSABILIDADE

²³¹ Apelação Cível nº 0000699-91.2017.8.08.0035, 3ª Câmara Cível, Relatora Des. Eliana Munhoz Ferreira, publicado em 02/07/2021.

CIVIL. QUANTIFICAÇÃO DO DANO MORAL. MÉTODO BIFÁSICO. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.

1) Na hipótese em apreço, a requerente afirma que faz jus à indenização por danos morais em desfavor do Estado, visto que, no parto de seu terceiro filho, realizado em hospital público estadual, sofreu graves lesões na região vulvo perineal que teriam decorrido das condições de atendimento médico hospitalar, alegando erro e desídia por parte dos agentes de saúde do HEIMABA.

2) Do compulsar dos autos é possível constatar que a autora teve parto normal com laceração de 4º grau, o que ensejou a sua completa incapacidade laboral, tendo sido obrigada a passar a usar fralda, além de necessitar o auxílio de alguém do seu lado até mesmo para andar.

3) Não é possível ignorar a forma com que o parto normal foi conduzido pela equipe médica, saltando aos olhos a escolha pela utilização da manobra de Kristeller, que é desaconselhada veementemente tanto pela Organização Mundial de Saúde quanto pelo Ministério da Saúde. Cuida-se, pois, de **procedimento caracterizado mais modernamente como violência obstétrica, sendo altamente controvertido na literatura médica**. Com efeito, de há muito são registrados seus resultados deletérios tanto para a mãe quanto para a criança.

4) Conquanto lesões perineais sejam comuns em partos normais, **não há como deixar de reconhecer que, no caso da requerente, as lesões decorrentes do parto foram gravíssimas e provavelmente repercutirão pelo resto de sua vida, o que denota o evidente erro médico e a prática da citada violência obstétrica**. Deveras, conquanto a ocorrência de lacerações durante o parto transpélvico seja normal, é patente que o quadro clínico apresentado pela apelante foge à normalidade, indo muito além daquilo que se encontra dentro da denominada álea terapêutica (Alea therapeutike). **Na espécie, não só foi utilizado procedimento contraindicado pelas maiores autoridades de saúde do país e do mundo, como também se verificou gravíssimos danos oriundo de sua prática**.

5) **Por mais que o perito judicial não tenha certificado a existência de nexos causal entre a manobra de Kristeller e a laceração de 4º grau, também não afastou a possibilidade de tais eventos estarem correlacionados. Portanto, a ausência de prova em sentido contrário favorece a requerente, visto que o Juízo de 1º grau deferiu o pedido de distribuição dinâmica do ônus da prova, com amparo no art. 373, §1º, do CPC/15.**

6) Preenchidos os pressupostos para a configuração da responsabilidade civil do Estado (art. 37, §6º, da Constituição Federal), eis que o conjunto probatório carreado aos autos indica que houve erro médico cometido pela rede de saúde estadual, razão pela qual a apelante faz jus à indenização por danos morais, diante da notória violação à sua esfera personalíssima, eis que o quadro clínico de saúde resultante do evento danoso demonstra grave e injusta ofensa à dignidade da pessoa humana.

7) No que concerne ao quantum debeatur , com o escopo de promover uma tutela jurisdicional mais uniforme, superando a ausência de balizas legais para o arbitramento da indenização, o Tribunal da Cidadania vem adotando o método bifásico, segundo o qual primeiro se arbitra o valor

básico da indenização considerando os precedentes jurisprudenciais acerca da matéria e, depois, verifica-se as circunstâncias particulares do caso, ajustando a quantia a tais peculiaridades.

8) Malgrado se reconheça as graves consequências no plano dos direitos da personalidade da autora, bem como as sequelas duradouras que advêm do erro médico, não se pode desconsiderar que ao menos o bebê se encontra saudável, não havendo notícia nos autos de que tenha sofrido qualquer complicação decorrente do parto. Bem por isso, considerando a gravidade das lesões sofridas pela autora, esta c. Câmara Cível entende que a quantia de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) se encontra em consonância com a jurisprudência deste Sodalício e se revela adequada para compensar os danos extrapatrimoniais.

Da ementa do acórdão é possível observar que houve uma abordagem da lide a partir da violência obstétrica, sendo inclusive mencionado o posicionamento da OMS recomendando que não seja mais realizada a manobra de Kristeller. Outro ponto relevante neste caso é a aplicação do disposto no artigo 375, § 1º do CPC, que reconhece que em casos de maior dificuldade a uma das partes ou maior facilidade à outra para obtenção das provas, a atribuição do ônus da prova pode ser feita de forma diversa pelo julgador. Nos casos que envolvem ocorrências de violência obstétrica há desequilíbrio entre as partes no que concerne à produção das provas e a aplicação deste dispositivo legal pode ser decisiva na lide.

Ainda que tenha sido reconhecida a ocorrência da violência obstétrica e que a produção da prova tenha sido redistribuída de forma ideal, é relevante notar que ao fixar o valor da indenização pelos graves danos sofridos pela gestante, o acórdão levou em consideração o fato de que o bebê nada sofreu com as violências cometidas. Aqui, relembramos que não foi possível acesso ao inteiro teor da decisão e, portanto, não há informações se o pedido de indenização contempla o bebê, mas a leitura da ementa não indica que tenha sido e, nestes termos, a decisão teria atrelado o valor da indenização ao sucesso do procedimento no que concerne a saúde do bebê e não exclusivamente o insucesso no que concerne a saúde da gestante.

Outro acórdão²³² identificado aborda a questão da violência obstétrica, ainda que nada fale a respeito, pois trata da realização de parto normal com episiotomia quando a gestante tinha o desejo de fazer parto cirúrgico.

²³² Apelação Cível Nº 0008722-10.2013.8.08.0021

“Segundo narra, após o atendimento, foi internada, sem medicações, e por volta das 2 horas da manhã do dia 26.07.2013, houve rompimento espontâneo da bolsa do líquido amniótico. **Porém, mesmo com o parto cesariana agendado pelo médico Joel Alves Rosa, Diretor Clínico da Maternidade, para as 8 horas do dia 26.07.2013, alega que somente foi iniciado o procedimento de parto normal mais de 12 (doze) horas depois do rompimento da bolsa.** Nesse ínterim, narra a autora que (i) sofreu dois desmaios, porque ficou sem se alimentar desde as 20 horas do dia 25.07.2013, (ii) o parto foi realizado por método não indicado, **com corte em seu períneo, o que teria ocasionado danos estéticos à mulher;** e que (iii) seu marido, ALEXANDRE RODRIGUES DE JESUS, **acionou a Polícia Militar, pois ficou impedido de assistir ao parto de sua companheira, bem como de receber informações de seu estado de saúde após a entrada na maternidade.** Conforme alega, também existe nexo causal entre a parada cardiorrespiratória do feto e o parto tardio, ocorrido por culpa do Recorrido.
(...)

Da detida análise da demanda, em que pese às alegações da Recorrente LUANA PEREIRA LIMA acerca dos danos morais e estéticos decorrentes do parto de seu filho e da longa espera no interior do Hospital Maternidade de Anchieta, **apesar da sensível situação narrada nos autos, não há comprovação de falha na prestação do serviço médico pelos médicos plantonistas do hospital naquela data.** Extrai-se da perícia realizada nos autos, fls. 246/254, a **conclusão de que não houve “doença(s), ocorrências, complicações, que possa(m) ser atribuída(s) ao atendimento prestado no Hospital de Anchieta, ou [elementos] que comprovem que o referido atendimento tenha ocasionado algum dano à saúde da autora”.** Acerca de eventuais danos estéticos, o laudo pericial ainda concluiu que **“não foi informada pela periciada e atendida no referido Hospital, queixas urinárias ou sexual, relacionadas aos procedimentos realizados durante o atendimento”.** Insta ressaltar que a própria autora/periciada, em exame clínico realizado para a prova técnica, negou que tenha ficado com problema de saúde, bem como informou que os pontos da episiotomia (corte do períneo para passagem do feto no momento do parto) caíram naturalmente.

Ao final, conclui o laudo técnico que “não há restrição, limitação e ou incapacidade, para atividades laborativas e ou da vida independentes, nem impedimentos para os cargos, funções ou empregos, realizadas sob esforço físico e apelo ergométricos, ausência de incapacidade laborativa, inclusive para atividades da vida independente e funções do lar. A periciada goza de saúde física e mental”. Da mesma forma, não ficou constatado o nexo causal entre a conduta dos médicos durante o trabalho de parto e no próprio parto da paciente com a parada cardiorrespiratória do feto, mesmo porque não houve dano decorrente da referida intercorrência à criança, que recebeu alta, no mesmo dia que a genitora, em 28.07.2013, conforme prontuário médico de fls. 126/127. Ao contrário, extrai-se da evolução da paciente, transcrita nos prontuários acostados aos autos, que a mesma foi acompanhada por médicos e enfermeiros desde a sua admissão no Hospital Maternidade de Anchieta, até o início do denominado trabalho de parto ativo, quando foi encaminhada para a sala de parto, no dia 26.07.2013. **No caso, não havendo erro médico comprovado, tampouco a existência de comprovação de falha na conduta médica, não há como reconhecer qualquer responsabilidade**

civil atribuível ao Recorrido. Por outro lado, no que se refere ao impedimento da entrada do genitor no interior do hospital, para acompanhar a parturiente durante todo o trabalho de parto, assiste razão aos Recorrentes.

(...)

Quanto ao valor devido à indenização pelo dano moral perpetrado, considera-se as particularidades do caso concreto, em que a internação foi realizada muitas horas antes do nascimento, com tempo mais do que hábil à adoção de providências de acompanhamento pelo genitor da criança, e sem causa comprovada de risco à parturiente ou ao recém-nascido, tratando-se de parto normal, sem qualquer registro de intercorrência prévia ou concomitante ao evento no prontuário médico, a indenização deve ser fixada em R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) em favor dos Recorrentes, montante apto a compensar o dano experimentado, sem ensejar enriquecimento sem causa.”

Conforme pode ser observado, a autora narrou ao menos quatro circunstâncias que são características de violência obstétrica, mas somente uma delas foi contemplada pelo acórdão, que é a negativa ao acompanhante. As outras situações narradas foram a não realização do parto cirúrgico, a recusa à alimentação e a episiotomia, que foram abordadas apenas sob a ótica da prova pericial, sendo que a falta de alimentação da autora que sofreu dois desmaios durante o parto, sequer foi mencionada. Da mesma forma não foi considerado o seu desejo de realizar o parto cirúrgico e seu incômodo com a episiotomia realizada. Nada foi mencionado sobre o aumento das dificuldades do pós-parto que este corte profundo no períneo acarreta, somente sendo considerado que o processo de cicatrização foi bem-sucedido.

Observa-se, portanto, que o reconhecimento do dano moral se deveu unicamente à previsão legal de direito à presença do acompanhante durante o parto e que as demais violências cometidas não foram identificadas pelo julgado que as considerou como partes integrantes do atendimento médico normal, uma vez que nenhum erro médico foi constatado.

5.3 – Conclusão sobre os resultados obtidos

Através da análise do inteiro teor dos acórdãos selecionados, foi possível identificar que os Tribunais de Justiça da Região Sudeste têm avaliado um grande contingente de casos envolvendo violência obstétrica, em sua maioria identificados como casos de erro médico.

Na parte quantitativa da pesquisa, os dados indicam que a maior parte dos processos identificados se refere a situações ocorridas no Sistema Único de Saúde, uma vez que foi identificado um total de 272 processos no somatório de todos os tribunais de justiça, sendo que 173 se referiram a atendimentos no SUS e 91 se referiram a atendimentos na rede suplementar.

Nos dados referentes ao tipo de parto, os partos vaginais no SUS são maioria com 84, enquanto os partos cirúrgicos são de 65, e os partos cirúrgicos na rede suplementar são maioria com 40 identificados, contra 35 vaginais.

Os casos de morte de criança representam uma grande quantidade dos casos levados ao judiciário, com o total de 76 casos, sendo 59 no SUS e 17 na rede particular. A morte materna também é maior no SUS, com 9 casos identificados e mais 4 referentes à rede particular. Já nos casos de lesões envolvendo as crianças correspondem ao total de 89, sendo 64 referentes a atendimentos no SUS e 25 referentes à rede particular, enquanto as lesões envolvendo gestantes encontradas são 38, sendo 24 no SUS e 14 na rede particular.

De acordo com os parâmetros estabelecidos na pesquisa foi analisado o inteiro teor de 25 acórdãos encontrados nos julgados de todos os tribunais de justiça contemplados, revelando uma reduzida quantidade de casos envolvendo eventos de violência obstétrica sem lesões de grande consequência física às gestantes. Foi observado que 12 dos 25 julgados se pautaram nas conclusões das perícias realizadas para solucionar os casos. Na avaliação desta pesquisa, foi concluído que em 12 dos julgados não foram reconhecidas ou analisadas situações de violação de direitos como as ocorrências de atendimento desrespeitoso por parte dos profissionais de saúde, violência verbal, privação da presença do acompanhante, inadequação das dependências hospitalares e outras formas de violência que estão na esfera do atendimento médico-hospitalar. Nestes julgados entende-se que houve a normalização de situações violentas no atendimento de saúde, diante da compreensão de que tais cenários são parte esperada durante o parto e o pós-parto.

Na análise do inteiro teor dos julgados foi possível identificar que há pouca utilização de doutrina com conceituação da violência obstétrica, sendo identificados apenas 2 acórdãos que se valeram deste recurso. Da mesma forma foi identificada pouca variedade de diplomas legais de garantia dos direitos das mulheres nos acórdãos analisados, sendo identificadas as seguintes leis e regulamentos como embasamento legal dos julgados:

- Lei do acompanhante, nº 11.108/2005;
- Estatuto da Criança e do Adolescente;
- Regulamento da ANVISA RDC nº 36 de 03/06/2008;
- Lei Municipal do Rio de Janeiro nº 6.898/2021;
- Resolução do CFM nº 2.284/2021 que trata do parto cirúrgico eletivo;
- Recomendações da OMS;
- Diretrizes do Ministério da Saúde.

Também foi possível observar que em vários julgados houve dificuldades decorrentes do confronto probatório entre as alegações da parte autora e da parte ré, havendo tendência ao descrédito das narrativas da gestante e de suas testemunhas. A questão da validação das alegações da parte representa um ponto extremamente sensível dos casos de violência de gênero, sendo inclusive objeto de orientações no Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero do CNJ, conforme apresentado no capítulo 4.

Outra dificuldade observada pela análise dos julgados diz respeito à falta de identificação das falhas nas informações prestadas às gestantes sobre sua condição de saúde e do bebê, sobre procedimentos médicos a serem realizados e sua necessidade ou mesmo do respeito aos desejos das gestantes no que concerne à via de parto e às condições de saúde impeditivas para a escolha.

Tais cenários são indicativos da existência de conflito entre o exercício da autonomia pessoal e a autoridade médica, por vezes revelando a atmosfera de silenciamento e invalidação das mulheres no contexto hospitalar, cancelada pelo Poder Judiciário.

Diante destas análises, o estudo indicou que a abordagem através da perspectiva do erro médico não é favorável à avaliação da ocorrência da violência obstétrica de forma ampla, dificultando a garantia dos direitos das gestantes no atendimento médico-hospitalar, uma vez que fortemente amparada em provas de natureza pericial, nem sempre tal abordagem permite a avaliação das condutas violentas que ainda são normalizadas na esfera médica, o que se reflete na forma como as demandas são julgadas.

6.

Conclusão

Chegando ao fim da análise proposta, é inequívoca a conclusão de que a violência obstétrica não se limita a algumas culturas ou regiões, que não atinge somente um ou outro grupo social, mas sim que ocorre de forma ampla e global, alcançando todos os continentes e, possivelmente, todos os países. Suas formas de manifestação são muito semelhantes, inobstante as diferenças culturais e isto se deve ao fato de que a violência obstétrica é uma forma de violência de gênero, resultado de um contexto de desigualdade que se manifesta no sistema de saúde, mundialmente.

A pesquisa empírica com o levantamento dos julgados sobre o tema nos Tribunais de Justiça de Região Sudeste demonstrou que a maior parte dos casos levados ao judiciário, considerando espera pública e particular, envolve atendimentos no SUS, sendo os partos vaginais em maior quantidade. Daqueles referentes à espera da saúde suplementar, o maior volume é de casos envolvendo partos cirúrgicos. Ainda é possível destacar que de todo o universo de processos avaliados, a maior incidência é de casos de morte de crianças, seguida dos casos de lesões em crianças.

Seguindo para a análise qualitativa dos julgados, o trabalho analisou as limitações decorrentes da aplicação do conceito de erro médico aos casos de violência obstétrica, diante da impossibilidade de tal instituo compreender todas as situações que compõem esta forma de violência, especialmente quando considerado o fato de que as práticas ideais no atendimento do parto estão em um processo de revisão nos últimos anos, tornando ainda mais complexa a tarefa de avaliar a adequação da conduta médica. Um outro fator a ser levado em consideração para a descaracterização da violência obstétrica como erro médico é o alto índice de sua ocorrência, pois de acordo com as pesquisas aqui indicadas, 1 em cada 4 mulheres sofre esta forma de violência durante a gestação, parto, pós-parto e abortamento.

Acaso a violência obstétrica decorresse apenas de situações de erro médico, estaríamos diante de um cenário de colapso do sistema de saúde.

A realidade, no entanto, é que as situações de violência obstétrica, ainda que possam compreender erro médico, são resultado do contexto de normalização de tratamentos violentos, a partir da percepção de que o momento do parto é naturalmente cercado de dor, desconforto e falta de privacidade. Tais circunstâncias, no entanto, somente se tornaram parte da cena do parto, em virtude da construção social que desvaloriza a figura feminina em prol de outros interesses que não o bem-estar da mulher no seu momento mais delicado.

O auge do processo de desvalorização da mulher no parto ocorre quando são realizadas quaisquer medidas, por mais violentas que sejam, sob a alegação de que se justificam para salvar a vida do bebê, colocando-se a gestante em segundo plano. A situação de Adelir Carmem Lemos de Góes, apresentada no capítulo 4 é um exemplo extremo de adoção de medidas violadoras de direitos, chanceladas pelo Poder Judiciário, sob a fundamentação da preservação da vida do bebê, negando a violência cometida e a existência de dano a ser ressarcido.

Além do caso de Adelir foram apresentados vários julgados nos quais é possível identificar a desvalorização do corpo feminino em prol das escolhas dos profissionais de saúde ou ainda em razão de questões administrativas dos hospitais e maternidades, recusa dos planos de saúde e das carências da rede pública de saúde. Mulheres e bebês morrem ou ficam com sequelas decorrentes da peregrinação por vagas nos hospitais, falta de profissionais e materiais necessários, insistência em uma via de parto quando o ideal seria a outra, negativa de analgésicos e anestésicos que trariam conforto e facilitariam o parto etc. As violações, no entanto, não são somente aquelas que resultam em morte ou danos físicos, várias são as que resultam em danos psicológicos, tais como impedimento da presença do acompanhante, desconsideração dos desejos da gestante quanto à via de parto, violação da privacidade, imposições limitadoras de sua liberdade, abuso verbal, desrespeito, chacota.

Todos estes cenários são resultantes de circunstâncias que escapam ao erro médico pois são reflexos de séculos de normalização de violências contra a mulher. Esta normalização também é encontrada no Judiciário, em sentenças e acórdãos que deixam de observar a violação de direitos, por não compreenderem a natureza da violência obstétrica, em virtude da falta de perspectiva de gênero.

A análise dos julgados dos Tribunais de Justiça da Região Sudeste foi capaz de demonstrar que o Poder Judiciário ainda não está equipado para lidar com as demandas de violência obstétrica, pois não está familiarizado com sua definição, desconsidera os dispositivos legais que asseguram os direitos humanos das mulheres e acaba por depender das conclusões da prova pericial para a solução das lides. Foi identificado também que há um grande desafio na valorização das declarações das mulheres, especialmente quando confrontadas com aquelas prestadas pelos profissionais de saúde, o que acaba por agravar o contexto de silenciamento e descrédito das vítimas.

Ainda que o atual cenário não seja muito favorável ao reconhecimento judicial da violência obstétrica, o crescente debate a seu respeito, a existência de Projetos de Lei federal para sua definição e criminalização, as leis estaduais em vigor que buscam assegurar os direitos das gestantes, a validação internacional do fenômeno para OMS e pela ONU e a constante revisão dos protocolos de atendimento das gestantes com objetivo de humanização do atendimento são indicativos de que o cenário jurídico sofrerá uma modificação nos próximos anos.

O acesso à justiça para reparação dos danos causados pela violência obstétrica depende da adequação da instrução probatória de forma a considerar que a produção das provas pelas vítimas tende a ser mais difícil, inclusão da perspectiva de gênero na prova pericial para a elaboração de laudo que contemple de forma ampla as circunstâncias do atendimento e suas consequências à luz da humanização do parto. É necessária, ainda, a aplicação do Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero, especialmente no que diz respeito à valoração das declarações da vítima.

A melhor consideração dos princípios que informam a relação médico-paciente também necessita de maior atenção, sendo indispensável a indagação a respeito da correta informação da gestante sobre seu estado de saúde, sobre os tratamentos necessários e obtenção de consentimento informado. Mas tudo isso ainda depende da compreensão da definição da violência obstétrica, mesmo que sem a existência de uma lei federal que a apresente.

No que diz respeito aos planos de saúde e hospitais é indispensável que sejam inseridos na cadeia de combate à violência obstétrica, atuando para implementar as diretrizes do Ministério da Saúde sobre parto normal, desestimulando a realização de cesarianas e episiotomias sem indicação clínica.

Também é necessária a promoção de diálogo constante entre o Conselho Federal de Medicina, Ministério da Saúde e sociedade civil para que sejam alcançadas as melhores práticas, visando o bem-estar do binômio mãe-bebê.

Assim, conclui-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que sejam efetivamente assegurados os direitos das mulheres no que diz respeito ao atendimento médico recebido durante a gestação e situações de abortamento e no âmbito judicial, diante do pouco domínio do tema pelos julgadores e da complexidade na comprovação das ocorrências danosas.

7. Referências

AGUIAR, Janaína Marques de, D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas, SCHRAIBER, Lília Blima. *Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde*. Cad. Saúde Pública vol.29 no.11 Rio de Janeiro Nov. 201. No endereço: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>. Acesso em 21/02/2020.

ALMEIDA, Silvio. *Racismo Estrutural*. Ed. Pólen. São Paulo. 2019

ALMEIDA, Suely de S. “Essa Violência mal-dita”. In: ALMEIDA, Suely de S. (Org.). *Violência de gênero e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2007

ALMEIDA, Vitor. *Notas sobre a autonomia da gestante e os requisitos de validade jurídica do plano de parto no direito brasileiro*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

ANS. “*Parto Adequado – Estratégias de Qualificação da Jornada da Gestante: a trajetória de 2015 a 2023*” Disponível no endereço eletrônico: https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-divulga-relatorio-sobre-parto-adequado/Parto_Adequado_Estratgias_de_Qualificao_da_Jornada_da_Gestante_r14.pdf

ASSIS, Jussara Francisca. “Violência obstétrica enquanto violência de gênero e os impactos sobre as mulheres negras a partir de uma revisão integrativa.” https://www.editorarealize.com.br/revistas/enlacando/trabalhos/TRABALHO_EV072_MD1_SA30_ID1268_07082017222543.pdf

BALLESTRIN, Luciana. *América Latina e o giro decolonial*. Revista Brasileira de Ciência Política, nº. 11. Brasília: maio-agosto de 2013.

BARCELLOS, Luiza Gonçalves; SOUZA, André Oliveira Rezende de; MACHADO, César Augusto Frantz. *Cesariana: uma visão bioética*. Revista Bioética 2009.

BARTLETT, K. T. Métodos Jurídicos Feministas. In: SEVERI, F. C.; CASTILHO, E. W. V.; MATOS, M. C. (org.). *Tecendo fios das críticas feministas ao direito no Brasil II: direitos humanos das mulheres e violências*. Ribeirão Preto: FDRP-USP, 2020. p. 240-342. Disponível em: <https://themis.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Tecendo-Fios-das-Cr%C3%ADticas-Feministas-ao-Direito-no-Brasil-II-%E2%80%93-Volume-1.pdf>.

BATISTA, Vanessa Oliveira, BOITEUX, Luciana de Figueiredo Rodrigues, PIRES, Thula Rafaela de Oliveira. (Coordenação acadêmica). Série Pensando o Direito – Direitos Humanos, n 5/2009. Ministério da Justiça.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Ed. Campus. 1992. Rio de Janeiro.

BOITEUX, Luciana, FERNANDES, Máira, PANCIERI, Aline e CHERNICARO, Luciana.. *Mulheres e Crianças Encarceradas: Um Estudo Jurídico-Social sobre a Experiência da Maternidade no Sistema Prisional do Rio de Janeiro*. LADIH – Laboratório de Direitos Humanos da UFRJ. http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499478926_ARQUIVO_Maternidadefazendogenero.pdf

BARBOZA, Heloisa Helena. *Vulnerabilidade e cuidado: aspectos jurídicos* In: OLIVEIRA, Guilherme de; PEREIRA, Tânia da Silva (coord.). *Cuidado & vulnerabilidade*. São Paulo: Atlas, 2009

BARRETO, Maria Renilda. *Maternidade para escravas no Rio de Janeiro*. Revista de História Regional v. 21, n 2 (digital) 19/12/2016. Disponível em: <https://revistas2.uepg.br/index.php/rhr/article/view/9362/5476>.

BRENES, Anayansi Correa. *História da parturição no Brasil, século XIX*. Cad. Saúde Pública vol.7 no. 2 Rio de Janeiro Apr./June 1991. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>.

BRENES, Anayansi Correa. *Parteiras Escola de Mulheres*. Belo Horizonte, 2018.

CANGHUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Ed. Forense Universitária. 2011. Pg. 95-100.

CARNEIRO, Sueli. *A construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de São Paulo. 2005.

CARNEIRO, Sueli. *Escritos de uma vida*. Ed. Letramento. Belo Horizonte. 2018.

CARVALHO, Sérgio Resende; RODRIGUES, Camila Cristina de Oliveira; COSTA, Fabrício; ANDRADE, Henrique S. *Medicalização: uma crítica (im)pertinente? Introdução*. Physis: Revista de Saúde Coletiva 25(4):1251-1269. DOI: 10.1590/S0103-73312015000400011

CASTRO, João Medeiros, de. *Responsabilidade Civil do Médico*. Ed. Método. São Paulo, 2005.

CASTOR, Ruiz. *Homo sacer. O poder soberano e a vida nua..* IHU On-Line número 371, de 29-08-2011.

Center for Reproductive Rights endereço eletrônico
https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10%2024%2014_FINAL_0.pdf

CFM – Conselho Federal de Medicina.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS:
<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>

_____. Informe *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas practicas e desafios em America Latina y em el Caribe*. 2019, <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>

COMPARATO, Carlos Nelson Konder. DALSENTER, Thamís. *Questões atuais da responsabilidade civil médica e hospitalar*, pg. 465, in *Dos Hospitais aos Tribunais*, coordenação de Ana Carolina Brochado Teixeira e Luciana Dadaltro. Ed. Del Rey Ltda, Belo Horizonte

COMPARATO, Fabio. *A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos*. Saraiva. São Paulo. 2005.

COOK, Rebecca J., CUSACK, Simone in *Gender Stereotyping Transnational Legal Perspectives*. University of Pennsylvania Press, 2010.

COSTA, Rodrigo de Souza, OLIVEIRA, Adriana Vidal de, CERQUEIRA, Consuello Alcon Fadul. *A responsabilidade penal nas hipóteses de violência obstétrica*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019

CRENSCHAW, Kimberle. *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color*. In: Stanford Law Review. Vol. 43, nº 6 (Jul., 1991)

CRENSCHAW, Kimberle *Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero*. Estudos Feministas. Ano 10. 1º semestre de 2002.

CRM-SC – Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina.

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

DÂMASCO, Cecília Ribeiro. *A expansão do conceito de violência obstétrica e as práticas de esterilização compulsória*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

D. Morena, L. De Paola, M. Ottaviani, F. Spadazzi, M.V. Zamponi, G. Delogu, N. Di Fazio. *Obstetric Violence in Italy: From Theoretical Premises to Court Judgments*, Clin Ter 2024 Jan-Feb;175(1):57-67 doi: 10.7417/CT.2024.5034.

DEFENSORIA PÚBLICA DE SÃO PAULO. Cartilha *Violência Obstétrica Você sabe o que é?* Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher e Fundação Artemis. 2013.

DINIZ, Carmen Simone Grilo, – *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*, Tese de Doutorado apresentada à USP, 2001.

_____. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. Ciência e Saúde Coletiva, 10(3):627-637, 2005, acesso em 23 de maio de 2019 em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3>

DINIZ Carmen Simone Grilo, SALGADO, Heloisa de Oliveira; NIY, Denise Yoshie;. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. vol.23 no.2 São Paulo 2013.

DINIZ, Carmen Simone Grilo, NIY, Denise Yoshie, ALONSO, Bruna Dias, MORENO, Bruna Silveira, *Violência obstétrica nos estudos brasileiros sobre assistência ao parto: definições em construção*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

DINIZ, Carmen Simone Grilo, NIY, Denise Yoshie, ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar, CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque, SALGADO, Heloisa de Oliveira. *A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino de saúde. Interface (Botucatu)* [online]. 2016, vol.20, n.56, pp.253-259. ISSN 1414-3283.

FEDERICI, Silvia. *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. Editora Elefante. São Paulo, 2017

FERNANDES, Maíra, DORNELLAS, Mariana Paganote. *Maternidade e violência atrás das grades*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

FIOCRUZ. Entrevista Maria do Carmo Leal publicada no site Fiocruz. Obtida no endereço <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/44418>

FIOCRUZ, *As mulheres e o direito de escolha no parto*. Entrevista Dr. Marcos Dias. Obtido no endereço: <https://agencia.fiocruz.br/as-mulheres-e-o-direito-de-escolha-do-parto>

FOUCAULT, Michel. *A Sociedade Punitiva*. Tradução Ivone C. Benedetti. São Paulo: Martins Fonte, 2015.

_____. *A História da Sexualidade: a vontade do saber*. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque, 6ª Edição, Rio de Janeiro: Paz&Terra, 2017.

_____. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução Raquel Ramallete, 42ª Edição, Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

_____. *O Nascimento do Hospital*. In Microfísica do Poder Roberto Machado (org.). Paz & Terra. Rio de Janeiro e São Paulo. 9 Edição. 2019.

_____. *O nascimento da medicina social*. In: Microfísica do Poder. Ed. Paz & Terra. Rio de Janeiro e São Paulo. 2019.

_____. *Em defesa da Sociedade*, p. 209. Ed. WMF Martins Fontes. São Paulo. 2018.

FUNDAÇÃO ABRAMO Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados - Fundação Abramo Perseu e SESC 2010 – <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Projeto Nascer Brasil. <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/>

GARCIA, Leonardo Medeiros. "Direito do Consumidor- Código Comentado e Jurisprudência"- 10ª ed, Ed. JusPODIVM,

GELEDÉS, Instituto da Mulher Negra; CRIOLA, Organização de Mulheres Negras. Situação dos Direitos Humanos das Mulheres Negras: violências e violações. WERNECK, Jurema; IRACI, Nilza. (coord).

GOES, Emanuelle. “Sims era um salvador ou um sádico? Depende da cor das mulheres que você pergunta” <https://cientistasfeministas.wordpress.com/author/emanuellegoes/>

GOES, Emanuelle. Racismo científico, definindo humanidades de negras e negros, Geledes, 2016

HIRSH, Olivia, MENDONÇA, Sarah. *Violência obstétrica: um novo termo que engloba novas e velhas demandas*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís

Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

INSTITUTO ARTEMIS. “na Argentina e na Venezuela a violência obstétrica é reconhecida como um crime cometido contra as mulheres” <https://www.artemis.org.br/violencia-obstetrica>

INSTITUTO HUMANITAS UNISINOS. *A humanização do parto: por um nascimento mais digno e natural*. Revista nº 396, ano XII, 02/07/2012, acesso em 20 de maio de 2019, em <http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao396.pdf>

LEAL, Maria do Carmo. *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci_abstract&tlng=pt

LEAL, Maria do Carmo, AYRES, Barbara Vasques da Silva, ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula, SÁNCHEZ, Alexandra Roma, LAROUZÉ, Bernard. *Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil*. Ciênc. saúde coletiva vol.21 no.7. Rio de Janeiro Jul 2016 <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.02592016>

LEITE, Júlia Campos. *A desconstrução da violência obstétrica enquanto erro médico e seu enquadramento como violência institucional e de gênero*. 2017. http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499455813_ARQUIVO_ARTIGOFAZENDOGENERO.pdf

LIESTER, Nathalie, RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. *Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980*, Texto contexto – enfermagem, vol.22 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2013 <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100020>

MARTINS, Ana Paula Vosne. *A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX*. Rev. Estud. Fem. vol.13 no.3 Florianópolis Sept./Dec. 2005. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300011>

MARQUES, Cláudia Lima. *In A responsabilidade do médico e do hospital por falha no dever de informar ao consumidor. Capítulo 2 – Dever de Informar*. In MARQUES, Claudia Lima e MIRAGEM, Bruno. *Direito do Consumidor: Proteção da Confiança e Práticas Comerciais*. SP. RT – Revista dos Tribunais. 2011.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp, FIGUEIREDO Grazielle, CORREA, Áurea Christina de Paula, BARBIERI, Márcia. *Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição*. Rev. Gaúcha Enferm. vol.40 Porto Alegre 2019 Epub June 06, 2019.

MIRA QUE TE MIRO. Organização não governamental que monitora os compromissos assumidos no Consenso de Montevideu Sobre População e Desenvolvimento <https://miraquetemiro.org/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANDRADE, Maria Angélica Carvalho e LIMA, João Batista Marinho de Castro, in *O modelo neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos*. Cadernos Humaniza SUS – Volume 4. Ministério da Saúde e Universidade Estadual do Ceará. Brasília, 2014.

MORAES, Maria Celina Bodin, VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter, *Autonomia existencial nos atos de disposição do próprio corpo*. Pensar, Fortaleza. v. 19. n 3. p. 779-818. Set/dez/ 2014.

https://www.academia.edu/14694615/A_autonomia_existencial_nos_atos_de_disposi%C3%A7%C3%A3o_do_pr%C3%B3prio_corpo

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho, SEVERI, Fabiana Cristina. *O tratamento jurisprudencial do termo violência obstétrica nos tribunais de justiça da região sudeste*. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X

NUPREGRE/EMERJ. Escola de Magistratura do Rio de Janeiro, Núcleo de Pesquisa em Gênero, Raça e Etnia. “*Se ficar gritando, vai ter o filho sozinha: A Violência Obstétrica à Luz do Direito Brasileiro e do Sistema Interamericano de Proteção de Direitos Humanos*”. Rio de Janeiro. 2024.

Observatório da Violência Obstétrica de Portugal. Endereço eletrônico <https://rm.coe.int/0900001680afb66f>

OLIVEIRA, Adriana Vidal de. *Constituição e Direito das Mulheres. Uma Análise dos Estereótipos de Gênero na Assembleia Constituinte e suas Consequências no Texto Constitucional*. Ed. Juruá. Curitiba. 2015

OLIVEIRA, Adriana Vidal de. Dissertação de Mestrado “A Expressão Constituinte do Feminismo: Por uma retomada do processo liberatório da mulher”. PUC-Rio, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/who_RHR_14.23_or.pdf;jsessionid=95014115350CC7C8907822D6703D4339?sequence=3

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence* – 2019. Obtido no endereço <https://undocs.org/en/a/74/137>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. 2018.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=311D7F8D5951196BB1FE08660300F4C9?sequence=1>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos do Homem*.

PAES, Fabiana Rocha. *O Estado tem o dever de punir a violência obstétrica* <https://www.conjur.com.br/2015-dez-07/mp-debate-estado-dever-dever-prevenir-punir-violencia-obstetrica>

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça *Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”*. Hist. cienc. saude-Manguinhos vol.25 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2018 <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000500008>.

PARLAMENTO EUROPEU. *European Parliament resolution of 24 June 2021 on the situation of Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) in the EU, in the frame of women's health*. Encontrada no endereço eletrônico https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_EN.pdf

_____. Parliament Assembly, Resolution 2309 (2019), *Obstetrical and gynaecological violence* <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236>.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. *O Processo de Implantação da Casa de Parto no Sistema Único de Saúde: Uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci*. Tese de Doutorado apresentada à UFRJ em 2007.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Da Responsabilidade Civil*, 5ª ed., Forense: Rio, 1994.

PIOVESAN, Flávia. *Direitos reprodutivos como direitos humanos*. Reprodução e Sexualidade: uma questão de justiça. BUGLIONE, Samantha (org.). Sergio Antonio Fabris Editor. Porto Alegre. 2002.

PIOVESAN, F., *Introdução ao Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos: A Convenção Americana de Direitos Humanos*. In: GOMES, L. F.; PIOVESAN, F., (coord). São Paulo. Saraiva. 2006.

PIRES, Thula. *Luta por reconhecimento no Brasil: uma afirmação da autenticidade ou da perspectiva normativa da dignidade?* Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. 2004

PIRES, Thula. STANCHI, Malu. *Racismo Institucional e violência obstétrica: dispositivo sistêmico de genocídio da população negra*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamis Dalsenter (coord). Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019

QUATTROCCHI, Patrizia e European Commission: Directorate-General for Justice., *Obstetric violence in the European Union – Situational analysis and policy recommendations*, Publications Office of the European Union, 2024, <https://data.europa.eu/doi/10.2838/440301>

REDE HUMANIZA SUS. Cadernos Humaniza SUS – Volume 4 – Da Humanização do Parto e Nascimento, obtido no endereço <http://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-4-humanizacao-do-parto-e-nascimento/>

REDE PARTO DO PRINCÍPIO, *Parirás com Dor* – Dossiê apresentado ao Senado Federal em 2012 para a CPMI da Violência Contra a Mulher. Brasília, DF: Senado Federal. Acesso em 20 de maio de 2019, em <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

REGIS, Jaqueline Fiuza da Silva; FEIJÓ, Glauco Vaz. *Marcas da colonialidade no movimento pela humanização do parto no Brasil a partir dos filmes O renascimento do parto 1 e 2*. Discurso & Sociedad, 2019 13(1):118-138. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.dissoc.org/ediciones/v13n01/DS13%281%29DaSilvaRegis&VazFeijo.pdf>.

RODRIGUES, D.P, ALVES, V.H., PENNA, L.H.G., PEREIRA, A.V., BRANCO, M.B.L.R., SOUZA, R.M.P., *O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica* Texto contexto - enferm. vol.26 no.3. Florianópolis 2017 Epub 21-Ago-2017 <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005570015>.

SARLET, Ingo. *Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988*. Ed. Livraria do Advogado. 4 edição. Porto Alegre. 2006.

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

SCHRAMM, Fermin Roland. *A Bioética da Proteção: uma proposta para os desafios morais dos países em desenvolvimento*. Cadernos de Saúde Pública. 2004.

TEPEDINO, Gustavo. *A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea. Temas de direito civil, tomo II*. Rio de Janeiro, Renovar. 2006.

TERRA, Aline de Miranda Valverde, MATOS Ana Carla Harmatiu. *Violência obstétrica contra a gestante com deficiência*. VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter (coord). *Violência obstétrica em debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

TESSER, Charles Dalcanale, KNOBEL Roxana, ANDREZZO Halana Faria de Aguiar, DINIZ Simone Grilo. “Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer”. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Junho de 2015, acesso em 21 de maio de 2019, https://www.researchgate.net/publication/279521042_Violencia_obstetrica_e_prevencao_quaternaria_o_que_e_e_o_que_fazer

VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A Medicalização do Corpo Feminino*. Editora Fiocruz. 2015.

VIVEIROS DE CASTRO, Thamís Dalsenter. *Corpo e autonomia: a interpretação do artigo 13 do código civil brasileiro*. Dissertação de Mestrado apresentada no programa de pós-graduação da PUC-Rio. 2009.

WERNECK, Jurema. *Racismo institucional e saúde da população negra*. Saúde so. Vol. 25 nº 3. São Paulo july/sept. 2016 - http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300535&script=sci_abstract&tlng=pt

WERNECK, Jurema. *Ou belo ou puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias*. 2004. Obtido no site de Criola - Organização de Mulheres Negras.

WILLIAMS, CR , C Jerez, K Klein, M Correa, JM Belizán, G Cormick. *Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth*. Publicado em 04/05 2018, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15270>. Obtido no endereço: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.15270>.

WOLLSTONECRAFT, Mary. “Reivindicação dos Direitos da Mulher”. Boitempo. 2016

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho, URIBE, Mary Calderón, DE NADAL, Ana Hertzog Ramos, HABIGZANG, Luísa Fernanda. *Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa*. Psicologia e Sociedade, 29: e155043. PUC-RS. Porto Alegre, 2016.