

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

JAQUELINE SCHNEIDER GOMES

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO TRIBUNAL DE
JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

São Paulo

2020

JAQUELINE SCHNEIDER GOMES

Trabalho de Graduação
interdisciplinar apresentado como
requisito parcial à obtenção do título
de Bacharel no Curso de Direito da
Universidade Presbiteriana
Mackenzie.

ORIENTADORA: PROF.^a DR.^a BRUNA SOARES ANGOTTI BATISTA DE ANDRADE

São Paulo

2020

JAQUELINE SCHNEIDER GOMES

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO TRIBUNAL DE
JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Trabalho de Graduação
interdisciplinar apresentado como
requisito parcial à obtenção do título
de Bacharel no Curso de Direito da
Universidade Presbiteriana
Mackenzie.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Bruna Soares Angotti Batista de Andrade – Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof.^a Dr.^a Jessica Pascoal Santos Almeida – Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof.^a Ma. Ana Luiza Bandeira – Convidada externa

À Laurinha, pequena flor da vida que ganhei numa manhã de outono em 2013. Pela inspiração para fazer das inquietações do nosso primeiro encontro mais uma voz pela vida das mulheres e crianças.

AGRADECIMENTOS

À querida professora Bruna Angotti, pela orientação paciente e cuidadosa, especialmente por fazer da sala de aula um espaço de formação para a vida, me mostrando já no primeiro dia que minha escolha não tinha sido em vão. Ser sua orientanda é um desafio, uma alegria e uma honra – nas mesmas generosas proporções.

Aos meus pais Rita e Ronaldo Schneider, por todos os sacrifícios, investimentos, e por terem me permitido sonhar com o apoio de vocês. Ao meu companheiro Lucas Schneider, por ser o melhor amigo, marido e suporte técnico que eu poderia ter para compartilhar os desafios e alegrias da graduação e da vida. Às mulheres da minha família, pelo apoio integral e incansável que me permitiu chegar até aqui.

A minha grande amiga Ida Katharina Ferreira, pelo auxílio no projeto que antecedeu este trabalho e, sobretudo, pela companhia sempre fiel e inquieta que tornou essa graduação possível.

À todas as mulheres que tive o prazer de conhecer nesta caminhada, por todas as oportunidades, trocas de experiências e conhecimentos que me impulsionaram a trilhar esta jornada.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Jaqueline Schneider Gomes

Resumo: No Brasil, a inobservância de diretrizes nacionais e internacionais estabelecidas pelas organizações competentes, na busca de promover atendimento adequado e respeitoso durante a gestação e o parto, tem gerado reflexos negativos na vida de mães e bebês. As práticas médicas relatadas por mulheres que deram à luz apontam para uma em cada quatro mulheres vítima de violência obstétrica no país, que possui altos índices de cesarianas e de mortalidade materna, contrariando as diretrizes estipuladas pela Organização Mundial da Saúde. Este artigo pretendeu identificar como o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo se posiciona diante dos casos que envolvem a prática da violência obstétrica. Para isso, realizou-se a análise de 28 decisões colegiadas proferidas sobre o tema. Concluiu-se que a maioria dos acórdãos apresenta parecer desfavorável às mulheres que alegam ter sofrido violência obstétrica, e que o sucesso da demanda é variável a depender do desembargador, da turma julgadora, do uso de legislação específica sobre o tema, bem como de diretrizes nacionais e internacionais que tratam da violação do direito das mulheres e bebês.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Assistência humanizada. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Abstract: In Brazil, the non-observance of national and international guidelines established by the competent organizations, in the search to promote adequate and respectful care during pregnancy and childbirth, has generated negative effects on the lives of women and babies. The medical practices reported by women who gave birth point to one in four women who are victims of obstetric violence in the country, which has high rates of caesarean sections and maternal mortality, contrary to the stipulations of the World Health Organization. This article intended to identify how the Court of Justice of the State of São Paulo is positioned in the face of cases involving the practice of obstetric violence. For this, 28 collegiate decisions handed down on the topic were analyzed. It was concluded that most of the judgments present an unfavorable opinion to women who claim to have suffered obstetric violence, and that the success of the demand varies depending on the judge, the judging group, the use of specific

legislation on the subject, as well as guidelines national and international law dealing with the violation of the rights of women and babies.

Keywords: Obstetric violence. Humanized assistance. São Paulo Court of Justice.

Sumário: 1. Introdução. 2. Do parto em casa ao hospital. 2.1. A violência contra a mulher como realidade no novo modelo de assistência ao parto. 3. A legislação brasileira e os parâmetros de assistência obstétrica. 4. O que é possível inferir das decisões envolvendo violência obstétrica. 4.1. O que evidenciam as vivências da assistência ao parto no Estado de São Paulo. 5. Conclusão. Referências.

1 Introdução

Em abril de 2014, Adelir Lemos de Goes, gestante em trabalho de parto, foi retirada à força de sua residência por policiais e um oficial de justiça, que trazia consigo uma decisão judicial determinando o recolhimento de Adelir ao hospital Nossa Senhora dos Navegantes, no município de Torres, Rio Grande do Sul, para que realizasse uma cesariana, ainda que sem seu consentimento. No dia anterior, a gestante havia se dirigido ao hospital, acompanhada de sua doula, para que fosse examinada rotineiramente, momento em que a equipe médica de plantão sugeriu a realização da cirurgia, sem demonstrar a necessidade do procedimento do ponto de vista médico. Adelir se negou a realizá-la e, assinando um termo de responsabilidade, deixou o hospital. Ante o ocorrido, a equipe médica do hospital, munida do prontuário e de laudos médicos, buscou o Ministério Público, na tentativa de comprovar a gravidade da situação de Adelir e de sua bebê que, segundo os médicos, precisariam de uma cesárea para sobreviver.

Durante o cumprimento da decisão judicial, já em trabalho de parto e com contrações a cada cinco minutos, Adelir foi ameaçada com a prisão de seu marido caso negasse ser conduzida ao hospital. A cesariana foi realizada e, dias depois – após a análise dos resultados de alguns exames anteriormente feitos pela gestante, bem como analisando o caso sob o ponto de vista da medicina baseada em evidências – foi constatado que a cirurgia não foi corretamente indicada (MENDONÇA, 2017, p. 2).

Diante deste caso, que se assemelha a relatos pessoais, de amigas, familiares e conhecidas, surgiu a necessidade de entender se as mulheres que sofrem com a violação de direitos durante o parto poderiam encontrar respaldo no sistema judiciário, uma vez que,

embora procurem, frequentemente não encontram suporte adequado e respeitoso no sistema de saúde. Assim, o presente artigo objetiva analisar acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que tratem de violações ao direito das mulheres e bebês, atentando-se ao reconhecimento do termo “violência obstétrica” e à legislação vigente, que dispõe sobre tais violações.

Em seu desenvolvimento, a principal metodologia utilizada foi a análise de acórdãos proferidos em julgamentos do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), que tratam das violações aos direitos da gestante e do bebê durante o trabalho de parto, parto e pós parto. A pesquisa também contou com levantamento bibliográfico e legislativo sobre o tema. A pesquisa jurisprudencial foi feita com a palavra-chave “violência obstétrica”, no intuito de delimitar temporalmente quando e como essa passou a ser reconhecida nestes termos pelo TJSP em suas decisões. A busca selecionou decisões de julgamentos ocorridos entre 15/09/2016 e 31/08/2020. A partir desses filtros, foram localizados 40 acórdãos, dos quais 28 foram analisados. Descartaram-se acórdãos oriundos de agravos regimentais e de instrumento, e de embargos de declaração, pois não se debruçavam sobre violações de direitos, apenas tratavam questões processuais. Ainda, foram eliminados dois acórdãos proveniente de julgamentos de apelação cível, por tratarem de questões que fogem do escopo do trabalho. Também foram descartadas as decisões das ações diretas de inconstitucionalidade, tendo em vista que apenas uma delas tratava de fato da temática da assistência às mulheres e, por sua vez, pretendia discutir a constitucionalidade de uma lei municipal. Todas as decisões selecionadas para análise versam sobre casos concretos de violações ao direito de gestantes e recém-nascidos durante o pré-parto, parto e pós-parto.

Todos os 28 acórdãos analisados são resultado de julgamento de Apelações Cíveis. Analisou-se a porcentagem de ações providas e parcialmente providas para cada uma das partes, divididas entre autor e réu, do que foi possível identificar que, em 42,9% dos casos, a decisão foi favorável ao pedido da mulher, que figura como autora da ação na totalidade dos casos. Foram identificadas as violações alegadas pelas mulheres e suas categorias, de modo que a violência obstétrica física foi relatada em 78,6% dos casos; a violência institucional em 64,3% dos julgados, assim como a psicológica. A violência sexual é relatada em 46,4% dos acórdãos, enquanto não se percebeu a presença da classificada violência midiática ou material.

Estruturalmente, o artigo apresenta, no primeiro tópico, breve histórico e conceito norteador de violência obstétrica para o trabalho. Também são citadas boas práticas médicas e de atendimento recomendadas por órgãos nacionais e internacionais. No segundo tópico, trata-

se da legislação brasileira que abrange especificamente o direito de mulheres gestantes e de seus bebês, especialmente no que tange à assistência ao pré-parto, parto e pós-parto. As normativas e legislações aqui tratadas e discutidas foram retiradas de referências bibliográficas que também contribuirão para o artigo. No terceiro tópico procede-se à análise jurisprudencial dos acórdãos selecionados e, a partir dela, discute-se a eficácia das normas anteriormente apresentadas e a necessidade de outra legislação que contemple o que conceituamos como violência obstétrica. Por fim, apresenta-se em conclusão a ideia de que as decisões são, em sua maioria, desfavoráveis às mulheres, sendo que o desembargador relator, a turma julgadora, a legislação utilizada, bem como a citação de diretrizes nacionais e internacionais são fatores que influenciam diretamente na vitória – ou não – das mulheres no Tribunal.

2 Do parto em casa ao hospital

A partir da metade do século XIX, com o estabelecimento da medicina enquanto saber científico, da incorporação de novas tecnologias e técnicas, da prática médica como controle social por meio de corpos e dos processos de medicalização, houve, em diversas culturas, grande transformação no sentido de diminuir a capacidade dos povos de lidar com questões relacionadas à saúde de maneira autônoma. A prática médica passou de aplicação de conhecimento a meio de produção de trabalho – e atualmente está arraigada em um modelo de atenção tecnicista, hierarquizado, onde o médico exerce domínio sobre o paciente. O resultado dessas mudanças foi, dentre outras coisas, o desgaste da interação médico-paciente (AGUIAR, 2010 apud SENS, 2019, p. 2).

O parto, que antes era um evento da vida doméstica, de pouca relevância para os homens, que ocorria com o auxílio de outras mulheres e parteiras, tornou-se, durante os séculos XVIII e XIX, um procedimento hospitalar. Assim, o estudo e cuidado com o corpo feminino se consolidaram como área de conhecimento da medicina dominada exclusivamente pelos médicos homens. A partir dessa lógica, ainda, as mulheres detentoras de saberes sobre o corpo feminino são caçadas como bruxas pela Santa Inquisição (ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002 apud AGUIAR, 2010, p. 39; ALBUQUERQUE, 2015, p. 8).

Na década de 1970, diante das inúmeras intervenções médicas institucionalizadas e do impedimento de exercer qualquer protagonismo sobre sua saúde e seus corpos, as mulheres passaram a reivindicar um olhar médico menos intervencionista e mais sociável, que levasse em consideração suas crenças, cultura, peculiaridades e existência. A perspectiva de

“humanização” da assistência nasce então inspirada pelos movimentos feministas, pela medicina baseada em evidências e pelas formas contemporâneas de vivenciar o parto. Destaca-se a “necessidade de que sejam redefinidas as relações humanas no campo da assistência à saúde, revisando a compreensão da condição humana, de seus direitos e do seu cuidado, além do uso apropriado de intervenções e tecnologias” (SENS, 2019, p. 2).

Neste sentido, a humanização é entendida como “a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional” (DESLANDES, 2004, apud MENDONÇA, 2017, p.4/5).

Buscando a implantação de práticas médicas baseadas em evidências, bem como a assistência humanizada a mulheres e bebês, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 1996, diretrizes intituladas “Cuidado no parto normal: um guia prático”¹. Elas classificavam e recomendavam (ou não) práticas utilizadas na condução do trabalho de parto de acordo com evidências científicas atualizadas.

Diante das significativas mudanças no cenário mundial relativas ao gestar e ao parir (tais quais o número crescente de partos acontecendo em ambiente hospitalar, a qualidade insuficiente e desproporcional dos cuidados prestados às mulheres, entre outros), os parâmetros de saúde antes estabelecidos pelos órgãos internacionais não são alcançados. Em 2018, a OMS publicou um novo documento, “cuidados durante o parto para uma experiência de parto positiva”² que, assim como a versão anterior, tem como cerne a medicina baseada em evidências, pontuando também a necessidade da assistência baseada nos direitos humanos:

Mais de duas décadas se passaram desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um documento de orientação técnica sobre o cuidado de gestantes saudáveis e seus bebês, “Cuidado no parto normal: um guia prático” e o panorama global dos serviços de maternidade mudou consideravelmente desde então. [...].

Esta diretriz é um conjunto consolidado de recomendações novas e existentes sobre práticas essenciais no trabalho de parto e parto que devem ser fornecidas a todas as gestantes e seus bebês [...]. Promove a aplicação de um conjunto de intervenções para o trabalho de parto e parto essenciais para que o parto não seja apenas seguro, mas também constitua uma experiência positiva para a mulher e sua família. Ele também destaca como a atenção centrada na mulher pode otimizar a qualidade da atenção ao parto e ao parto por meio de uma abordagem holística e **baseada nos direitos humanos**. Ao descrever um novo modelo de atenção durante o parto que é adaptável ao contexto de cada país, a diretriz consegue uma redução substancial dos custos ao reduzir intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto. (OMS, 2018, p. 5, grifo nosso, tradução nossa)

¹ “Care in normal birth: a practical guide”. Tradução nossa.

² “Intrapartum care for a positive childbirth experience”. Tradução nossa.

No Brasil, a publicação de 1996 da OMS deu origem à divulgação de um conjunto de “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”, documentadas pelo Ministério da Saúde na tentativa de alinhar as práticas médicas do país aos parâmetros internacionais (DONELLI, 2017, p. 2). A mais recente publicação nacional sobre o tema data de 2017, e é intitulada “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”.

2.1 A violência contra a mulher como realidade brasileira no novo modelo de assistência ao parto

O surgimento deste novo modelo assistencial, majoritariamente hospitalizado, possui como característica a autoridade técnica como fonte de poder para o médico, como acontece numa relação hierárquica em que apenas uma das partes detém, por definição, o conhecimento – e a última palavra – sobre o corpo, a saúde, o cuidado e o tratamento da outra (AGUIAR, 2010, p.34). Logo, as relações estabelecidas no âmbito da maternidade podem ser incluídas nessa lógica de controle, uma vez que o corpo da mulher desempenha determinado papel e possui determinado valor social:

[...] se considerarmos que o campo da maternidade é por excelência onde se exercita não só a função biológica do corpo feminino, mas uma função social do papel conferido à mulher regulado por uma construção simbólica, toda e qualquer violência neste campo é fundamentalmente uma violência de gênero. E, uma vez que o próprio conceito de gênero está interligado a fatores culturais, sociais, econômicos, políticos e étnicos, já que as mulheres se distinguem de acordo com o contexto social no qual elas estão inseridas, esta violência perpetrada nas maternidades (públicas ou privadas) é atravessada também por estas questões. (AGUIAR, 2010, p. 34)

Aprofundando a análise para o cenário brasileiro, onde aproximadamente três milhões de nascimentos acontecem a cada ano (BRASIL, 2018), pesquisas apontam que uma em cada quatro mulheres relatou ter sofrido violência obstétrica no país e, embora muitas não reconheçam o termo e seu significado, é possível extrair de seus relatos situações que são enquadradas como violência obstétrica (FUNDAÇÃO..., 2010). Em queda ao longo das últimas décadas, mas sofrendo altas desde 2013, o índice de mortalidade materna não corresponde ao esperado: em 2017, a taxa era de 64,5 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, enquanto a meta estipulada pela Organização das Nações Unidas (ONU) nesta faixa é de 30 óbitos. Em 92% dos casos, essas mortes poderiam ter sido evitadas (VALADARES, 2018). Dados coletados pela OMS apontam o país como o segundo colocado no ranking de realização de

cesáreas – aproximadamente 55% dos bebês nascem através do procedimento cirúrgico no Brasil, enquanto a Organização recomenda que cesáreas sejam realizadas em, no máximo, 15% dos casos. A palavra utilizada para ilustrar a situação brasileira é “epidemia” (FILHO, 2018, p. 1).

Diante desta realidade, o estudo do tema é relevante também do ponto de vista jurídico, pois, considerando as recorrentes violações ao direito das mulheres a assistência adequada, é necessário entender como os tribunais usam os instrumentos legislativos atuais para decidir sobre as demandas judicializadas por aquelas que sofreram o que chamaremos de “violência obstétrica”. É necessário compreender como o Poder Judiciário delibera diante dos danos causados às mulheres e bebês, e se esses são reparados nos termos da lei.

“A expressão ‘violência obstétrica’ (VO), é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional” (DINIZ, 2015, p. 2). Outras várias definições surgiram conforme a ciência se debruçou sobre o tema. Para nortear esta pesquisa, traremos também a definição contida no relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) “Parirás com dor”, que definiu a expressão levando em consideração a realidade brasileira traçada em pesquisas, baseando-se também na legislação de outros países da América Latina que já reconhecem e combatem legalmente práticas abusivas durante o parto.

Caracterizam violência obstétrica, segundo o relatório da CPMI (2012, p. 61), todos os atos praticados contra a saúde sexual e reprodutiva da mulher. Tais atos podem ser praticados por profissionais da saúde, servidores de instituições públicas ou privadas, profissionais técnico-administrativos e civis. A definição subdivide-se para abarcar os aspectos: físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático das práticas da violência.

O caráter físico engloba as ações que incidem sobre o corpo da mulher, causando dor ou dano físico, sem recomendação baseada em evidências científicas, como manobra de Kristeller³, tricotomia⁴, uso rotineiro de ocitocina⁵, negativa de analgesia quando indicada, cesarianas eletivas sem indicação clínica, entre outras. O caráter físico distingue-se do sexual à medida em que esse último viola sua integridade sexual, reprodutiva e pudor, podendo ou não ter acesso aos órgãos sexuais e partes íntimas do corpo. Aqui, enquadram-se o assédio, exames

³ Vide glossário nas páginas 37-38.

⁴ Vide glossário nas páginas 37-38.

⁵ Vide glossário nas páginas 37-38.

de toque constantes e/ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento, episiotomia⁶, ruptura da bolsa amniótica⁷ ou descolamento das membranas sem consentimento.

As ações verbais ou comportamentais que causam sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo e insegurança são consideradas violência obstétrica de caráter psicológico – a exemplo: ameaças, piadas, grosserias, ofensas, omissão de informação, prestação de informação em linguagem não acessível, entre outras.

O caráter institucional engloba as ações ou formas de organização que dificultam, retardam ou impedem a mulher de acessar seus direitos, como impedimento à amamentação, à presença de um acompanhante, violação de direitos durante a gestação e o parto e ausência de fiscalização pelos órgãos competentes.

Há, ainda segundo a CPMI, o caráter material: “ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica”. Cobranças indevidas por profissionais e planos de saúde são exemplos.

A violência obstétrica de caráter midiático é a praticada por profissionais que, usando de meios de comunicação diversos, violam os direitos e a dimensão psicológica de mulheres em processo reprodutivo através de mensagens, imagens e outros – difundindo práticas que contrariam o estabelecido pela medicina baseada em evidências – com fins sociais e pessoais, como apologia à cesariana, ridicularização do parto normal, desincentivo ao aleitamento materno quando do oferecimento de fórmulas, entre outras.

3 A legislação brasileira e os parâmetros de assistência obstétrica

O direito à saúde é assegurado pela Constituição Federal em seu artigo 6º, bem como a proteção à maternidade e à infância. A Carta Magna ainda atribui ao Estado o dever de executar políticas sociais e econômicas que visem garantir o acesso “universal e igualitário às ações e serviços para [...] promoção, proteção e recuperação [da saúde]”, bem como a regulamentação, fiscalização e controle destes (BRASIL, 1988). Nesse sentido, a bibliografia

⁶ Vide glossário nas páginas 37-38.

⁷ Vide glossário nas páginas 37-38.

que aborda a violência obstétrica apontou alguns dispositivos que regem a assistência de mulheres e bebês, por isso a importância de trazê-los para uma breve análise descritiva.

A Lei Federal nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e “a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo território nacional” (BRASIL, 1990). Estabelece a saúde como um direito fundamental e um dever do Estado. Traz em seu art. 7º, dentre outros princípios, a universalidade de acesso aos serviços de saúde, o direito à informação, à igualdade de assistência “sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” e à autonomia das pessoas no que tange a sua integridade física e moral.

Em 2005, foi alterada pela Lei nº 11.108, quando foi incluído um artigo para estabelecer as diretrizes da presença do acompanhante para a gestante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005) (BRASIL, 2005)

Em 2013, o parágrafo 3º foi acrescido para que os hospitais de todo o país fossem “obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no caput deste artigo” (BRASIL, 2013).

A modificação no dispositivo ficou conhecida como a Lei do Acompanhante, cuja presença é considerada umas das melhores “tecnologias” no auxílio a um parto bem-sucedido. Mulheres que foram amparadas continuamente por pessoa de sua escolha – que não os membros da equipe médica – durante todo o trabalho de parto, tiveram menos chances de receber analgesia, bem como de evoluir para um parto operatório, e relataram uma experiência de parto mais satisfatória (RATTNER apud CIELLO..., 2012, p. 14).

Por esse motivo, a presença do acompanhante é também recomendada pela OMS⁸ (2018) em sua publicação anteriormente citada para uma experiência de parto positiva.

Para regulamentar a presença do acompanhante, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria de complementação nº 03/2017, estabeleceu em seu art. 92, §1º o pós-parto imediato trazido na alteração legislativa como “o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico”. Ainda, estabeleceu que:

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições (BRASIL, 2017)

A presença do acompanhante também está elencada nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, que inclusive recomenda que a gestante seja informada já no pré-natal sobre a necessidade de escolha do acompanhante, pois esse deve poder apoiá-la continuamente, recebendo informações importantes no mesmo momento em que ela (BRASIL, 2017, p. 16).

A Lei nº 11.634/2007 regulamenta a vinculação da gestante a uma maternidade, de maneira que a mulher saiba, com antecedência, em qual maternidade será realizado o parto e em qual maternidade será atendida em caso de intercorrência pré-natal. Dispõe também que “a maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério” (BRASIL, 2007).

Ainda, a Resolução nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – que regulamenta tecnicamente materiais, infraestrutura, processos, serviços e operações de atenção e assistência obstétrica e neonatal – estabelece que “na recepção à mulher, o serviço deve garantir [...] transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002” (BRASIL, 2008).

⁸ “RECOMENDAÇÃO 3: Recomenda-se que a mulher seja acompanhada durante o trabalho de parto e parto pela pessoa de sua escolha” (OMS, 2018, p. 29, tradução nossa).

Embora tal vinculação não seja literalmente recomendada pela OMS, é necessário apontar que são frequentes no Brasil os relatos da chamada “peregrinação” por uma vaga na maternidade. Muitas exibem placas de “não há vagas”, eximindo-se da responsabilidade de realizar a transferência como regulamentado. Em um momento de extrema vulnerabilidade física e emocional como o do trabalho de parto, a busca desamparada por uma vaga é apontada como uma das causas de mortalidade materna (CIELLO..., 2012, p. 130).

É obrigação do médico procurar encontrar uma vaga para a paciente (quando seu caso é uma urgência ou emergência). Acho muito errado, mas tem médico que trata mal essas pacientes. Isso era mais frequente há um tempo atrás, mas, infelizmente, ainda acontece.’ Fala atribuída a um médico de uma instituição que possui vários cartazes de ‘Não há vagas’. (HOTIMSKY, 2007 apud CIELLO..., 2012, p. 131)

Vale destacar que a recomendação nº 1 da OMS é o cuidado respeitoso à mulher, fornecido a todas de maneira a respeitar sua dignidade, privacidade e confidencialidade, permitindo que faça uma escolha informada com apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto (OMS, 2018, p. 19).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal também dispõem que as mulheres devem receber informações sobre o local de parto, como acesso à equipe médica, ao cuidado no trabalho de parto e parto, a métodos de alívio da dor – farmacológicos ou não (como chuveiro, massagem, entre outros). Para as mulheres que optarem pelo parto domiciliar, embora este não seja disponibilizado pelo sistema de saúde, é necessário que sejam informadas sobre “a probabilidade de ser transferida para uma maternidade (se esse não for o local escolhido), as razões por que isso pode acontecer e o tempo necessário para tal” (BRASIL, 2007).

Quando se trata de legislação sobre o tema, é possível citar ainda normas regulamentadoras de programas desenvolvidos com o objetivo de melhorar a assistência à mulher e ao bebê durante a gestação e o parto. Ainda que o objetivo deste artigo não seja a discussão de tais programas e de sua efetivação, é necessário atentar-se ao que dispõem as normativas que os regulamentam, uma vez que podem conter diretrizes para a assistência da gestante, escopo desta pesquisa.

A Portaria nº 569/2000 do Ministério da Saúde institui o “Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento”, conhecido também pela sigla PHPN. Seu objetivo é desenvolver “ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade

instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2000).

Ao longo do dispositivo, percebemos a presença de questões trazidas por normas mais recentes já tratadas neste artigo, como o “direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto” e a transferência da “gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário” (BRASIL, 2000).

Mais voltada aos aspectos técnicos da assistência, estabelece princípios e condições para o acompanhamento do pré-natal e do parto, fixando os exames e consultas que devem ser realizados, vacinas que devem ser aplicadas e os recursos que serão destinados para o desenvolvimento do programa, entre outros.

A Portaria nº 1.459/2011 do Ministério da Saúde institui a Rede Cegonha, que é:

[uma] 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 (BRASIL, 2011)

Seu objetivo é organizar e articular a rede de atenção à saúde materna e infantil de maneira que o atendimento prestado garanta o acolhimento das demandas do público-alvo, bem como a resolução de suas questões.

A partir de sua criação, diversas outras portarias foram publicadas, tratando especificamente de questões como: gestação de alto risco, diretrizes para a atenção humanizada ao recém-nascido, infraestrutura para atendimento a gestantes e bebês.

A instituição desta rede leva em consideração a necessidade do Brasil de adequar-se a índices mais baixos de mortalidade materna e infantil, bem como a melhoria do acesso das mulheres ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez.

Seus dispositivos também estão alinhados ao que estabeleceu a OMS em 1996 em suas diretrizes para o parto normal (BRASIL, 2011).

No âmbito dos atendimentos na rede privada, a Resolução Normativa nº 428/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) também considera, no rol das coberturas de despesas, aquelas pertencentes ao recém-nascido e ao acompanhante. Cobranças extras neste sentido são consideradas ilegais:

Em algumas maternidades havia cobrança da “taxa de paramentação” que variava de 20 a 300 reais, muitas vezes sendo cobrada à vista no momento da internação. Este é um caso típico de violência obstétrica de caráter institucional, psicológico e material.

‘Antes mesmo de nascer, um choro rasgava o silêncio do hospital esperança. Era madrugada. Aos prantos, Gustavo, pai do pequeno Marcos lamentava a falta de R\$ 300,00 para acompanhar o parto do seu filho. Gustavo não pôde acompanhar o nascimento porque não tinha dinheiro para pagar a taxa exigida pelo estabelecimento’ (ABREU, 2009 apud CIELLO..., 2012, p. 73)

Não há maior previsão sobre como devem ocorrer procedimentos ou atendimentos à gestante especificamente no pré-parto, parto e pós-parto, muito embora as recomendações da OMS não se restrinjam apenas a atendimentos acontecidos na rede pública.

Visando a garantir o acesso à informação às gestantes conveniadas à rede privada, cujo sistema tornou rotineira a “epidemia de cesarianas” realizadas sem indicação clínica⁹, foi editada a Resolução Normativa nº 368/2015 da ANS, que dispõe sobre a obrigatoriedade de registros dos atendimentos à gestante (através do programa ou relatório médico e da do Cartão da Gestante), que devem ser disponibilizados pelo plano de saúde quando solicitado pela paciente. Ainda, obriga a Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde a disponibilizar o percentual de cirurgias cesáreas e partos normais realizados pela operadora, pelos estabelecimentos a ela vinculados e até pelos médicos. É responsabilidade da operadora esclarecer que as taxas divulgadas por ela correspondem apenas a partos efetuados pela mesma, e não ao total realizado por um médico, que pode ter vínculo com mais de uma operadora, por exemplo (BRASIL, 2015).

O acesso à informação através de uma comunicação que utilize fácil linguagem é uma ferramenta importante no processo de humanização do atendimento. Quando a gestante obtém o conhecimento “sobre possíveis alternativas e direitos, supõe-se que as mulheres não somente optariam, mas também lutariam por uma assistência obstétrica com garantias de integridade física e emocional para si e para seus bebês”. A divulgação dos índices dispostos na Resolução colabora para que a gestante, diante daquilo que planeja para o momento do parto, consiga procurar um profissional, um hospital, um plano que atenda às suas necessidades e expectativas

⁹ Os indicadores de atenção materna e neonatal elaborados pela ANS revelam que os nascimentos no estado de São Paulo acontecem em **71% dos casos através de cirurgias cesáreas**, contrariando o limite máximo de 15% recomendado pelas diretrizes da OMS. Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojZjY2ZTEyZTc0NDhiLTg3ZWMTOGZkZTRhNmZlNGQ1IiwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzZmVmYmU1ZiJ9>>. Último acesso em: 29 set. 2020.

(DINIZ, 2015, p. 7; OMS, 2018, p. 19). Quando esta escolha não acontece ou não é possível, as chances de uma experiência de parto negativa são maiores:

Meu médico sabia que eu queria parto normal. Pedi a ele que tentasse esperar mais, que preferia repetir os exames mais pra perto e pelo menos sentir as contrações para então fazer a operação. Ele me disse que era muito arriscado esperar, que cesariana não era tão perigoso assim como dizem, que não era nada demais. Ele abriu a agenda dele e falou: 'Ingrid, quarta-feira que vem você se interna e a gente faz a cesárea'. Meu marido virou pra ele e falou: 'Poderia ser na sexta-feira, assim no final de semana eu poderia ficar com ela direto?'. Ele respondeu: 'E eu vou perder o meu final de semana???' Ingrid Lotfi, atendida através de plano de saúde Unimed no Rio de Janeiro-RJ. Depois de nascer, seu bebê passou 14 horas na UTIn por desconforto respiratório. (CIELLO..., 2012, p. 116)

Considerando ainda a posterior análise da jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, faz-se necessário citar a Lei Estadual nº 15.759/2015, conhecida como “Lei do parto humanizado”, que reitera o direito à assistência humanizada durante o parto, definindo-a como o atendimento que objetiva:

I - não comprometer a segurança do processo, nem a saúde da parturiente ou do recém-nascido;

II - só adotar rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial da Saúde - OMS ou de outras instituições de excelência reconhecida;

III - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos eletivos que, resguardada a segurança do parto, lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo procedimentos médicos para alívio da dor. (ESTADO DE SÃO PAULO, 2015)

Seus dispositivos reiteram o direito à vinculação da gestante a um estabelecimento de assistência pré-natal, bem como a uma maternidade. Traz ainda a possibilidade de inferência em alguns aspectos da assistência médica quando não houver prescrição em contrário (ESTADO DE SÃO PAULO, 2015).

Neste sentido, o plano individual de parto¹⁰ citado no dispositivo é uma ferramenta recomendada por diretrizes nacionais e internacionais, vez que será elaborado e documentado com o auxílio de profissional competente, que analisará tecnicamente a viabilidade de cada uma das escolhas da gestante. Esse é um dos exemplos de como elas podem contribuir para que a assistência prestada seja técnica, sem permitir que seu protagonismo (ou oportunidade de escolha, como traz a referida lei em seu artigo 3º, inciso IV) se perca neste processo.

¹⁰ Vide glossário nas páginas 37-38.

4 O que é possível inferir das decisões envolvendo violência obstétrica

Buscando entender como o TJSP trata tal violação de direitos em seus julgados, o termo “violência obstétrica” foi inserido na ferramenta de busca do Tribunal, retornando 40 acórdãos registrados no sistema. Diante da pequena amostragem disponibilizada, não foi aplicado filtro temporal. Não foram utilizadas outras palavras-chave pois um dos objetivos era inferir quando as Câmaras de Direito paulistas começaram a entender procedimentos médicos e condutas técnicas em desacordo com as disposições legais, a medicina baseada em evidências e a humanização da assistência como violência obstétrica. Assim, acórdãos que não trazem na lide ou na jurisprudência citada o termo “violência obstétrica” não se enquadram no escopo desta pesquisa.

Ainda, é necessário pontuar que, embora a definição utilizada neste artigo seja dividida em categorias de violência, como elencado na introdução, é preciso levar em consideração que cada uma das práticas em desacordo com a medicina baseada em evidências científicas e com a humanização da assistência reverbera em muitos aspectos na assistência à mulher gestante. A exemplo, cita-se a prática da negativa da presença do acompanhante que, de acordo com o conceito norteador do trabalho, se enquadra na violência obstétrica institucional, uma vez que sua prática é justificada pela necessidade de certa organização no ambiente hospitalar, ou da ameaça que sua presença oferece à mãe e ao bebê em situações de risco¹¹ (apesar de, como discutido anteriormente, ser extremamente benéfica à boa assistência quando permitida) (RATTNER apud CIELLO..., 2012, p. 14). Logo, presume-se que a ausência do acompanhante pode ser motivo de angústia, medo e insegurança para a mulher, causando-lhe efeitos psicológicos.

As apelações estavam alocadas em duas seções de julgamento: Direito Público e Direito Privado. Todas as violações ocorridas em hospitais e instituições públicas foram julgadas pela primeira seção, enquanto a segunda decidiu sobre casos em que houve violência em hospitais e instituições privadas.

Analisando os dados sob o prisma das seções de julgamento, foi possível identificar que as ações são majoritariamente motivadas por violações ocorridas em hospitais privados. Ainda, é preciso pontuar a disparidade entre o reconhecimento dos danos causados pela violência obstétrica nos âmbitos público e privado de atendimento.

¹¹ Será exemplificado no próximo tópico.

Seção de julgamento	Apelações Julgadas	Proporção de apelações	Vitória das mulheres	Proporção de Vitórias
Direito Público	9	32,1%	1	11,1%
Direito Privado	19	67,9%	10	52,6%
Total	28	100%	11	39,3%

Fonte: elaboração pela autora, com base no levantamento feito no TJSP

A então gestante, autora em todas as ações, figura como apelante em 82,1% dos casos, tendo seus pedidos reconhecidos em apenas 26,1% destes. No entanto, quando sua demanda é reconhecida em primeiro grau e apenas o réu (plano de saúde, médico ou hospital privado) pretende a reforma da sentença em segunda instância, esse não consegue o acolhimento dos pedidos em nenhum dos casos. O pedido de indenização por danos morais é unanimidade nos processos, sendo danos estéticos, pensão vitalícia e outros pedidos realizados a depender da complexidade dos danos causados.

Quando olhamos para os magistrados que decidem as demandas, constatamos o impacto da presença das mulheres nas decisões, visto que as desembargadoras fazem parte da maioria dos julgamentos vencidos pelas autoras. Metade dos julgamentos teve a participação de ao menos uma mulher na decisão, enquanto a outra metade foi decidida exclusivamente por homens.

Turma julgadora	Apelações julgadas	Vitória das mulheres	Proporção de vitórias
Ao menos uma mulher em sua composição	14	8	57,1
Apenas homens em sua composição	14	3	21,4%
Total	28	11	39,3%

Fonte: elaboração pela autora, com base no levantamento feito no TJSP

Não houve ação que contasse apenas com a participação de mulheres no julgamento. Nos casos em que elas compuseram 2/3 da turma julgadora (7,1% dos acórdãos analisados), observou-se índice de cem por cento de vitória das mulheres.

A relatoria das apelações, quando dividida entre desembargadores e desembargadoras, aponta num sentido bastante parecido:

Relatoria	Apelações julgadas	Vitória das mulheres	Proporção de vitórias
Mulheres	5	3	60%
Homens	23	8	34,8%
Total	28	11	39,3%

Fonte: elaboração pela autora, com base no levantamento feito no TJSP

Como mencionado na introdução deste artigo, as violências obstétricas relatadas pelas autoras foram categorizadas em: física, psicológica, sexual, institucional, material e midiática. Com exceção das duas últimas, todas são encontradas nos relatos das mulheres.

Existem diversas práticas que podem ser caracterizadas como violência obstétrica, e essas não necessariamente partem do corpo médico. A análise dos acórdãos permitiu o levantamento das práticas mais recorrentes, sendo a ausência ou a má assistência técnica a mais presente (está em 35,8% dos casos).

Práticas violentas adotadas	Apelações julgadas	Proporção de Apelações
Abusos verbais	5	17,9%
Ausência de/assistência médica inadequada	10	35,8%
Cesárea sem indicação clínica	2	7,1%
Episiotomia	6	21,4%
Exame de toque recorrente	2	7,1%
Exposição vexatória	2	7,1%
Manobra de Kristeller	5	17,9%
Negativa de acompanhante	7	25%
Negativa de alívio da dor	2	7,1%
Rompimento da bolsa amniótica	3	10,7%
Uso de ocitocina recorrente	2	7,1%

Fonte: elaboração pela autora, com base no levantamento feito no TJSP

A tricotomia, privação de alimentos, limitação de movimentos, atonia uterina¹² e tentativa de dilatação¹³ do colo do útero com os dedos também foram relatadas, embora em um número menor de casos.

¹² Vide glossário nas páginas 37-38.

¹³ Vide glossário nas páginas 37-38.

Os bebês figuram como apelantes em 28,6% dos casos, embora o relato de que tenham sofrido de alguma maneira durante o pré-parto, parto e pós-parto esteja presente em 57,1% dos julgados. Considerando a assistência e suas consequências, um em cada quatro casos tem como desfecho a morte do bebê. Em dois deles ocorreu o aborto espontâneo. Nos demais, infere-se que a assistência médica (ou a ausência dela) influenciou, de alguma maneira, para que a criança não seguisse com vida.

As lesões mais citadas são: físicas (queimaduras nos lábios, têmporas e pernas, decorrentes do banho de luz; perfurações no intestino; quadriplegia espástica; fratura de clavícula; paralisia do plexo braquial; seqüela não especificada de grau leve) ou neurológicas (lesão permanente, paralisia ou hemorragia cerebral).

As condutas benéficas de que foram privados e que são consideradas nesta análise são, especificamente, ausência de assistência após o nascimento, privação de aleitamento materno na primeira hora de vida e privação de contato com o bebê nas primeiras horas de vida.

Ocorrências relatadas nos acórdãos	Apelações julgadas	Proporção de ocorrência
Morte entre o 1º o 28º dia de vida extrauterina	2	12,5%
Morte antes das 37 semanas de vida intrauterina	2	12,5%
Lesões diversas	9	56,3%
Privação de condutas benéficas	3	18,7%
Total	16	100%

Fonte: elaboração pela autora, com base no levantamento feito no TJSP

Quanto ao uso dos instrumentos legais vigentes na decisão proferida, a análise dividiu-os em legislação ordinária e especial, na tentativa de entender qual a influência das leis específicas sobre assistência durante o parto para a vitória da mulher no Tribunal. São consideradas leis ordinárias os Códigos e a Constituição Federal. Todas as demais foram enquadradas no segundo grupo.

O resultado da investigação demonstrou que o conhecimento e aplicação pelo julgador do que classificamos como legislação especial auxilia no acolhimento do pedido da mulher:

Uso da legislação específica sobre o tema nas decisões	Apelações julgadas	Vitória da mulher	Proporção de vitórias
Ao menos uma das leis especiais	8	4	50%
Apenas leis ordinárias	20	7	35%
Total	28	11	39,3%

Fonte: elaboração pela autora, com base no levantamento feito no TJSP

Dentre as leis ordinárias, o Código de Defesa do Consumidor foi o mais citado (32,1% dos julgamentos), principalmente considerando o número de ações que tramitaram na seção de Direito Privado e a relação de consumo estabelecida entre paciente, plano de saúde e hospital privado nesses casos. Das leis especiais utilizadas, a Lei nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante, foi utilizada em 17,9% das decisões. Destas, 50% deram provimento ao pedido da mulher. Ainda, foi possível inferir que muitas portarias do MS e da ANVISA, como as citadas anteriormente, são desconhecidas ou ignoradas quando se julgam casos de violência obstétrica, considerando que foram utilizadas em apenas 3,6% dos acórdãos.

Também ficou demonstrado que as diretrizes extralegis, que criam parâmetros técnicos nacionais e internacionais para a assistência à gestação e parto, criam um cenário mais favorável ao provimento do recurso da puérpera.

Uso de diretrizes extralegis nas decisões	Apelações julgadas	Vitória das mulheres	Proporção de vitórias
Ao menos uma diretriz	9	6	66,7%
Ausência de citação	19	5	26,3%
Total	28	11	39,3%

Fonte: elaboração pela autora, com base no levantamento feito no TJSP.

No caso dos acórdãos analisados para esta pesquisa, foram encontradas, além da citação das diretrizes trazidas no início, menções às mais diversas diretrizes nacionais e internacionais, ainda que não estivessem totalmente atualizadas à época do julgamento¹⁴.

¹⁴ “Parto, aborto e puerpério – assistência humanizada à mulher”. Ministério da Saúde, 2001; “Assistência pré-natal – manual técnico”. Ministério da Saúde, 2000; “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde”. OMS, 2014; “Manual Técnico das Casas de Parto do Município de São Paulo”. Prefeitura de São Paulo, Secretaria da Saúde, 2019. “Recomendações da OMS sobre intervenções de promoção da saúde para a saúde materna e neonatal”. OMS, 2015. (tradução nossa).

Quando a demanda da gestante é acolhida, observa-se que o hospital é sempre condenado e deve arcar com o disposto na condenação (danos morais, pensão vitalícia, honorários advocatícios, custas processuais...). Em apenas uma vitória o hospital era público, o que gerou dever de indenizar para o Estado.

No que diz respeito à responsabilização pela violência praticada, nos casos em que o pedido da puérpera é procedente, observa-se um baixo índice de responsabilização do médico, quando ele figura como réu: 18,2%. É de se notar ainda que, nesses casos em que há a responsabilização, essa é solidária, de modo que o médico é condenado e nunca arca com a indenização estipulada sozinho.

A negativa do reconhecimento da violência obstétrica, desfecho de 60,7% dos casos, é justificada nas decisões com a ausência de provas que corroborem com o alegado pela autora (41,2%). Há uma parcela das decisões que justifica a negativa com a ausência de nexo causal entre a conduta médica e os danos sofridos (29,4%); ou com laudos produzidos pelo Instituto de Medicina Social e Criminologia (IMESC), que sustentam a ausência de erro médico (17,6%).

Desta análise, é possível inferir que o uso da legislação específica sobre o tema, assim como o uso das diretrizes nacionais e internacionais de assistência na decisão de segundo grau influencia diretamente nas chances de um resultado positivo para a apelante. Também foi possível perceber a influência positiva da presença de desembargadoras nos julgamentos, que levam a um maior índice de reconhecimento das violações. É notável ainda o número considerável de gestantes que relatam o uso de episiotomia e a assistência inadequada como prática violenta.

4.1 O que evidenciam as vivências da assistência ao parto no Estado de São Paulo

A análise anterior dos julgados permitiu inferir que, em menor e maior proporções, existem decisões favoráveis e desfavoráveis às mulheres. Diante do encontrado, pretende-se trazer alguns dos acórdãos encontrados na pesquisa, com o intuito de demonstrar mais detalhes do processo decisivo realizado nos tribunais.

O quadro clínico de Bianca¹⁵, autora de uma ação de indenização por danos morais, apontava para dois fatores de risco para a gestação: dois abortos prévios e idade materna

¹⁵ Nome alterado para preservar o anonimato dos envolvidos.

avançada. Na data dos fatos, chegou ao pronto socorro às 13h50 em franco sangramento. Passou pela triagem quarenta minutos após a chegada, às 14h40. As testemunhas narraram, além do pavor e do constrangimento vivido pela autora, que, em dado momento, diante da espera e do estado de Bianca, os pacientes que também aguardavam atendimento solicitaram que dessem prioridade a ela, tendo em vista o aparente quadro grave da gestante. Nada, porém, foi feito. O acolhimento médico foi realizado às 16h, quando se constatou o óbito fetal. No acórdão prolatado pela 10ª Câmara de Direito Privado, o relator consignou que, embora os abortamentos espontâneos aconteçam por razões muitas vezes não detectáveis, e o laudo não tenha apontado erro médico ounexo de causalidade entre o evento e o abortamento, o quadro dos autos “permite entrever que houve conduta negligente dos atendentes e profissionais em relação à autora, fazendo exsurgir o dano moral alegado na inicial”. Nas palavras do desembargador, a gestante passou por momentos de dor e desespero injustificadamente, “visível a todos que acompanham sua via crucis na busca pelo atendimento. Não se pode admitir que a mulher grávida passe pela situação a que foi submetida a autora no pronto socorro do hospital apelado”¹⁶ A ação foi julgada procedente, sendo os danos morais arbitrados em R\$40.000,00, a serem ressarcidos pelo hospital.

Diana¹⁷, por sua vez, pleiteou indenização por danos morais, alegando ter dado à luz Gabriela¹⁸ sem a assistência necessária por parte do Estado. Com 29 semanas de gestação foi presa em flagrante em 09 de julho de 2017 pela suposta prática de tráfico de drogas, tendo sido encaminhada ao Centro de Detenção Provisória (CDP) de Franco da Rocha, onde ficou aguardando julgamento. Durante a reclusão, seu último atendimento se deu em 08 de agosto do citado ano. Em 11 de setembro, às duas da manhã, relatou à chefe do plantão as fortes dores que sentia. Essa, por sua vez, respondeu que deveria aguardar na cela. Gabriela nasceu às 02h25, amparada por pessoas que estavam próximas a ela e a sua mãe. Foram assistidas em um colchão até a ambulância e levadas ao hospital, aonde chegaram 50 minutos depois do parto. Tudo ocorreu a cargo da equipe noturna do CDP, uma vez que não havia no local profissional da saúde apto a auxiliar Diana ou qualquer outra gestante que precisasse de atendimento. Mãe e bebê tiveram alta dois dias depois, sem intercorrências médicas.

¹⁶ Apelação Cível nº 1010333-50.2013.8.26.0127. 10ª Câmara de Direito Privado. Relator Desembargador J.B. Paula Lima.

¹⁷ Nome alterado para preservar o anonimato dos envolvidos.

¹⁸ Idem.

Ressalta-se que Gabriela é considerada um bebê prematuro¹⁹ por uma diferença de apenas três dias, segundo os parâmetros internacionais (OMS, 2018). Ainda, segundo levantamento realizado pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo em 2017, 79 das 210 gestantes presas no Estado de São Paulo estavam no CDP de Franco da Rocha. Isso representa 37,6% das mulheres gestantes inseridas no sistema carcerário estadual que, assim como Diana, não poderiam contar com assistência médica em casos de urgências ou emergências obstétricas, contrariando o estabelecido pelas “Diretrizes para a convivência mãe-filho no sistema prisional”, do Ministério da Justiça, que, além de inadmitir o parto dentro do estabelecimento carcerário, frisa a importância de “salvaguardar o direito da mulher de ter atendimento adequado, seguro e humanizado no momento do parto” (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2016, p. 20).

Embora não seja possível realizar este recorte considerando os acórdãos analisados pela pesquisa, é preciso destacar – como fez Diana em seu recurso – “o abuso propriamente dito, e preconceito com certos grupos populacionais, com as pessoas negras, seu caso”²⁰. A recorrente violação do direito das mulheres pretas e pardas ao parto respeitoso e digno, com a falta de intervenções necessárias, como foi o caso de Diana, colaboram para um índice maior de mortalidade materna quando considerado o recorte de étnico-racial (LEAL, 2017, p. 2 e 10)²¹.

O relator Desembargador Paulo Galizia, da 10ª Câmara de Direito Público, julgou a ação improcedente, considerando as informações sobre o procedimento administrativo instaurado (que concluiu que o ocorrido era imprevisível) e outras informações sobre a assistência que recebeu a gestante durante o pré-natal, como exames realizados na última consulta e a anotação no cartão de acompanhamento de Diana que estabelecia o dia 06/10/2017 como data prevista para o parto.

Assim como Diana, outras duas gestantes também relataram, nas iniciais de suas ações, partos realizados sem a assistência médica esperada e em local inapropriado. Diferente do caso anterior, ambos os pedidos foram providos. Um, em decisão da 10ª Câmara de Direito Privado que, diante do nascimento do bebê dentro do banheiro do hospital, com a assistência do marido e acompanhante da gestante, considerou que o transtorno causado à autora durante seu trabalho

¹⁹ Vide glossário nas páginas 37-38.

²⁰ Apelação Cível nº 1032502-83.2018.8.26.0053. 10ª Câmara de Direito Público. Relator Desembargador Paulo Galizia.

²¹ Para detalhamento maior sobre a questão da violência obstétrica racial, ou racismo obstétrico, consultar “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”.

de parto representa “dissabor experimentado que vai além do transtorno normal da vida [...]. A conduta lesiva indicando vício na prestação e serviços, o resultado danoso (abalo emocional) e o nexo de causalidade entre uma e outro, permitem concluir pelo dever de indenizar”²² – gerando condenação ao ressarcimento dos danos sofridos no valor de R\$20.000,00. No outro pedido provido, a gestante narra que o “parto foi realizado na enfermaria, sem equipe médica ou qualquer equipamento, na presença de outros pacientes, inclusive do sexo masculino, expondo a autora a situação constrangedora, de maneira desnecessária e desrespeitosa”²³. Reconhecido o dano sofrido pela parturiente, a indenização foi fixada em R\$50.000,00.

Em outro caso, onde a apelante também foi encaminhada à cesariana, a decisão da 4ª Câmara de Direito Privado destacou que a própria autora da ação relatou que o marido estava na recepção, preenchendo documentos, e que não há provas de que foi impedida sua entrada na enfermaria (embora no relatório do acórdão conste que a médica responsável pelo parto, Dra. Lucilene, havia afirmado que “o autor não aguentaria assistir ao parto em função da presença de mecônio”). Da mesma forma, seu marido ficou sabendo por acaso do nascimento do bebê, enquanto observava o berçário da maternidade. Nas palavras do Desembargador Alcides Leopoldo, “não se vislumbra a ocorrência de danos à personalidade, que superem os aborrecimentos cotidianos, havendo o parto sido realizado livre de intercorrências, com segurança da autora e do recém-nascido, que se mostrou saudável, sendo as dificuldades iniciais de amamentação comuns”²⁴.

A autora desta outra demanda, negada em primeira instância, estava na 41ª semana de gestação, que era de risco, quando foi internada para indução ao parto natural. Narra que seu organismo não iniciou o processo de contrações após 20 horas de trabalho de parto, quando solicitou uma cesariana, que não foi realizada. Foi submetida ao parto normal com uso de fórceps²⁵ e episiotomia, que acabou por romper o nervo entre a vagina e o ânus, causando incontinência urinária e fecal. Salientou em apelação a necessidade de outra perícia, diante da inconclusão do laudo, bem como do exame que foi feito pela perita, que sequer observou o local das lesões. Os males causados geram reflexos em sua vida pessoal e profissional, já que “não

²² Apelação Cível nº 1039146-32.2017.8.26.0100. 2ª Câmara de Direito Privado. Relatora Desembargadora Marcia Della Déa Barone.

²³ Apelação Cível nº 1040603-68.2018.8.26.0002. 5ª Câmara de Direito Privado. Relator Desembargador A.C. Mathias Coltro.

²⁴ Apelação Cível nº 4011377-09.2013.8.26.0562. 4ª Câmara de Direito Privado. Relator Desembargador Alcides Leopoldo.

²⁵ Vide glossário nas páginas 37-38.

mais se olha da mesma forma e tem dificuldades na vida sexual”²⁶, a musculatura e a aparência vaginal e anal estão comprometidas, e precisa utilizar fraldas geriátricas, o que lhe causa constrangimento.

Na decisão de desprovimento do recurso, o relator utilizou-se de parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde para acatar o uso do fórceps. Quanto à episiotomia, que teria causado a incontinência, aduziu que foi realizada “a **médio lateral-direita**, no mesmo local em que já havia cicatriz da episiotomia do parto anterior, [mas], não há quaisquer elementos probatórios que demonstrem a ocorrência de alguma lesão ou outra intercorrência quando [de sua] realização, que é usada justamente para prevenir lacerações²⁷ na região do períneo²⁸ por ocasião da expulsão do feto” (grifo nosso)²⁹.

Neste caso, as diretrizes utilizadas pelo desembargador para justificar o bom uso do fórceps³⁰ dispõem, quanto às lacerações, que: aconselha-se o uso restrito, e não de rotina, apenas nos casos em que há risco de uma laceração de terceiro grau e há constatação de sofrimento fetal. “As episiotomias medianas são suturadas com mais facilidade e têm a vantagem de melhor cicatrização, entretanto, as médio-laterais são melhores na proteção do esfíncter anal e reto” (BRASIL, 2001, p. 80-81). Ainda que se considere que a prática é aconselhável no caso da parturiente, pode-se inferir também que não ocorreu conforme se espera de seus resultados, justamente porque foram na contramão do que pontuou o Ministério da Saúde.

Em um outro caso, o relato da apelante menciona que foi xingada e humilhada pelo médico, e que sofreu um corte na vagina e, quando suturada, “ficou tão estreita que lhe causou dor e inchaço, o que demandou nova intervenção cirúrgica, em que, sem qualquer razão aparente, teve seu útero retirado”³¹. Pontuou que as anotações no prontuário não correspondem à realidade, porque os procedimentos não aconteceram sem intercorrência. Sustenta a ocorrência de má assistência médica, já que a gravidez que prosseguiu sem maiores intercorrências resultou na trágica perda de seu útero e da possibilidade de ter mais filhos.

²⁶ Apelação Cível nº 1016633-70.2016.8.26.0564. XX Câmara de Direito Privado. Relator Desembargador Elcio Trujillo.

²⁷ Vide glossário nas páginas 37-38.

²⁸ Vide glossário nas páginas 37-38.

²⁹ Apelação Cível nº 1016633-70.2016.8.26.0564. XX Câmara de Direito Privado. Relator Desembargador Elcio Trujillo.

³⁰ “Parto, aborto e puerpério – assistência humanizada à mulher”. Ministério da Saúde, 2001

³¹ Apelação Cível nº 0045932-09.2003.8.26.0001. 6ª Câmara de Direito Privado. Relator Desembargador Eduardo Sá Pinto Sandeville.

A análise do prontuário da paciente, do processo disciplinar protocolado junto ao CRM, e da perícia médica realizada pelo IMESC foram utilizadas pelo julgador para embasar a negativa dos pedidos formulados pela apelante, pois, “após detida análise [...], afastaram a ocorrência da culpa de qualquer profissional, bem como a ocorrência de maus tratos e má conduta ante o quadro de saúde da paciente”. A justificativa para a retirada do útero se baseou na hemorragia, consequência da atonia uterina verificada no caso, sendo que a apelante recebeu tratamento adequado, diante do risco de vida – “sem nexo para erro médico”, segundo o perito.³²

Da leitura do acórdão, é possível ainda extrair o seguinte trecho:

Por seu turno, a testemunha C.S.C. (fls. 2.299/2.300) limitou-se a dizer que **o médico aparentemente referiu-se a autora como escandalosa, tendo o visto “o Dr. Paulo dar alguns tapas no rosto da autora, talvez para acordá-la”**. Não houve referência, porém, a xingamentos, muito menos que a autora tivesse sido chamada de “vadia” ou “cadela”, como menciona a inicial” Observo, quanto à prova testemunhal, que [testemunha C.S.C.] **afirma ter visto o médico “dar alguns tapas no rosto da autora, talvez para acordá-la”, gritava com a paciente, para que fosse andando até a sala de parto, chegando ao ponto de empurrá-la. Contudo, embora graves os fatos narrados, não há nos autos outros indícios ou provas que corroborem a sua ocorrência.** (grifo nosso)³³

Do ponto de vista das violações de direitos, este caso é extremamente problemático, principalmente, sob dois aspectos: o primeiro, o do relato da gestante sobre o “ponto do marido”³⁴, conduta médica bastante conhecida entre as mulheres que, embora não possua qualquer embasamento científico, é realizado a critério médico (leva a nomenclatura do companheiro porque, em tese, o beneficia, mas não há registro de que aconteça a pedido deste); o segundo, o de que a inicial relata abusos cometidos pelo médico (humilhação), que são confirmados pela prova testemunhal, mas são desconsiderados. Evidente que tal conduta – extremamente inadequada e desrespeitosa – não estaria lastreada em prova documental, como o prontuário médico, mas, ainda nestes casos, testemunhas não são suficientes.

Ainda, é preciso pontuar que, mesmo sendo necessária a retirada do útero, em nada foi consultada ou informada a gestante, que acionou o poder judiciário diante da intervenção cirúrgica que aconteceu “sem razão aparente”.

Segundo o histórico deste outro caso, os autores recorreram da sentença de primeiro grau pois foi comprovada a conduta culposa da profissional que assistiu mãe e bebê durante o

³² Idem

³³ Idem

³⁴ Vide glossário nas páginas 37-38.

parto. Motivada por razões pessoais (uma viagem familiar), a médica decidiu por antecipar o parto de Cleide³⁵, que estava na 39ª semana de gestação. Relatam os autores que, em dado momento do parto, quando Henrique ficou preso no canal pélvico, a médica desesperou-se e passou a agir de forma imperita, determinando que fosse realizada a manobra de Kristeller na gestante, bem como tentou o uso de fórceps e se retirou do centro obstétrico na tentativa de localizar outro profissional apto a realizar uma cesariana. O resultado de todas estas medidas foi o nascimento de Henrique³⁶, decorridos 25 minutos que estava preso no canal pélvico. Diante da anoxia fetal apresentada, foi encaminhado à UTI, onde foi intubado. Passou também por cirurgias para retirada de partes necrosadas de seu intestino.

Henrique foi posteriormente diagnosticado com lesões musculares e cerebral, e hemorragia cerebral, dentre outros problemas. Como consequência, tem grande dificuldade de se comunicar e interagir, “sendo totalmente dependente para a realização de suas atividades cotidianas, permanecendo todo o tempo em uma cadeira de rodas adaptada”³⁷. Seus pais requereram, dentre outras coisas, a condenação solidária dos réus ao pagamento de indenização por danos morais e materiais e pensão vitalícia mensal à criança. Em primeiro grau os pedidos foram negados sob a justificativa de que “o comportamento da médica ré foi objeto de elogio pela perícia técnica levada a efeito, destacando-se o monitoramento³⁸ e insistentes manobras voltadas a que a evolução do trabalho de parto chegasse a bom termo”³⁹

No acórdão, diante das provas apresentadas, o desembargador entendeu que Henrique nasceu em condições precárias de saúde devido ao prolongado trabalho de parto. Mas, ainda que a perícia tenha não apontado a adoção de condutas inadequadas, decidiu pela imperícia médica, uma vez que não tomou os procedimentos corretos e tempestivos para evitar a asfixia do bebê. Destacou sua imperícia e despreparo, tanto pela determinação da manobra de Kristeller, quanto pela não realização da cesárea, tendo que solicitar suporte de outro médico.

Os réus (convênio, médica e hospital) foram condenados solidariamente, devendo arcar com os prejuízos materiais consistentes em despesas médico-hospitalares, incluindo medicamentos, terapias, exames, equipamentos e honorários profissionais. Fixou também

³⁵ Nome alterado para preservar o anonimato dos envolvidos.

³⁶ Idem.

³⁷ Apelação Cível nº 0018125-51.2010.8.26.0071. 9ª Câmara de Direito Privado. Relator Desembargador José Aparício Coelho Prado Neto.

³⁸ Vide glossário nas páginas 37-38.

³⁹ Apelação Cível nº 0018125-51.2010.8.26.0071. 9ª Câmara de Direito Privado. Relator Desembargador José Aparício Coelho Prado Neto.

pensão vitalícia no valor de três salários-mínimos, devidos a partir do 16º aniversário de Henrique. A indenização por danos morais foi arbitrada em cento e cinquenta mil reais para o bebê e em cem mil reais para cada um dos pais, **“levando em conta que os objetivos primordiais da verba em testilha são desestimular a conduta ilícita dos réus e trazer algum lenitivo aos autores”**⁴⁰ (grifo nosso). A pensão paga ao bebê deve poder custear alguém que auxilie em seus cuidados.

Esta foi a única decisão que utilizou a fixação dos danos morais como desestímulo à prática de violência obstétrica. Neste caso, o desembargador preferiu utilizar este critério para arbitrar o valor a procurar na jurisprudência do Tribunal parâmetros mais adequados, como observado em outros casos. É ainda um exemplo de reconhecimento da culpa médica diante dos danos causados aos autores, também dos danos morais causados ao companheiro da gestante e pai do bebê, que, presenciando a prática das condutas médicas, também experencia situações que ultrapassam os dissabores cotidianos.

Esta decisão pode ser utilizada como um retrato da intervenção como prática na assistência às gestantes, que muitas vezes são motivadas por questões que em nada se relacionam com a proteção do binômio mãe-bebê – neste caso, a viagem familiar da médica, claramente inconciliável com o respeito ao momento indicado pelo corpo da mulher como adequado para o parto. Neste sentido, aponta Diniz:

Fatores ligados aos médicos especialistas assistentes no Brasil agem como forças geradoras do excesso de cesarianas: conveniência, agendamento, rapidez no parto, receio de processos por má prática e a crença de que as mulheres preferem e solicitam a cesariana [...]. Além disso, quando o médico faz o pré-natal, conveniência, facilidade de agendamento e rapidez no procedimento significam desdobramentos econômicos com melhor administração de outras atividades remuneradas e de tempo livre. (DINIZ, 20, p. 9)

Todos os casos trazidos neste tópico exemplificam em maiores detalhes a atuação do TJSP, que não possui entendimento pacífico sobre nenhuma das questões examinadas, ainda que muitas estejam expressamente previstas na legislação. Percebe-se que, diante das provas apresentadas, a decisão pode variar substancialmente à medida em que cada uma delas pareça mais ou menos relevante para o julgador no momento de decidir sobre o caso.

Ainda, é necessário pontuar o aspecto subjetivo presente em cada decisão, que já foi observado em pesquisa sobre a tipificação penal do infanticídio:

⁴⁰ Idem.

A gestação de uma juíza, a religiosidade de um desembargador, a perspectiva mais ou menos punitivista de um promotor, o envolvimento e conhecimento de uma defensora, a crença no estado puerperal por um perito, dentre tantas outras posturas podem influenciar os rumos dos autos, levando a caminhos processuais e a resultados distintos. Para cada posicionamento há, nas doutrinas e na jurisprudência um “cardápio” de possibilidades que permite interpretar casos, com certa liberdade, havendo opções tanto para os que “acreditam” quanto para os que “não acreditam” no infanticídio. (ANGOTTI, 2019, p. 316)

Assim, percebe-se que, além de todos os fatores levantados anteriormente pela análise jurisprudencial (presença de legislação específica, diretrizes, participação de desembargadoras, entre outros), o julgador em si é fator relevante para o resultado, já que é determinado pelo acaso das distribuições aleatórias de processos e, cada um em sua particularidade, entende “violência” ou “aborrecimento cotidiano”, por exemplo, de uma maneira.

5 Conclusão

O acesso universal à saúde é previsto constitucionalmente como direito social e dever do Estado, que deve criar políticas que permitam sua efetivação e fiscalização. A questão da saúde materna é extremamente importante e urgente, de modo que foi elencada pela ONU em 2017, no Plano Estratégico do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2017) como área a ser trabalhada e melhorada internacionalmente, impactando diretamente na meta de desenvolvimento sustentável estabelecida para 2030.

Assim como mulheres são violentadas em seus lares por pessoas que acreditam ser donas de seus corpos e decisões, a violência obstétrica acontece rotineiramente nos hospitais, sob o manto da autoridade técnica, ainda que estejam ali para perpetuar a maternidade, função de grande valor social. Suas consequências ultrapassam a dimensão física, passando a ocupar o imaginário das mulheres que, sem acesso à assistência respeitosa e informação baseada em evidências científicas, são impossibilitadas de diferenciar condutas médicas de emergência de violações do direito à saúde.

A respeito da legislação específica sobre o tema, pode-se considerá-la ampla e atualizada de acordo com os parâmetros nacionais e internacionais estabelecidos, já que regulamenta muitas questões relacionadas ao pré-natal e assistência ao parto, como foi levantado. Sua utilidade e eficácia, porém, são bastante questionáveis, à medida em que o magistrado pouco se utiliza destes dispositivos em suas decisões. No mais, os índices nacionais e estaduais que mensuram a assistência oferecida ao binômio mãe-bebê, atualmente em

desacordo com o recomendado pela OMS, demonstram que o país, embora reconheça formalmente o direito da mulher à saúde e assistência humanizada, não consegue prover atendimento adequado em um número expressivo de casos.

Necessário pontuar que a maioria dos dispositivos tratados nesta análise regulamentavam a assistência à mulher no âmbito do sistema público de atendimento, o que refletiu em parte dos pedidos negados às gestantes que recorreram ao judiciário. Assim, ainda que algumas violações sejam reconhecidas, identifica-se a ausência de normas que reconhecidamente amparem a mulher que dá à luz em instituições privadas. Diante da disparidade dos dados que tratam o atendimento no âmbito público e privado, como o número de partos normais e cesarianas, é possível entender que a legislação – ou a sua inefetividade – privilegia a proteção das instituições privadas em detrimento da assistência adequada ao nascimento, o que explica as altas taxas de intervenções observadas no Brasil.

A violência obstétrica, como definida neste trabalho, é um tema presente, mas ainda pouco tratado pelo TJSP, tendo em vista o número de acórdãos localizados quando realizada a pesquisa de jurisprudência na base de dados. Apresenta um posicionamento mais desfavorável ao pedido das gestantes, e uma demanda maior de violações ocorridas no âmbito privado da assistência. São fatores que aumentam a chance de vitória para as parturientes, considerando a análise elaborada: a presença de mulheres no colegiado de desembargadores que decidirá o caso e o uso de legislação específica sobre o tema, bem como de diretrizes nacionais e internacionais para assistência à gestante.

A análise dos acórdãos permitiu identificar também um baixo nível de responsabilização direta dos médicos diante da constatação da prática de violência obstétrica. Quando responsabilizados e condenados, estes não sofrem penalidade maior que a obrigação de arcar com parte da indenização monetária arbitrada na decisão. Nos casos analisados, não surgiu qualquer indicativo de que a demanda pudesse ser tratada na esfera criminal, para fins de responsabilização por lesão corporal, por exemplo. Em contrapartida, pontua-se que é facilmente localizável na legislação penal brasileira tipos penais aptos a encarcerar por anos uma mulher condenada por infanticídio ou aborto.

Esses dados levam à reflexão sobre a necessidade de uma lei que obrigue o médico condenado a adotar condutas mais adequadas, principalmente se considerarmos que a condenação do hospital, do convênio ou do Estado não necessariamente interfere na conduta de cada profissional responsável pelo atendimento às gestantes, de maneira que não há, para o

médico, consequência prática dos atos praticados, ainda que os danos decorrentes da má assistência prestada estejam judicialmente reconhecidos.

A discussão presente nos casos concretos analisados revela que não há, dentro do escopo do tratado na análise jurisprudencial, consenso sobre temas bastante recorrentes, como a presença do acompanhante ou o uso de episiotomia, haja vista diferentes decisões em que o magistrado fundamentou sua decisão em outros elementos do caso concreto que não o laudo médico ou a prova testemunhal. Quando falamos de violências que ultrapassam os danos físicos, há uma recorrente descaracterização sob o pretexto de que mãe e bebê “passam bem” após o trabalho de parto. Essa, porém, é uma falsa sensação de que as violências verbal e institucional, por exemplo, não causam efeitos na percepção do corpo e da maternidade, o que evidencia o impacto desta violência no livre exercício da sexualidade da mulher.

Diante da recorrência das práticas violentas no âmbito da assistência à gestante, bem como a tratativa delas quando a demanda é judicializada, conclui-se que a maneira mais eficaz de prevenir a violência – para que não seja necessário punir sua prática – é a intervenção na formação dos especialistas de saúde e agentes administrativos que atuam diretamente no atendimento à gestante. Para os casos em que a violência ocorre, é necessária uma legislação que comprometa a equipe responsável pela assistência prestada, retirando da esfera da pessoa jurídica a responsabilização pelos danos físicos, psicológicos e sexuais causados pela pessoa física.

A adoção de novas práticas como prevenção à violência obstétrica não colabora apenas com o fim das intervenções desnecessárias, mas com a retomada de uma relação mais saudável entre médico e paciente, na qual a gestante não mais ocupa o polo passivo, mas tem igual poder decisório sobre seu corpo e sua sexualidade. Nesse sentido, humanizar o atendimento profissional, valorizando o protagonismo da mulher em suas escolhas e decisões, é o passo mais importante para que seus direitos sejam conhecidos e efetivados – tudo para que esta violência de gênero seja, de fato, combatida, e não nos conformemos apenas com puni-la.

Referências

AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/publico/JanainaMAGuiar.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2020.

ANGOTTI, Bruna. **Da solidão do ato à exposição judicial: uma abordagem antropológica-jurídica do infanticídio no Brasil**. 2019. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-16092019-153730/publico/2019_BrunaAngotti_VCorr.pdf>. Último acesso em: 30 out. 2020.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº 36, de 03 de junho de 2008**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Último acesso em 27 out. 2020.

BRASIL erradica sub-registro civil de nascimento. Governo Federal, 2018. 2018a. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/sdh/noticias/2015/dezembro/brasil-erradica-sub-registro-civil-de-nascimento>>. Acesso em: 27 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional. **Diretrizes para a Convivência Mãe-Filho/a no Sistema Prisional**. Brasília, 2016. Disponível em: <<https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2018/01/formacao-diretrizes-convivencia-mae-filho-1.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 368, de 06 de janeiro 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]. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>>. Último acesso em: 27 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 428, de 07 de novembro de 2017**. [Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016]. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==>>. Último acesso em: 27 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. [Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá outras providências]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Último acesso em: 27 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. [Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Último acesso em: 27 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. [Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Último acesso em: 27 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Último acesso em: 27 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Último acesso em: 01 nov. 2020.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs>. Último acesso em: 07 set. 2020.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Último acesso em 20 out. 2020.

_____. Presidência da República. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/111108.htm>. Último acesso em 27 out. 2020.

_____. Presidência da República. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [periódico na internet]. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/11634.htm>. Último acesso em 27 out. 2020.

CIELLO, Cariny et al. (Colabs.). **Violência obstétrica: “parirás com dor”**. Senado Federal: Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. (Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres). Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Último acesso em 12 ago. 2020.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais**. 2015. 46 f. Monografia (Bacharelado em Direito) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <<https://bdm.unb.br/handle/10483/10818>>. Acesso em: 27 jul. 2020.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Mães em cárcere: dados estatísticos 2017**. São Paulo, abr. 2018. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/documentos/convive/Dados_Estatisticos_2017_V3.pdf> Acesso em: 25 set. 2020.

FILHO, Malaquias Batista; RISSIN, Anete. **OMS e a epidemia de cesarianas**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, v. 18, n. 1, p. 3-4, Mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292018000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2020.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Último acesso em: 27 out. 2020.

GENEVA. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215eng.pdf;jsessionid=258C7E441B3976BE5D01DB1AFE98BA38?sequence=1>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

_____. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO recommendations: Care in normal birth – a practical guide**. 1996. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215eng.pdf;jsessionid=258C7E441B3976BE5D01DB1AFE98BA38?sequence=1>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

NOVA IORQUE. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Executive Board of the United Nations Development Programme, the United Nations Population Fund and the United Nations Office for Project Services.** 2017. Disponível em: <<http://undocs.org/DP/2017/38>>. Acesso em: 25 set. 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2020.

PALMA, Carolina Coelho; DONELLI, Tagma Marina Schneider. **Violência obstétrica em mulheres brasileiras.** Psico, v. 48, n. 3, pp. 216-230, 2017. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/25161/pdf>>. Último acesso em: 05 jul. 2020.

POLIDO, Carla. **Distócia de ombro.** FEBRASGO, 01 dez. 2017. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/259-distocia-de-ombro>>. Acesso em: 27 ago. 2020.

SÃO PAULO (Estado). Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. **Lei nº 15.759/2015.** Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. Assessoria Técnico-Legislativa, São Paulo, SP. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/lei-15759-25.03.2015.html#:~:text=Assegura%20o%20direito%20ao%20parto,Estado%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs>>. Último acesso em 27 out. 2020.

_____. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Seção de Direito Privado. **Apelação Cível nº 1010333-50.2013.8.26.0127. 10ª Câmara de Direito Privado. Relator Desembargador J.B. Paula Lima. Julgado em 08/05/2020. Publicado em 08/05/2020.** Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=13542861&cdForo=0>>. Acesso em: 01 set. 2020

_____. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Seção de Direito Público. **Apelação Cível nº 1010934-98.2014.8.26.0037. 9ª Câmara de Direito Público. Relator Desembargador Carlos Eduardo Pachi. Julgado em 25/02/2019. Publicado em 25/02/2019.** Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=12255407&cdForo=0>>. Acesso em: 01 set. 2020

_____. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Seção de Direito Público. **Apelação Cível nº 1032502-83.2018.8.26.0053. 10ª Câmara de Direito Público. Relator Desembargador Paulo Galizia. Julgado em 27/04/2020. Publicado em 27/04/2020.** Disponível em:

<<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=13508443&cdForo=0>>. Acesso em: 01 set. 2020

_____. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Seção de Direito Privado. **Apelação Cível nº 1039146-32.2017.8.26.0100. 2ª Câmara de Direito Privado. Relatora Desembargadora Marcia Della Déa Barone. Julgado em 10/04/2019. Publicado em 10/04/2019.** Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=12395974&cdForo=0>>. Acesso em: 01 set. 2020

_____. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Seção de Direito Privado. **Apelação Cível nº 1040603-68.2018.8.26.0002. 5ª Câmara de Direito Privado. Relator Desembargador A.C. Mathias Coltro. Julgado em 18/09/2019. Publicado em 18/09/2019.** Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=12894700&cdForo=0>>. Acesso em: 01 set. 2020

_____. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Seção de Direito Privado. **Apelação Cível nº 1002589-57.2014.8.26.0292. 2ª Câmara de Direito Privado. Relator Desembargador José Carlos Ferreira Alves. Julgado em 20/07/2018. Publicado em 20/07/2018.** Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=11632069&cdForo=0>>. Acesso em: 01 set. 2020

_____. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Seção de Direito Privado. **Apelação Cível nº 4011377-09.2013.8.26.0562. 4ª Câmara de Direito Privado. Relator Desembargador Alcides Leopoldo. Julgado em 12/09/2019. Publicado em 16/09/2019.** Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=12884438&cdForo=0>>. Acesso em: 01 set. 2020

_____. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Seção de Direito Privado. **Apelação Cível nº 1016633-70.2016.8.26.0564. XX Câmara de Direito Privado. Relator Desembargador Elcio Trujillo. Julgado em 08/10/2019. Publicado em 09/10/2019.** Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=12959474&cdForo=0>>. Acesso em: 01 set. 2020

_____. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Seção de Direito Privado. **Apelação Cível nº 0045932-09.2003.8.26.0001. 6ª Câmara de Direito Privado. Relator Desembargador Eduardo Sá Pinto Sandeville. Julgado em 10/05/2018. Publicado em 05/06/2018.** Disponível em:

<<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=11512923&cdForo=0>>. Acesso em: 01 set. 2020

_____. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Seção de Direito Privado. **Apelação Cível nº 0018125-51.2010.8.26.0071. 9ª Câmara de Direito Privado. Relator Desembargador José Aparício Coelho Prado Neto. Julgado em 04/10/2016. Publicado em 05/10/2016.** Disponível em: <<https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=9873391&cdForo=0>>. Acesso em: 01 set. 2020

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. **Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 23, e180487, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832019000100255&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2020.

SIMAS, Raquel; MENDONÇA, Sara Souza. **O caso Adelir e o movimento pela humanização do parto: reflexões sobre violência, poder e direito.** Vivência: Revista de Antropologia, v. 1, n. 48, p. 89-103, 07 mar. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/11504/8095>>. Último acesso em: 05 jul. 2020.

TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. de A.; DINIZ, S. G. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. DOI: 10.5712/rbmfc10(35)1013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>>. Acesso em: 1 out. 2020.

TRAPANI JUNIOR, Alberto. **Cuidados no Trabalho de Parto e Parto: Recomendações da OMS.** FEBRASGO, 23 jul. 2018. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/556-cuidados-no-trabalho-de-parto-e-parto-recomendacoes-da-oms>>. Acesso em: 25 ago. 2020.

VALADARES, Carolina. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna.** Governo Federal, 2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>>. Acesso em: 25 set. 2020.

GOTTSCHALK, Marcie, et al. **As faces da violência obstétrica.** Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/jordi/172-violenciaobstetrica/violencia-obstetrica>>. Acesso em: 01 out. 2020.

GLOSSÁRIO

Atonia uterina

Perda da capacidade de contração que o útero pode sofrer após o parto.

Bolsa amniótica

Membrana mais interna do útero que abriga o bebê e toda a estrutura necessária para sua sobrevivência durante a gestação.

Distócia de ombros

Dificuldade de saída dos ombros do bebê durante o nascimento.

Dilatação

Abertura do colo do útero para passagem do bebê, que precisa alcançar abertura total de dez centímetros para que se proceda o parto.

Episiotomia

Corte feito no períneo para aumentar o canal de passagem do bebê.

Exame de toque/toque vaginal

Verificação das condições de dilatação do colo do útero da gestante realizada através da inserção dos dedos indicador e médio no canal vaginal.

Fórceps

Instrumento semelhante a uma pinça que é encaixado na cabeça do bebê para forçar sua saída do útero.

Laceração

Lesão no períneo devido ao parto natural.

Manobra de Kristeller

Compressão abdominal realizada com as mãos ou os braços do profissional de saúde, que coloca seu peso sobre a gestante, empurrando a barriga na direção da pelve durante o período final do trabalho de parto, no intuito de acelerar ou facilitar o nascimento do bebê.

Monitor fetal/Cardiotoco

Aparelho que avalia o bem estar fetal através do registro da frequência cardíaca e das contrações uterinas.

Ocitocina

Hormônio responsável por auxiliar nas contrações uterinas e na liberação do leite materno. É produzido naturalmente pelo cérebro, mas existe em formato sintético, sendo usado para induzir o parto.

Períneo

Região entre o ânus e a vagina.

Plano individual de parto

Documento informal, carta ou simples lista, onde a gestante relaciona tudo o que desejaria ou não que acontecesse no momento do parto. Garantido pela legislação brasileira, o Plano é pensado junto ao obstetra (ou pré-natalista nas Unidades Básicas de Saúde) e precisa ser assinado por médico e gestante. Sua principal função facilitar o diálogo com os profissionais no processo do parto.

Ponto do marido

Ponto extra e mais apertado que o recomendado, realizado durante a sutura da episiotomia, cuja finalidade é deixar a vagina mais estreita para “preservar” o prazer masculino nas relações sexuais, depois do parto.

Prematuro/Bebê prematuro

Nascido antes das 37 semanas completas de gestação.

Primípara

Gestante do primeiro filho/que vai parir pela primeira vez.

Tricotomia

Raspagem dos pelos pubianos.

TERMO DE AUTENTICIDADE DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Eu, Jaqueline Schneider Gomes

Aluno(a), regularmente matriculado(a), no Curso de Direito, na disciplina do TCC da 10ª etapa, matrícula nº 4168110-1, Período Matutino, Turma C,

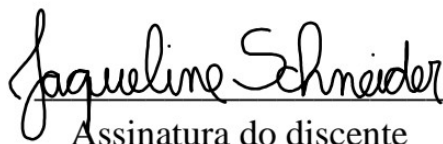
tendo realizado o TCC com o título: Violência obstétrica: uma análise da atuação do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo,

sob a orientação do(a) professor(a): Dra. Bruna Soares Angotti Batista de Andrade

declaro para os devidos fins que tenho pleno conhecimento das regras metodológicas para confecção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), informando que o realizei sem plágio de obras literárias ou a utilização de qualquer meio irregular.

Declaro ainda que, estou ciente que caso sejam detectadas irregularidades referentes às citações das fontes e/ou desrespeito às normas técnicas próprias relativas aos direitos autorais de obras utilizadas na confecção do trabalho, serão aplicáveis as sanções legais de natureza civil, penal e administrativa, além da reprovação automática, impedindo a conclusão do curso.

São Paulo, 11 de novembro de 2020.


Assinatura do discente