



OBSERVATÓRIO
DE PESQUISAS
BRYANT GARTH



*“Se ficar gritando,
vai ter o filho sozinha”:*

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
À LUZ DO DIREITO BRASILEIRO E
DO SISTEMA INTERAMERICANO DE
PROTEÇÃO DE DIREITOS HUMANOS



NUPEGRE

Núcleo de Pesquisa
em Gênero, Raça e Etnia





NUPEGRE

Núcleo de Pesquisa
em Gênero, Raça e Etnia



Escola da Magistratura
do Estado do Rio de Janeiro

NÚCLEO DE PESQUISA EM GÊNERO, RAÇA E ETNIA – NUPEGRE/EMERJ

Relatórios de Pesquisa NUPEGRE

“SE FICAR GRITANDO, VAI TER O FILHO SOZINHA”:
A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA À LUZ DO DIREITO
BRASILEIRO E DO SISTEMA INTERAMERICANO DE
PROTEÇÃO DE DIREITOS HUMANOS

Rio de Janeiro
2024

ISSN 2595-7902

Relat. Pesq. NUPEGRE, Rio de Janeiro, n. 7, p. 1-214, 2024.

© 2024 EMERJ

Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro - EMERJ

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – TJERJ

Diretor-Geral

Desembargador Dr. Marco Aurélio Bezerra de Melo

Equipe Administrativa

Diretora do Departamento de Pós-Graduação em Direito: Ma. Ana Cristina Willemann

Apoio Administrativo: Yanka Albertin Sodré da Silva e Fernanda Lidimara Barbosa

Produção Gráfico-Editorial

Chefe do Serviço de Design Gráfico: Ébano Machel do Rosario Assis

Capa: Rafaelle Neves

Diagramação: Rafaelle Neves

Serviço de Revisão de Texto: Ana Paula Maradei, Clara Bastos e Maressa Fernanda Almeida da Silva

Relatórios de pesquisa NUPEGRE/Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro.

– n. 1, 2018- . – Rio de Janeiro : EMERJ, 2018- . – v.

Irregular

ISSN 2595-7902

1. Direito – Periódicos. 2. Relações de gênero – Periódicos. I. RIO DE JANEIRO (Estado). Tribunal de Justiça. Escola da Magistratura. II. NUPEGRE

CDD 340.05

CDU 34(05)

Todos os direitos reservados à Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro - EMERJ

Rua Dom Manuel, nº 25 - Rio de Janeiro/RJ CEP: 20.010-090

Telefones: (21) 3133-3886 / 3133-3959

www.emerj.tjrj.jus.br - emerj.observatorio@tjrj.jus.br



Poder Judiciário do
Estado do Rio de Janeiro

Presidente

Desembargador Ricardo Rodrigues Cardozo

Corregedor-Geral da Justiça

Desembargador Marcus Henrique Pinto Basílio

1º Vice-Presidente

Desembargador Caetano Ernesto da Fonseca Costa

2º Vice-Presidente

Desembargadora Suely Lopes Magalhães

3º Vice-Presidente

Desembargador José Carlos Maldonado de Carvalho



Escola da Magistratura do
Estado do Rio de Janeiro - EMERJ

Diretor-Geral

Desembargador Marco Aurélio Bezerra de Melo

Conselho Consultivo

Desembargador Cláudio Luís Braga Dell'Orto
(Vice-Presidente)

Desembargador Claudio Brandão de Oliveira
(Diretor Adjunto Administrativo)

Desembargadora Ana Maria Pereira de Oliveira

Desembargador Ricardo Couto de Castro

Desembargadora Jacqueline Lima Montenegro

Desembargadora Patrícia Ribeiro Serra Vieira

Desembargador Fernando Cerqueira Chagas

Desembargador Luiz Marcio Victor Alves Pereira

JDS Maria Aglaé Tedesco Vilaro

Desembargadora Adriana Ramos de Mello



NUPEGRE
Núcleo de Pesquisa
em Gênero, Raça e Etnia

NUPEGRE – Núcleo de Pesquisa em Gênero, Raça e Etnia:

Magistrada Coordenadora:

Dra. Adriana Ramos de Mello

Professora Pesquisadora:

Lívia de Meira Lima Paiva

Isadora Vianna Sento-Sé

Alunos bolsistas:

Mariana Cerqueira Abbud

Letícia de Oliveira Machado

Beatriz Brito da Costa Honorato Santos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	12
METODOLOGIA	17
1. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ASSIMETRIAS E ESTEREÓTIPOS DE GÊNERO	22
1.1. Violência obstétrica institucional: saber autorizado vs. autonomia da mulher	22
1.2. Estereótipos e interseccionalidade	28
2. DEVER DE COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E GARANTIA DOS DSR	32
2.1. Barreiras identificadas para acesso ao serviço de saúde materna	36
2.2. Dever de eliminar estereótipo e adoção de perspectiva interseccional no acesso à saúde materna	38
2.3. Estândaes e precedentes no Sistema Interamericano de Direitos Humanos	42
2.3.1. Maria Mamérita vs. Peru	44
2.3.2. Comunidade indígena Xákmok Kásek vs. Paraguai	46
2.3.3. Cristina Brítez Arce vs Argentina	49
2.3.4. Balbina Rodriguez Pacheco vs. Venezuela	53
2.3.5. Cuscul Pivaral e outras vs. Guatemala	56
2.3.6. I.V. vs. Bolívia	61
2.3.7. Caso FS vs. Chile.	66
2.3.8. Eulogia Guzman e seu filho vs. Peru	67
2.3.9. Manuela y Otros vs. El Salvador	69
2.3.10. Beatriz y Otros vs El Salvador	73

2.3.11. M.T.R e outras vs. El Salvador	76
2.3.12. Carmen Helena Pardo Noboa vs. Equador	78
2.3.13. Jacqueline Grosso Nuñez vs. Uruguai	81
2.4. Resumo das recomendações aos Estados-parte	83
3. O DEBATE SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CONGRESSO NACIONAL	86
3.1. Leis federais afetadas pelos projetos de lei	90
3.1.1. Projetos de lei que alteram a Lei n. 8.080/1990	91
3.1.2. Projetos de lei que alteram a Lei n. 9.656/1998	96
3.1.3. Projetos de lei que alteram a Lei n. 8.069/1990	96
3.1.4. Projetos de lei que criam políticas públicas	98
3.1.5. Projetos de lei que tipificam a conduta	99
3.1.5.1. Projeto de Lei n. 8.219/2017	100
3.1.5.2. Projeto de Lei n. 2.082/2022	101
3.1.5.3. Projeto de Lei n. 422/2023	103
3.2. Projetos de Lei que tratam da violência obstétrica	104
3.3. Considerações finais sobre os PLs analisados	109
4. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS PROCESSOS JUDICIAIS	114
4.1. Breves considerações	115
4.1.1. Busca, seleção e análise de documentos secundários	115
4.1.2. Escolhas metodológicas e categorias associadas à violência obstétrica	116
4.2. Resultados	150
4.2.1. Deficiências estruturais dos serviços de saúde	150
4.2.2. Violência indenizável	151
4.2.3. Violências invisíveis	156
4.2.4 Impactos e consequências na vida das mães	161

4.2.5 Formas de violência obstétrica: SIDH x processos judiciais	164
4.3. Casos	166
4.3.1 Caso 20: Isamara	166
4.3.1.1. Descrição fática	166
4.3.1.2. Processo judicial:	169
4.3.2.Caso 86: Tania	171
4.1.1.1. Descrição fática	171
4.3.2.2. Processo judicial:	174
4.3.3.Caso 98: Roseli	178
4.3.3.1.Descrição fática:	178
4.3.3.2. Processo judicial:	180
4.3.4. Caso 62: Ana Cristina	181
4.3.4.1.Descrição fática	181
4.3.4.2. Processo judicial	183
4.3.5. Caso 72: Fernanda	185
4.3.5.1. Descrição fática:	185
4.3.5.2. Processo judicial:	186
4.3.6.Caso 97: Tatiele	190
4.3.6.1. Descrição fática:	190
4.3.6.2. Processo judicial:	190
CONCLUSÕES	192
RECOMENDAÇÕES	196
REFERÊNCIAS	199

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

Tabela 1- Palavras-chave utilizadas para busca da base de dados de Câmara e Senado	19
--	----

Tabela 2 – Termos de pesquisa utilizados para busca da base de dados do STJ	21
Tabela 3 - Casos sobre violência obstétrica no SIDH	43
Tabela 4 - Projetos de Lei por tema (N=173)	88
Tabela 5 - medidas sugeridas por quantidade de PLs sobre violência obstétrica (N=21)	105
Tabela 6 - Tipo de ação/omissão e quantidade de ocorrência	157
Tabela 7 - Formas de violência obstétrica: SIDH x processos judiciais	164
Figura 1 - Parto humanizado na América Latina	35
Figura 2 - Quantidade de casos x danos argumentados nos processos	153
Figura 3 - Gráfico condutas associadas à violência obstétrica	159

APRESENTAÇÃO

A sétima pesquisa do Núcleo de Pesquisa em Gênero, Raça e Etnia (NUPEGRE) da EMERJ, intitulada "*Se ficar gritando, vai ter o filho sozinha*": a violência obstétrica à luz do direito brasileiro e do Sistema Interamericano de Proteção de Direitos Humanos", traz um tema de extrema relevância, a violência obstétrica. A violação aos direitos sexuais e reprodutivos tem sido uma das pautas do movimento feminista há décadas e merece uma reflexão aprofundada do Poder Judiciário e das Escolas da Magistratura.

Todos os dias, meninas e mulheres sofrem violência em todos os âmbitos pelo simples fato de serem mulheres, tanto na esfera pública como na privada. Várias não têm onde ou a quem pedir ajuda nem a quem recorrer. Muitas sequer reconhecem que sofreram violência. Sabemos que o Brasil é um dos países com índices alarmantes de violência doméstica, sendo o quinto país em feminicídios. Em 2022, 35 mulheres foram agredidas física e verbalmente por minuto, sendo 65,6% negras e 30,3% com idades entre 16 a 34 anos.¹

A violência pode causar um impacto generalizado na saúde e no bem-estar das mulheres pelo resto da sua vida, mesmo após a violência ter cessado. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), está associada ao aumento do risco de lesões, depressão, transtornos de ansiedade, gravidez não planejada, infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV, e muitos outros problemas de saúde.

No mundo todo, mulheres sofrem desrespeito e tratamento desumanizado durante a gestação, o parto e o pós-parto, o que causa sofrimento e deixa sequelas muitas vezes irreversíveis. A violência obstétrica viola os direitos humanos das mulheres, especificamente o direito à vida, à saúde, à integridade física e psicológica e o direito à não discriminação.

¹ FBSP (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA). Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil - 4ª edição - 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisible-2023-relatorio.pdf> Acesso em 15 mar. 2024.

Durante esta pesquisa, a equipe se debruçou sobre os casos julgados pelo Sistema Interamericano de Direitos Humanos, analisou vários projetos de lei que tramitam atualmente no Congresso Nacional e grande quantidade de julgados sobre o tema. Trata-se de uma pesquisa densa, difícil, e eu diria que foi uma das mais complexas e doloridas de ser feita, tamanho é o sofrimento imposto às mulheres durante o parto, momento, aliás, que deveria ser de alegria e acolhimento, mas para elas foi verdadeiro calvário com violência, desrespeito e dor.

Após a realização da pesquisa, o relatório apresenta um rol de recomendações e propostas de intervenção para aprimorar as políticas públicas no âmbito do sistema de saúde, visando a torná-lo mais respeitoso e acolhedor em relação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, com algumas recomendações para o Poder Judiciário.

O tema desta relevante pesquisa me trouxe desafios enormes e difíceis. Alguns agradecimentos são imprescindíveis.

Agradeço especialmente à pesquisadora, feminista e Professora Doutora Lívia de Meira Paiva pelo empenho, liderança e dedicação a esta pesquisa e tantas outras realizadas pelo NUPEGRE; à Professora Doutora Isadora Vianna Sento-Sé pela coleta, sistematização dos dados e acurada leitura dos projetos de lei e da jurisprudência; às estagiárias e jovens pesquisadoras da EMERJ Mariana Cerqueira Abbud, Letícia de Oliveira Machado e Beatriz Brito da Costa Honorato Santos, pelo lindo trabalho durante a pesquisa; à Rosangela Pereira, pela interlocução com a rede de atendimento às mulheres do município do Rio de Janeiro.

Registro aqui meus sinceros agradecimentos à direção da Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro – EMERJ, na pessoa do atual Diretor, Desembargador Marco Aurélio Bezerra de Mello, defensor dos Direitos Humanos e da igualdade de gênero, e pelo apoio institucional às pesquisas realizadas pelo NUPEGRE.

Devo, ainda, fazer um agradecimento especial à dedicação da servidora da EMERJ Fernanda Lidimara Barbosa, pelo auxílio incansável durante o trabalho de pesquisa, bem como a toda a equipe da EMERJ responsável pela revisão e diagramação do texto.

Às mulheres anônimas que não foram escutadas, mesmo expressando as suas dores, que muitas vezes não souberam como e onde reclamar ou reivindicar os seus direitos, meu agradecimento. Esta pesquisa não será em vão, iremos continuar a lutar por uma vida livre de violência. Por vocês, por nós e por todas!

Adriana Ramos de Mello

Desembargadora do TJRJ e Coordenadora do NUPEGRE

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa é resultado de interlocuções estabelecidas no Fórum Permanente de Violência Doméstica, Familiar e de Gênero quando, em 2022, discutiu-se em um dos encontros a criminalização da violência obstétrica. Embora o tema tenha se destacado nos últimos anos, as denúncias de violação dos direitos sexuais e reprodutivos e violências praticadas durante o parto são pauta do movimento feminista há décadas.

Não obstante, observa-se grande resistência no reconhecimento da expressão "violência obstétrica" por parte dos profissionais da saúde, que entendem ser uma expressão atécnica, imprecisa e que visa a criminalizar a profissão. Em muitas unidades de saúde no país, o trabalho é precarizado em função de condições estruturais, como falta de equipamentos, leitos e recursos humanos. Com frequência, as equipes nas unidades de saúde materna e hospitais precisam enfrentar fadiga, demanda excessiva, carência de profissionais e as consequências de uma assistência pré-natal precária.² Há uma percepção entre esses profissionais de que os médicos muitas vezes "são vítimas das vítimas", frequentemente afrontados e questionados pelas usuárias.³

Por outro lado, a literatura descreve práticas sistemáticas de negligência e desrespeito a gestantes e parturientes.⁴ O momento do parto é de grande vulnerabilidade para mulheres que, em diversas ocasiões, não têm sua autonomia respeitada, são vitimadas por procedimentos invasivos e muitas vezes desnecessários, submetidas a processos de parturição dolorosos, fundamentados em um estereótipo de que o parto deve ser laborioso e o sofrimento lhe é inerente.⁵

2 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 - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, p. e180487, 2019.

3 PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cadernos Pagu*, n. 49, p. e174907, 2017.

4 FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Núcleo de Opinião Pública. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. *In: Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: pesquisa de opinião pública*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010; LEAL, Maria do Carmo *et al.* Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012; CARRARO, Telma Elisa *et al.* Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 15, n. spe, p. 97-104, 2006.; CARVALHO, Vanessa Franco *et al.* Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. *Rev. Rene*, v.11, Número Especial, p. 92-98, 2010.

5 REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica "Parirás com dor": dossiê elaborado para a CPMI da

Em 2019, o CREMERJ (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro) expediu a Resolução nº 293/2019, que proibia médicos de assinarem “documentos que restrinjam ou impeçam sua atuação profissional, em especial nos casos de potencial desfecho desfavorável materno e/ou fetal”, dentre eles o plano de parto.⁶

A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento impetrou mandado de segurança contra o presidente do CREMERJ para requerer a suspensão da Resolução. O pedido foi indeferido e a ação, extinta pela 17ª Vara Federal da 2ª Região, sob a justificativa do não cabimento do mandado de segurança contra “lei em tese”. No final do mesmo ano, MPF e DPU ajuizaram Ação Civil Pública com objetivo de anular de forma imediata e integral a Resolução. A decisão deferiu o pedido, com antecipação dos efeitos da tutela, sob o fundamento de que “caberia ao Conselho Regional regulamentar e dispor sobre o conteúdo do plano de parto, mediante um debate público aberto, com a participação da comunidade médica e da sociedade civil, assegurando a autonomia da mulher e a liberdade profissional”.⁷ Ademais, o plano de parto foi considerado direito previsto na Lei Estadual nº 7.191/2016, que dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública e privada.

As denúncias e demandas de prevenção da violência obstétrica são acusadas de serem uma pauta “ideológica” e “da moda”. Não obstante, o acesso a direitos sexuais e reprodutivos (DSR) é, há décadas, uma pauta prioritária dos movimentos de mulheres na agenda internacional. Ao longo das últimas décadas, as demandas feministas lograram a inclusão de dispositivos protetivos dos DSR nos sistemas de proteção global e interamericano.

violência contra as mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012; AGUIAR, Janaina Marques. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 215f. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, USP, São Paulo, 2010; PE-REIRA, Wilza Rocha. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto Contexto Enferm.*, v.13, n.3, p.391-400, 2004.

6 Art. 1º É vedado ao médico aderir e/ou subscrever documentos que restrinjam ou impeçam sua atuação profissional, em especial nos casos de potencial desfecho desfavorável materno e/ou fetal. Art. 2º A vedação contida no art. 1º não abrange as demais medidas sugeridas pela paciente no que se refere à ambiência, autorização para participação como espectador do parto, dentre outras que não se relacionem com a prática do ato médico.

7 TRF Ação Civil Pública nº 5061750-79.2019.4.02.5101/RJ. Justiça Federal. Seção judiciária do Rio de Janeiro, 12ª vara federal, Data: 13/12/2019. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/rj/sala-de-imprensa/docs/pr-rj/sentenca-plano-de-parto.pdf> Acesso em 10 fev. 2024.

No âmbito do sistema global, a CEDAW determina expressamente o dever de eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos em seu art. 12º. Os Estados-partes devem assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar, à assistência apropriada e gratuita à mulher durante a gravidez, ao parto e puerpério, com nutrição adequada durante a gravidez e à lactância. Soma-se a esse dispositivo o dever de eliminar leis e práticas discriminatórias, além da sanção dos responsáveis (art. 2º da CEDAW).

A Recomendação Geral nº 24 do Comitê CEDAW determina o dever dos Estados de garantir às mulheres a qualidade dos serviços de saúde. Os serviços aceitáveis são aqueles prestados de forma a garantir o consentimento pleno e informado, em que se respeita a dignidade, a confidencialidade e as necessidades e perspectivas das mulheres. Além disso, os Estados não devem permitir formas de coerção, como a esterilização sem o consentimento ou exigência de teste obrigatório de doenças sexualmente transmissíveis e/ou de gravidez como condições de emprego, pois violam os direitos das mulheres ao consentimento informado e à dignidade.

Em 2011, o Comitê Cedaw emitiu opinião sobre a comunicação no caso Alyne Pimentel acerca da violação por parte do Estado Brasileiro do direito à vida e à saúde (dispostos nos artigos 2 e 12 da CEDAW). Alyne, uma jovem mulher negra, moradora de Belford Roxo, cidade da baixada fluminense no estado do Rio de Janeiro, grávida de seis meses de seu segundo filho, buscou atendimento médico em um centro de saúde após uma emergência médica. Uma série de negligências culminaram na morte evitável da gestante.

O caso é importante porque, além de reconhecer expressamente a obrigação dos Estados de reduzir a mortalidade materna, o Comitê CEDAW aponta a vitimização de Alyne como resultante de múltiplos fatores "indissolavelmente vinculados", como sexo, raça e renda, que foram determinantes para o acesso precarizado a serviços de saúde materna.

Importantes passos na ampliação do conceito de direitos sexuais e reprodutivos foram tomados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e na IV Conferência

Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995). O capítulo VII do Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento – Plataforma de Cairo, 1994, diz respeito aos direitos de reprodução e saúde reprodutiva. Entende-se por saúde reprodutiva o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. O direito ao gozo da saúde reprodutiva implica, portanto, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, que tenha a garantia da capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre como e quando deseja fazê-lo. Também está incluído na definição de saúde reprodutiva o direito de homens e mulheres de ter acesso a informações e a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar.

A Plataforma de Ação de Pequim, estruturada na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em 1995, adota delineamentos semelhantes aos da Plataforma do Cairo com relação à definição de direitos sexuais e reprodutivos, mas amplia as ações que devem ser realizadas pelos Estados. Ela consagrou três inovações à luta pela promoção da situação e dos direitos da mulher: o conceito de gênero, a noção de empoderamento e o enfoque da transversalidade.

No âmbito do Sistema Interamericano, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres (1994) reconhece expressamente a violência contra a mulher baseada no gênero ocorrida nos serviços de saúde (art. 2, *b*). O Primeiro Informe Hemisférico sobre a implementação da Convenção de Belém do Pará (2008) cita como graves violações de DSR “o desconhecimento sobre os direitos sexuais e reprodutivos, a esterilização forçada e as altas taxas de morbidade e mortalidade materna” (OEA, 2008, p.17).

Nas últimas décadas, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) se manifestou em casos de violação de direitos sexuais e reprodutivos praticados em contexto de violência obstétrica. Além dos casos, o tema da violência obstétrica também é abordado de forma fragmentada nos relatórios temáticos da instituição. A produção sobre o tema em âmbito interamericano é cada vez maior.

A primeira parte da pesquisa busca reunir os estândares utilizados no Sistema Interamericano de Direitos Humanos e alguns precedentes. Acreditamos que além de contribuir para a conceituação dessa forma de violência, esta abordagem permitirá uma visão mais ampla sobre o tratamento do tema da perspectiva dos direitos humanos das mulheres. Apresentaremos a revisão de estândares e recomendações aos Estados para prevenir e eliminar a violência obstétrica, para, em seguida, apresentar os 13 precedentes no Sistema Interamericano de Direitos Humanos.

No âmbito interno, as pressões para reconhecimento e criminalização dessa forma de violência motivaram a equipe de pesquisa. A questão é delicada, especialmente quando se insere no Direito Penal. Primeiramente porque o conceito de "violência obstétrica" carece de maior precisão, e o princípio da taxatividade determina que a lei penal deve ser precisa e completa, delimitando expressamente a conduta incriminadora. Em segundo lugar, a tipificação da conduta circunscreve a violência obstétrica em uma dimensão individual e desassocia a violação dos direitos sexuais e reprodutivos de um contexto mais amplo e estrutural do qual o Estado deve tomar parte.

Por significar um debate inédito e atual, a segunda parte da pesquisa se destina à revisão dos Projetos de Lei que tramitam no Congresso Nacional sobre acesso à saúde de gestantes, parturientes e puérperas. Consideramos importante compreender sob que perspectiva a produção legislativa aborda a violência obstétrica: criminalização ou outras sanções dessa forma de violência, elaboração de políticas públicas de informação e prevenção, restrição ou ampliação do acesso à saúde da gestante, abordagem interseccional (mães atípicas, gestantes privadas de liberdade, residentes em áreas rurais), entre outros. De igual forma, buscamos identificar quais estratégias são utilizadas: criação de leis especiais, alteração de leis existentes, propostas para modificar decisões do Judiciário (a exemplo da ADPF n° 54, que conta com 2 propostas em tramitação e 1 arquivada).

A última parte da pesquisa objetiva compreender como a violência obstétrica é abordada no Poder Judiciário. Embora a expressão

“violência obstétrica”, como veremos, não seja comum, inúmeras ações são ajuizadas para discutir “erros médicos” e falhas nos serviços de saúde durante o parto. A partir da leitura das decisões judiciais e outras peças processuais, construímos categorias de condutas narradas que configuram violência obstétrica ou podem estar a ela associadas.

METODOLOGIA

A primeira parte da pesquisa teve como principal objetivo identificar recomendações e padrões internacionais exigidos dos Estados-partes no dever de combate à violência obstétrica e garantia dos DSR. Nesse primeiro momento, buscamos compreender como a violência obstétrica é conceituada no SIDH, mapear barreiras de acesso aos DSR de gestantes ou puérperas e identificar e apresentar precedentes sobre o tema.

Como não há um sistema de busca de precedentes próprios da CIDH e da Corte IDH por tema e tampouco há um relatório temático sobre violência obstétrica nessas instituições, a estratégia adotada foi a revisão dos principais relatórios temáticos envolvendo, de forma ampla, a temática de gênero.

Inicialmente 5 relatórios temáticos foram revisados: 1) *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas*, 2) *Mujeres privadas de libertad en las Américas*, 3) *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes*, 4) *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes Anexo 1: Estándares y recomendaciones*, 5) *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes Anexo 2: Impacto de casos*.

Em seguida, outros 16 documentos secundários⁸ de autoria de

8 São eles: 1) CIDH. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69 7 junio 2010, párr. 13.; 2) CIDH. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos, OEA documentos oficiales, OEA Ser.L/V/II. Doc.61,22 noviembre 2011; ; 3) Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. 20 de junio de 2014. 4) ACHUR. Informe sobre Mortalidad y Morbilidad Maternal Prevenible y Derechos Humanos. A/HRC/14/39. 16 de abril de 2010; 5) Naciones Unidas. Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto grado posible de salud física y mental. A/61/338. 13 de septiembre de 2006; 6) CEDAW. Observación General No.14 sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto grado posible de salud. E/C.12/2000/4. 2000, párrs. 8, 44(a). 7) CIDH. Comunicado de Prensa No. 024/15. En el Día Internacional de la Mujer, CIDH urge a los Estados a garantizar los derechos sexuales y repro-

outros órgãos e instituições de direitos humanos, referenciados nos 5 relatórios temáticos citados acima, também foram revisados.

Ao final, foram identificados 12 casos que abordam direta ou indiretamente a temática de violência obstétrica: 1) Maria Mamérita vs. Peru, 2) Brítez Arce e outros vs. Argentina, 3) Comunidade indígena Xákmok Kásek vs. Paraguai, 4) Balbina Rodriguez Pacheco e familiares vs. Venezuela, 5) Cuscul Pivaral vs. Guatemala 6) I.V. vs. Bolívia, 7) F.S. vs. Chile, 8) Eulogia Guzman e seu filho vs. Perú, 9) Manuela e outros vs. El Salvador, 10) Beatriz e outros vs. El Salvador, 11) M.T.R e outras vs. El Salvador, 12) Carmen Helena Pardo Noboa vs. Equador e 13) Jacqueline Grosso Nuñez vs. Uruguai.

Na segunda parte da pesquisa, realizamos um levantamento dos projetos de lei sobre o tema que tramitam no Congresso Nacional. Como estratégia de busca, utilizamos os termos “parto” e “violencia obstetrica” [sic] e filtramos os tipos de proposição “Projetos de Lei”, “Projetos de Lei Complementar” e “Propostas de Emenda à Constituição”. A primeira busca resultou em 418 resultados; a segunda, em 23 (n = 441). Como critérios de exclusão, escolhemos: projetos de lei arquivados ou convertidos em lei e repetidos.

A busca no site do Senado foi realizada com as mesmas palavras-chave e filtrada pelo tipo de proposição “Projeto de lei ordinária (PL, PLS e PLC)”. A base de dados do Senado Federal não permitiu filtrar por proposições em tramitação e incluiu projetos de lei das duas ca-

ductivos de las mujeres. 6 de marzo de 2015. 8) CIDH. Audiencia sobre Denuncias sobre violencia obstétrica en Costa Rica celebrada el 23 de octubre de 2015 en el marco del 156 periodo de sesiones. In: Informe sobre el 156 Período de Sesiones de la CIDH. OEA: Washington, 2015. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/docs/informe-156.pdf> Acesso em: 20 dez. 2023; CIDH. Audiencia sobre Salud materna y denuncias de violencia obstétrica en México celebrada el 27 de marzo de 2014 en el marco del 150 periodo de sesiones. In: Informe sobre el 150 Período de Sesiones de la CIDH. OEA: Washington, 2014. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/docs/informe-150.pdf> Acesso em: 20 dez. 2023; 10) CEPAL. Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. Natalia Gherardi. Serie Asuntos de Género No. 141. LC/L.4262. 2016, 11) JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M.. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 26, p. e3069, 2018; 12) CEPAL. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. 12 al 15 de agosto de 2013, 13) Foro Internacional de Mujeres Indígenas, Mairin Iwanka Raya: Mujeres Indígenas Confrontan la Violencia, Informe complementario al estudio sobre violencia contra las mujeres del Secretario General de las Naciones Unidas, 2007, 14) Mira que te miro. Informe del monitoreo social de los compromisos en derechos sexuales y derechos reproductivos del consenso de Montevideo, 2018, disponível em: https://miraquetemiro.org/downloads/mira_que_te_miro_resumen_global.pdf?v=oct18-3, 15) Amnistía Internacional. Violencia obstétrica en contextos de crisis de salud. 2 de agosto de 2017, 16) OEA, MESECVI. Segundo Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas del MESECVI. 23 al 24 de octubre de 2014.

sas parlamentares. A primeira busca encontrou 91 resultados, sendo 21 específicos do Senado Federal, e a segunda, 13, sendo 2 do Senado Federal. Aplicamos os mesmos critérios de exclusão e, dos 104 projetos de lei, foram excluídos 93: 60 estavam repetidos, 29 encontravam-se arquivados no momento da busca e 3 foram convertidos em lei ordinária.

Aplicado os critérios de exclusão, a base de dados com projetos das duas casas legislativas contou com 432 propostas, das quais 421 da Câmara e 11 do Senado. Na fase seguinte, utilizamos como critério de inclusão as propostas legislativas que abordassem diretamente a violência obstétrica ou demonstrassem impacto potencial da proposta legislativa. A base final contou com 173 PLs sobre o tema, dos quais 165 da Câmara e 8 do Senado.

Tabela 1- Palavras-chave utilizadas para busca da base de dados de Câmara e Senado

	Encontrados	Repetidos	Arquivados	Convertidos em L.O.	Fora do tema	Selecionados
CÂMARA						
parto	418	0	0	0	256	162
violencia obstetrica	23	20	0	0	0	3
Total Câmara	441	20	0	0	256	165
SENADO						
parto	91	49	29	4	3	6
violencia obstetrica	13	11	0	0	0	2
Total Senado	104	60	29	4	3	8
Total Congresso Nacional	545	80	29	4	259	173

Fonte: Câmara dos Deputados e Senado. Elaborado pelas próprias autoras.

Na última parte da pesquisa, buscamos explorar como o tema é abordado pelo Poder Judiciário. Para tanto, elegemos o Superior Tribu-

nal de Justiça como lócus, já que reúne processos de todos os estados e distrito federal e oriundos de tribunais com competência federal e estadual. Como recorte temporal, utilizamos o ano de 2023 como final, sem estabelecer um marco inicial.

A estratégia de busca incluiu a utilização de 12 termos: “dano” + “parto”, “erro” + “medico” + “parto”, “lesao” + “parto”, “impericia” + “parto”, “dano” + “gestante”, “dano” + “pre-natal”, “histerectomia”, “episiotomia”, “kristeller”, “violência obstétrica”, “ocitocina”, “esterilidade” + “parto”.⁹ As primeiras expressões, por serem mais amplas, encontraram mais resultados e também identificaram processos que não versavam sobre o tema.

Inicialmente, a equipe de pesquisa comparou os resultados para identificar processos repetidos. A busca no site do STJ encontra resultados por tipo de recurso (Recurso Especial, Agravo em Recurso Especial, Agravo Interno no Agravo em Recurso Especial, Embargos de Declaração no Agravo de Recurso Especial, entre outros), então, em alguns casos, mais de um recurso identificou o mesmo processo. Por esse motivo, logo na primeira categoria, encontramos resultados que identificavam o mesmo processo. Aglutinamos os recursos que identificavam o mesmo processo, já que o objetivo final foi formar uma base com casos, não com número de recursos.

A partir da busca pela segunda expressão (“erro” + “medico” + “parto”), identificamos resultados que, além de se repetirem dentro da mesma expressão buscada (distintos tipos de recursos relacionados ao mesmo processo), também se repetiam com relação à expressão anterior. Realizamos a exclusão em ambos os casos.

Em seguida, a equipe realizou a leitura das 183 decisões para identificar quais processos estavam fora do tema. Excluídos 74 processos por não pertencerem ao objeto de pesquisa, buscamos as petições iniciais, laudos periciais e decisões em primeiro e segundo grau de todos os processos. Na maior parte dos casos, não foi possível encontrar as petições iniciais devido à falta de digitalização das peças processuais e/ou falta de acesso ao processo. Em 9 processos, mesmo após

⁹ Os termos de busca foram utilizados sem acentuação.

a busca a peças processuais, não foi possível encontrar informações suficientes para a pesquisa: 3 tramitavam sob sigilo de justiça e em 6 deles as decisões eram muito exíguas, às vezes contando com uma única página e sem informações, ou com perícias inconclusivas. Por fim, elaboramos uma base de dados com 100 processos judiciais.

Tabela 2 – Termos de pesquisa utilizados para busca da base de dados do STJ

Palavras-chave	Encontrados	Repetidos	Fora do tema	sem inf. suficiente	Selecionados
dano parto	150	6	48	6	90
erro medico parto	78	70	0	3	5
lesao parto	41	35	6	0	0
impericia parto	10	8	1	0	1
dano gestante	23	7	13	0	3
dano pre-natal	4	2	1	0	1
histerectomia	8	3	5	-	0
episiotomia	1	1	-	-	0
kristeller	1	1	-	-	0
violencia obstetrica	0	-	-	-	0
ocitocina	0	-	-	-	0
esterilidade parto	0	-	-	-	0
Total	316	133	74	9	100

Fonte: Superior Tribunal de Justiça. Elaborado pelas próprias autoras.

A busca em diferentes sistemas processuais impôs desafios distintos. Sistemas processuais de tribunais que contribuíram com o acesso aos dados: DCP do TJRJ, E-PROC TRF/JF, ESAJ do TJAM, Tucujuris

do TJAP. Por outro lado, o acesso foi especialmente problemático nos seguintes tribunais: TJSC, TJPB, TJTO, TJRN, TJAC - esse último, inexplicavelmente, não fornece acesso a documentos que, pela Resolução 121 do CNJ, deveria fornecer. Consideramos que a digitalização do acervo e a disponibilização das peças processuais são procedimentos fundamentais para o acesso e a coleta dos dados que fazem toda a diferença para a produção de pesquisas utilizando dados do Poder Judiciário.

1. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ASSIMETRIAS E ESTEREÓTIPOS DE GÊNERO

A violência obstétrica está relacionada com a medicalização do processo natural de gravidez e com a reprodução de estereótipos acerca da maternidade que limitam a autonomia das mulheres. Neste primeiro capítulo, optamos por uma aproximação do tema a partir de duas abordagens teóricas à luz do pensamento feminista. A primeira, aborda a violência obstétrica em sua dimensão institucional, como fruto da construção de um saber técnico que está autorizado a decidir pela mulher sobre seu próprio corpo.

Na segunda, buscamos compreender como os estereótipos de gênero desempenham papel fundamental na violência de gênero, na percepção de papéis sociais pré-determinados que devem ser desempenhados pelas mulheres, como a maternidade. Crenças de que o parto deve ser um processo doloroso, de que a mulher não tem capacidade para exercer escolhas sobre esse momento e da abnegação à maternidade são exemplos de estereótipos que influenciam diretamente na prática da violência obstétrica. Por fim, exploramos o tema dos estereótipos à luz da ferramenta analítica da interseccionalidade, que revela o impacto diferenciado da violência de gênero na percepção da maternidade.

1.1 Violência obstétrica institucional: saber autorizado vs. autonomia da mulher

A transformação da reprodução e do crescimento populacional em assuntos de Estado é tema central no pensamento de Foucault, que

aponta como principal causa desse fenômeno a fome durante o século XVIII. O nascimento da medicina moderna é caracterizado pelo protagonismo do Estado na condução da saúde pública através de uma administração central que normaliza a profissão médica e subordina a atuação de profissionais a diretrizes únicas. Departamentos especializados da administração pública – como hoje temos o Ministério da Saúde – passaram a fazer o controle epidemiológico e emitir ordens sobre as práticas consideradas de boa técnica para tratamento.

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto, que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica.¹⁰

Foucault aponta que nações como França, Inglaterra e Áustria realizavam estatísticas de natalidade e morbidade já no séc. XVII, durante o mercantilismo. No entanto, a atuação efetiva do Estado com objetivo de melhoria da saúde da população é situada por ele na Alemanha na segunda metade do séc. XVIII. Nesse período, surge um sistema mais completo de controle de natalidade centralizado pelo Estado, marcando a passagem de uma abordagem passiva, que se limitava a contabilizar nascimentos e mortes, para uma postura de intervenção estatal na saúde pública.

[Trata-se de] um fenômeno importante de normalização da prática e do saber médicos. Procura-se deixar às universidades e sobretudo à própria corporação dos médicos o encargo de decidir em que consistirá a formação médica e como serão atribuídos os diplomas. Aparece a ideia de uma normalização do ensino médi-

10 FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Org., introdução e revisão técnica de Roberto Machado - 4a ed. Rio de Janeiro: Terra e Paz, 1984, p. 80

co e, sobretudo, de um controle, pelo Estado, dos programas de ensino e da atribuição dos diplomas. A medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico. O médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha.¹¹

Já a medicina social tem nascimento na França, com a estruturação dos centros urbanos. Segundo Foucault, no Ocidente, dois grandes modelos estruturam a história da organização médica: o modelo da lepra, que consistia na expulsão do doente da cidade, e o modelo da peste, que consistia na internação, análise dos indivíduos isolados e considerados doentes, assim como o registro permanente. A vigilância de uma sociedade urbanizada estruturou uma medicina social que permitiu “a inserção social da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico”.¹²

Ainda no séc. XVIII, a medicina assume a função de vigilância e manutenção da higiene pública através da centralização de órgãos e informações e – destacamos – a medicalização da população. Nesse contexto de gestão da saúde massificada, a biopolítica é identificada por Foucault como o governo, por meio de procedimentos disciplinares, não mais do “homem-corpo”, mas do “homem-espécie”.¹³ O controle da natalidade é apontado pelo autor como um dos primeiros alvos da biopolítica.

Institucionalização do saber e medicalização são fenômenos apontados por Foucault na construção da medicina moderna que se relacionam com a reflexão que desejamos fazer acerca da violência obstétrica como uma violência que se dá primeiramente em âmbito institucional.

Se Foucault se ocupa de delinear o momento em que o Estado se ocupou da tarefa de controle de corpos através do exercício da biopolítica que instrumentaliza práticas da medicina moderna no séc. XVIII, Frederici, em *Calibã e a Bruxa*, aponta que, dois séculos antes, já es-

11 *Ibidem*, p. 83.

12 *Ibidem*, p. 92.

13 FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976) / Michel Foucault: tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p.289.

tava em curso uma política de institucionalização de práticas de saber que teve como principal alicerce a caça às bruxas. A autora aponta os “pontos-cegos” da teoria do biopoder ao desvelar o que tornou possível o contexto descrito por Foucault: a perseguição e expropriação de saberes de mulheres durante a Idade Média.

Para a autora, a crise populacional dos séculos XVI e XVII deu início a “uma verdadeira guerra contra as mulheres, claramente orientada a quebrar o controle que elas haviam exercido sobre seus corpos e sua reprodução”.¹⁴ A reprodução passou a ser assunto de Estado e qualquer prática de controle de natalidade ou sexualidade não procriativa passou a ser não só reprovada, mas criminalizada. Frederici aponta que, com o endurecimento dos crimes “reprodutivos” (contracepção, aborto e infanticídio), mulheres começaram a ser processadas por não registrarem o nascimento de seus filhos e por infanticídio em caso de morte deles antes do batismo. Infanticídio foi a segunda maior causa de execuções de mulheres entre os séculos XVI e XVII, atrás somente da acusação de bruxaria.¹⁵

Nesse contexto, parteiras e doulas, que predominavam na obstetrícia, foram os principais alvos da Inquisição. Aos poucos, foram substituídas por médicos mais pelo “medo que as autoridades tinham do infanticídio do que de qualquer outra preocupação pela suposta incompetência médica das parteiras”.¹⁶

Com a marginalização das parteiras, começou um processo pelo qual as mulheres perderam o controle que haviam exercido sobre a procriação, sendo reduzidas a um papel passivo no parto, enquanto os médicos homens passaram a ser considerados como “aqueles que realmente davam vida” (como nos sonhos alquimistas dos magos renascentistas). Com essa mudança, também teve início o predomínio de uma nova prática médica que, em caso de emergência, priorizava a vida do feto em detrimento da vida da mãe. Isso contrastava com o processo de nascimento

14 FREDERICI, Silvia. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva* / Tradução: coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017, p. 174.

15 *Ibidem*.

16 *Ibidem*, p. 177.

habitual que as mulheres haviam controlado. E, para que efetivamente ocorresse, a comunidade de mulheres que se reunia em torno da cama da futura mãe teve que ser expulsa da sala de partos, ao mesmo tempo que as parteiras eram postas sob a vigilância do médico ou eram recrutadas para policiar outras mulheres. (grifos nossos)¹⁷

A perda de autonomia sobre o próprio corpo, a transformação do parto em um ato médico direcionado ao aumento da população e a solidão da parturiente (agora desacompanhada da comunidade de mulheres) são elementos importantes de serem destacados. Frederici destaca que a “cruzada pró-natista” incluía a vigilância, a espionagem, a delação e o castigo de mulheres que não colaboravam com o parto (por não fazer o esforço considerado suficiente).

O resultado destas políticas, que duraram duzentos anos (as mulheres continuavam sendo executadas na Europa por infanticídio no final do século XVIII), foi a escravização das mulheres à procriação. Enquanto na Idade Média elas podiam usar métodos contraceptivos e haviam exercido um controle indiscutível sobre o parto, a partir de agora seus úteros se transformaram em território político, controlados pelos homens e pelo Estado: a procriação foi colocada diretamente a serviço da acumulação capitalista.¹⁸

No mesmo sentido, Preciado afirma que as mulheres já ocupavam postos de trabalho muito antes do século XX. Cuidados e cura do corpo eram funções atribuídas às mulheres que dominavam ervas e princípios farmacológicos. A perseguição às bruxas, definida por ele como a “guerra dos saberes especializados contra os saberes não profissionalizados de uma multidão”¹⁹, foi o processo inicial de expropriação de práticas de saber e produção de riqueza de mulheres, que consolidou bases para o capitalismo nascente.

¹⁷ *Ibidem*, p. 177.

¹⁸ *Ibidem*, p. 178.

¹⁹ PRECIADO, Paul B. *Texto Junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica*. Traduzido por: Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: Editora n°1, 2018, p. 165

Essas cuidadoras, fossem sábias ou parteiras, representavam uma ameaça às novas sociedades profissionais em torno das quais se encontravam os novos peritos da informação, que rapidamente seriam legitimados como científicos e incluíam aqueles que atuavam no campo da medicina. Os membros dessas ordens se organizariam como um grêmio no início do séc. XVI. Criam-se assim licenças para regular o exercício da profissão médica que excluem os saberes farmacológicos das mulheres brancas e de todos os povos não brancos.²⁰

Saberes e práticas de mulheres de classes populares foram expropriados e, pouco a pouco, substituídos por um saber oficial, legitimado como científico. Os órgãos de classe, por meio de processos de concessão de licenças, controlam e autorizam o exercício das práticas da medicina moderna. Esse período marca a institucionalização do saber medicinal, e os processos fisiológicos do corpo passam a ser objetos de estudo técnico.

Em conjunto, o pensamento de Foucault, Frederici e Preciado conformam um contexto de transformação da reprodução em assunto de Estado fundado em três pilares: a institucionalização de um saber científico, a medicalização de processos biológicos e a perda de autonomia das mulheres sobre seus corpos.

A dimensão institucional da violência se vincula à compreensão do parto como um evento eminentemente médico, que tem o corpo da mulher como objeto de intervenção, superfície inerte, sujeito sem vontade e desejos. A decisão é tomada por quem detém o conhecimento técnico acumulado por estudo e certificado por licenças para exercício da profissão.

Evidentemente o acúmulo de estudos e experiência faz dos profissionais da saúde atores fundamentais para o sucesso e bem-estar das mulheres no momento do parto. O que se questiona é a relação assimétrica que privilegia o saber médico como fonte exclusiva de diretrizes e escolha dos procedimentos que serão estabelecidos a despeito dos desejos e autonomia das pacientes.

²⁰ *Ibidem*, p. 164.

Situar a violência obstétrica como uma violência institucional é relevante porque inscreve o fenômeno em uma perspectiva mais ampla, de acúmulo histórico, e que responde a uma violência estrutural, que é a de gênero. O tratamento paternalista, a instrumentalização do corpo feminino como meio reprodutivo e a perda de autonomia são fatores presentes em muitos relatos de mulheres que sofreram violência obstétrica.

1.2 Estereótipos e interseccionalidade

A segunda abordagem teórica que pode contribuir para a reflexão da violência obstétrica para além da moldura individual busca associar condutas relatadas como abusivas e negligentes a estereótipos, isto é, padrões mais amplos de compreensão da mulher ou do papel que deve desempenhar socialmente.

Cook e Cusak definem "estereótipo" como "uma visão generalizada ou preconceituosa sobre os atributos ou características dos membros de um determinado grupo ou sobre os papéis que tais membros devem desempenhar (por exemplo, mulheres, lésbicas, adolescentes)".²¹ Há, segundo as autoras, um pressuposto de que membros de um determinado grupo social possuem atributos ou características universalizáveis ou desempenham papéis específicos (por exemplo, as mulheres são cuidadoras naturais).

Duas funções negativas dos estereótipos merecem destaque: limitam a autonomia das pessoas e impactam negativamente na capacidade de tomarem decisões sobre sua própria vida. Ao universalizarem os sujeitos a partir de um modelo preconcebido, os estereótipos "ignoram necessidades, habilidades, circunstâncias e desejos individuais" impactando diretamente "na capacidade das pessoas de criar ou formar suas próprias identidades de acordo com seus valores e desejos. Da mesma forma, limitam o alcance e a diversidade das expressões do caráter humano"²². Uma abordagem interseccional dos estereótipos negativos é realizada por Collins quando apresenta o conceito de "imagens de controle" [*controlling images*], que operam em prejuízo de

21 COOK, Rebecca J.; CUSACK, Simone. Estereotipos de género: perspectivas legales transnacionales. Traducción al español: Andrea Parra. Profamilia, 2010, p. 11 (tradução nossa)

22 *Ibidem*, p. 13-14

mulheres negras como um “disfarce”, uma “mitificação” da representação, completamente dissociadas da experiência real.²³ Historicamente manipuladas como uma forma de regular o comportamento de mulheres negras, são projetadas para que “o racismo, o sexismo, a pobreza e outras formas de injustiça social pareçam naturais, normais e inevitáveis na vida cotidiana”.²⁴ Imagens de controle são a dimensão ideológica do racismo e do sexismo, que “criam obstáculos para suprimir os processos de subjetivação e autonomia das mulheres negras”.²⁵

A intersecção entre raça e maternidade pode fornecer uma chave de leitura capaz de interpretar a sobrerrepresentação de mulheres negras como vítimas de violência obstétrica apontadas por algumas pesquisas²⁶ como a *Nascer no Brasil*, que aborda as iniquidades na atenção pré-natal e parto em razão da raça/cor das parturientes. Os dados revelam que a atenção ao parto não é a mesma entre mulheres brancas, pardas e pretas: em “comparação às brancas, puérperas de cor preta possuíam maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante, peregrinação para o parto e menos anestesia local para episiotomia”.²⁷ De forma semelhante, constatou-se que, em comparação às brancas, “puérperas de cor parda também tiveram maior risco de terem um pré-natal inadequado e ausência de acompanhante”.²⁸ A pesquisa revela,

23 Ao longo de *Black Feminist Thought*, Collins apresenta e detalha características de algumas imagens de controle: a *mammy*, a trabalhadora doméstica fiel e obediente, a matriarca, identificada pela mãe agressiva, pouco amorosa com seus filhos e pouco feminina; a *welfare mother*, isto é, a mulher negra que é mãe e destinatária das políticas de assistência social e por isso evita o trabalho e transmite seus maus valores aos filhos a respeito do trabalho; e a *jezebel*, a mulher negra lasciva, de apetite sexual infinito. Cf. também: BUENO, Winnie. *Imagens de Controle: um Conceito do Pensamento de Patricia Hill Collins*. Porto Alegre: Zouk Editora, 2020.

24 COLLINS, Patricia Hill. *Pensamento feminista negro*. Trad. Jamile Pinheiro Dias. Boitempo, 2019, p. 151

25 BUENO, Winnie de Campos. *Processos de resistência e construção de subjetividades no pensamento feminista negro: uma possibilidade de leitura da obra Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment (2009) a partir do conceito de imagens de controle*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos, São Leopoldo, 2019, p. 17.

26 Cf. FONSECA, S. C.; KALE, P. L.; SILVA, K. S. DA. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa?. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 15, n. 2, p. 209–217, abr. 2015; CARVALHO, Denise; MEIRINHO, Daniel. O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. *RECHIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 656-680, jul./set. 2020.

27 LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00078816, 2017.

28 *Ibidem*.

portanto, um acesso diferenciado ao serviço de saúde de qualidade na gestação e parto em função da raça/cor da parturiente, sendo mais precária a atenção à saúde materna de mulheres pretas e pardas.

A maternidade é um elemento presente em algumas imagens de controle apresentadas por Collins ao longo da obra seminal "Pensamento feminista negro". Embora a autora não mencione diretamente a violência obstétrica, há a compreensão de que a experiência afro-americana de maternidade perpassa por um contexto de dominação colonial que viola direitos sexuais e reprodutivos de mulheres negras para beneficiar um sistema de exploração capitalista.

As práticas escravistas se alicerçaram na compreensão do corpo da mulher negra como meramente reprodutor e desprovido de autonomia sobre si ou sua prole. A função reprodutiva transformava seus corpos em mercadorias destinadas a gerar crianças que seriam vendidas como bens ou utilizadas como mão de obra escravizada.

A primeira imagem de controle apresentada por Collins é a da *mammy*, "babá negra escravizada, obediente e abnegada", cuja função precípua era justificar a exploração econômica e o confinamento de mulheres negras no serviço doméstico. Também identificada no Brasil como a "mãe preta" ou a "ama de leite", ela alimentava e cuidava dos filhos das famílias brancas: "mesmo que seja querida e tenha autoridade considerável em sua "família" branca, a *mammy* conhece seu "lugar" como serviçal obediente. Ela aceita sua subordinação".²⁹

A *mammy* não é mãe de seus próprios filhos. A ela é negado o direito à própria maternidade e imposto o dever de "uma mãe substituta de rosto negro [*in blackface*], cuja devoção histórica a sua família branca dá lugar, hoje em dia, a novas expectativas. Espera-se que as *mammies* contemporâneas se comprometam totalmente com o trabalho".³⁰

Ao mesmo tempo, a experiência de maternidade de mulheres escravizadas também era mediada por uma dimensão subjetiva de transmissão de valores, que poderiam ser benéficos aos interesses coloniais

29 COLLINS, Op. Cit., p. 140.

30 Ibidem, p. 142-143.

quando reproduziam obediência, ou transgressores quando estimulavam a resistência.

(...) a maternidade como instituição tem um papel especial na transmissão de valores às crianças quanto a seu devido lugar. Por um lado, as mães podem alimentar a opressão de suas filhas e seus filhos se os ensinar a acreditar na própria inferioridade. Por outro, a relação entre mães e filhos pode servir como esfera privada na qual se aprendem culturas e formas cotidianas de resistência. Quando mães negras escravizadas ensinavam as filhas e os filhos a confiar em suas autodefinições e valorizar a si mesmos, elas lhes ofereciam uma ferramenta poderosa de resistência à opressão.³¹

Collins observa que há um incentivo para a transmissão de um tipo de subalternidade ou deferência perpetuadora da opressão de raça na imagem de controle das *mammies*, já que a elas é atribuída a responsabilidade de ensinar seus filhos a ocuparem uma posição inferior nas estruturas brancas de poder.

Essa transmissão de valores identifica a *mammy* como a mãe negra “boa” em oposição à segunda imagem de controle introduzida por Collins, a da “matriarca”, considerada a mãe negra “má”, castradora e agressiva.³² O estigma identifica mulheres negras que passavam longas horas no trabalho e, por esse motivo, não conseguiam dar conta de atividades domésticas, incluindo o cuidado e acompanhamento do ensino das crianças.

De forma semelhante, Gonzalez articula dimensões do racismo e sexismo na cultura brasileira em figuras como a “mulata” e a “doméstica”.³³ Carneiro aborda a naturalização do racismo e do sexismo na mídia como reprodutor e cristalizador de estereótipos e estigmas que prejudicam mulheres negras. Para a autora, os meios de comunicação não só perpetuam “representações sociais sedimentadas no imaginário social, mas também se instituem como agentes

31 *Ibidem*, p. 108.

32 *Ibidem*, p. 161

33 GONZALEZ, Lelia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 1984, p. 223-244.

que operam, constroem e reconstroem no interior da sua lógica de produção os sistemas de representação, levando em conta que eles ocupam posição central na cristalização de imagens e sentidos sobre a mulher negra".³⁴

A definição pelo outro engendra uma série de características limitantes, que são projetadas como chaves de leitura universais. Assim, as múltiplas formas de existência enquanto mulher são reduzidas a algumas possibilidades de caixas preconcebidas, estereótipos, padrões ou imagens de controle – quanto maior a interação de opressões interseccionais, mais limitantes serão os estereótipos.

2. DEVER DE COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E GARANTIA DOS DSR

A violência obstétrica é considerada pela CIDH como uma forma de violência contra a mulher que viola direitos protegidos por tratados interamericanos de direitos humanos, sobretudo os dispostos na Convenção de Belém do Pará, como: integridade física e psicológica, à saúde, à vida privada, à autonomia e à igualdade.

No informe "*Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes*", a CIDH adverte que concepções machistas e estereótipos são causadores dessa forma de violência. Percepções discriminatórias de que o sofrimento faz parte do parto, de que a mulher não tem capacidade de se autodeterminar ou de que os corpos femininos são objetos de prazer sexual são apontadas pela CIDH como fatores determinantes para a violência obstétrica.³⁵

A invisibilidade e caráter corriqueiro dessa prática na maioria dos países da região é consequência de um contexto de subordinação da mulher e da assimetria na relação entre profissionais da saúde e mulheres. A ausência de dados e de canais para denúncia e transparência na solução dos casos levados a conhecimento das autoridades

34 Cfr. CARNEIRO, Sílvia. Mulheres em movimento. Estudos Avançados, v. 17, n. 49, p. 117–133, set. 2003

35 OAS. Inter-American Commission on Human Rights. Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe, 2019 : Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 14 de noviembre de 2019, OEA/Ser.L/V/II. Doc.233/19, 2019. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf> Acesso em 20 jul. 2023.

des estatais tornam ainda mais difícil o enfrentamento dos Estados a essa forma de violência.

No contexto do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, a violência obstétrica é entendida como "ações ou omissões por parte dos médicos, profissionais da saúde, públicos ou privados, durante a atenção no processo de gestação, parto e pós-parto, que se caracterizam por um trato desumanizante ou discriminatório que causa dano físico, psicológico ou moral à mulher".³⁶

No informe "Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas" a CIDH estabelece que a violência obstétrica

abarca todas as situações de tratamento desrespeitoso, abusivo, negligente ou de negação de tratamento, durante a gravidez e a fase anterior, durante o parto ou pós-parto, em centros de saúde pública ou privada. Esta violência pode se manifestar em qualquer momento durante a prestação de serviços de saúde materna a uma mulher, por meio de ações como a negação de informações completas sobre sua saúde e os tratamentos aplicáveis; a indiferença a dor; humilhações verbais; intervenções médicas forçadas ou coagidas; formas de violência física, psicológica e sexual; práticas invasivas; e o uso desnecessário de medicamentos, entre outras manifestações.³⁷

A Comissão reconhece o papel relevante que os estereótipos de gênero desempenham nessa forma de violência. Concepções estereotipadas sobre corpos e experiências de maternidade, como a ideia de que é preciso sofrer no parto ou de uma suposta incapacidade de tomar decisões, resultam na discriminação de mulheres.

O respeito à autonomia envolve tanto a necessidade de obtenção do consentimento livre, pleno e informado acerca dos procedimentos que serão realizados quanto a educação prévia, capaz de habilitar as mulheres a adotarem decisões em todos os níveis acerca da saúde, sexualidade e reprodução.

³⁶ Inter-American Commission on Human Rights, 2019, Op. Cit, p. 92 (tradução nossa).

³⁷ Inter-American Commission on Human Rights. Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas / Comisión Interamericana de Derechos Humanos. OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/V/II, 2017. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/MujeresIndigenas.pdf>

Identificamos, a partir da revisão dos relatórios temáticos da CIDH, algumas categorias dessa forma de violência manifestada durante a prestação de serviços de saúde materna: 1) trato desumanizante (indiferença à dor, longa espera pelo parto, imobilização do corpo e partos sem anestesia, falta de confidencialidade), 2) medicação excessiva ou patologização dos processos fisiológicos (práticas invasivas, medicação injustificada, utilização de técnicas de aceleração desnecessárias), 3) maus-tratos psicológicos (piadas, humilhações verbais, omissão de informação e infantilização), 4) ausência de consentimento da mulher (realizar cesárea sem consentimento quando há condições para o parto natural, esterilização ou "ponto do marido") e 5) não observação de especificidades culturais (formas ancestrais de parir de mulheres indígenas).

A CIDH recomenda que os Estados reconheçam a violência obstétrica como uma forma de violência contra as mulheres e adotem medidas como: 1) a regulamentação da sanção de práticas de violência obstétrica; 2) a realização de campanhas de sensibilização para que mulheres conheçam seus direitos e identifiquem essa forma de violência; 3) a criação de mecanismos de denúncia e que permitam o efetivo acesso à justiça; 4) acesso à informação que garanta a autonomia e possibilite a participação das mulheres na livre escolha sobre procedimentos relativos à gravidez; e 5) o estabelecimento de mecanismos regulares de formação de profissionais de saúde sobre a proteção dos direitos das mulheres em seus processos reprodutivos.

Em 2013, representantes dos países participantes da "*Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe*" adotaram o "*Consenso de Montevideo*", que prevê na medida prioritária de número 43 o dever de garantir o acesso efetivo a atenção obstétrica humanizada, qualificada, institucional, de qualidade durante a gravidez, parto e puerpério. A medida prioritária de número 45 determina o aprimoramento da atenção humanizada dos cuidados pré-natais, parto e nascimento, que devem observar as necessidades das mulheres, crianças e da família das especificidades culturais.³⁸

38 CEPAL. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. 12 al 15 de agosto de 2013.

Em 2018, o monitoramento “*Mira que te miro*” realizou um levantamento da implementação dos compromissos firmados em Montevideu. A adequação dos países ao disposto na medida prioritária 45 é analisada através dos indicadores de “parto humanizado” por meio de informações sobre os protocolos relativos à assistência ao parto, capacitação de profissionais da saúde, mecanismos de denúncia e sanção das práticas violadoras da norma.

Segundo o relatório, 8 dos 23 países incluem práticas negativas em seus protocolos, tais como raspagem dos pelos pubianos, uso rotineiro de analgésico durante parto e puerpério, além da ausência, em mais da metade dos países, de mecanismos de denúncia adequados e capacitação de profissionais de saúde em matéria de parto humanizado.

Figura 1 - Parto humanizado na América Latina

Mirada regional al parto humanizado



Fonte: Mira que te miro, 2018

Dos 11 temas que compõem a pesquisa, o pior desempenho do Brasil está justamente no ranking de parto humanizado, onde ocupa a 18ª colocação. As recomendações gerais aos países nesse tema envolvem a criação ou fortalecimento de sistemas de denúncia e sanção de práticas de violência obstétrica, capacitação dos profissionais da saúde e tipificação da violência como uma expressão grave da violência de gênero.

Especificamente em relação ao Brasil, o relatório contém as seguintes recomendações: fortalecer o caráter laico do Estado com relação a tomada de decisões sobre direitos sexuais e reprodutivos; assegurar que a objeção de consciência não se constitua como barreira ao acesso ao aborto seguro; modificar a legislação para permitir o aborto de forma livre; eliminar a violência obstétrica e aprimorar os serviços de saúde reprodutiva.

2.1 Barreiras identificadas para acesso ao serviço de saúde materna

A efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos depende da eliminação de barreiras de acesso aos serviços de saúde. Os informes revisados revelam três dimensões de obstáculos impostos ao acesso: 1) fatores estruturais dos serviços *per se*; 2) leis e políticas que regulam o serviço; e 3) fatores culturais que limitam a autonomia das mulheres. Os estereótipos de gênero desempenham papel fundamental nas três dimensões para agravar as barreiras de acesso a esse serviço, já que a discriminação pode ser praticada pelo profissional de saúde, pela legislação ou pela própria comunidade.

Acerca dos fatores estruturais dos serviços, as barreiras identificadas na América Latina para o pleno acesso à saúde e, consequentemente, aos direitos sexuais e reprodutivos são: valores dos serviços, horários de atendimento limitados, falta de equipamento e insumos para atender emergências obstétricas, distribuição geográfica dos equipamentos de saúde, em especial para mulheres que vivem em áreas rurais, ausência, precariedade ou alto custo de transporte público para acessar as unidades de saúde, ausência de equipamentos de referência para tratar de emergências obstétricas, falta de capacitação

das equipes de saúde e dificuldade de informação sobre os serviços disponíveis ou sobre o momento oportuno de buscar ajuda médica, a fim de evitar complicações na gravidez.³⁹ Na esteira da Recomendação Geral nº 24, o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos tem como elemento fundamental o direito de informação adequada, que possibilite o planejamento familiar, a prevenção e a autonomia de decisão sobre sua própria saúde e corpo.

A segunda dimensão de barreiras ao acesso à saúde materna diz respeito à ausência de normativa sobre saúde reprodutiva e políticas públicas para difusão de informações sobre saúde materna. A legislação também pode impactar negativamente o acesso quando reproduz estereótipos de gênero cerceadores da autonomia de meninas e mulheres. Assim, dispositivos que limitam a capacidade civil de mulheres, demandando-lhes autorização a maridos e familiares para realizar procedimentos médicos ou obter contracepção, que facilitam a esterilização forçada ou que reproduzem suposta incapacidade das mulheres tomarem decisões de forma autônoma são considerados barreiras ao pleno acesso à saúde materna.

Nesse sentido, o Comitê CEDAW estabeleceu que são discriminatórias as leis indonésias que exigem que mulheres casadas obtenham autorização de seus esposos para ter acesso a certos serviços de saúde reprodutiva e, portanto, violam dispositivos da CEDAW.⁴⁰ A discriminação por estado civil, presente em práticas e legislações especialmente na área do direito de família, contribui para a estigmatização e reduz o acesso de mulheres que engravidam “fora do casamento” ou em decorrência de uma violência sexual ao serviço em saúde de qualidade.⁴¹

No Brasil, por exemplo, até 2022, a esterilização voluntária da mulher dependia do consentimento do cônjuge. Embora a lei fosse genérica ao tratar tanto da esterilização do homem quanto da mulher, na prá-

39 PAHO (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION). Evaluating the Impact of Health Reforms on Gender Equity – a PAHO Guide, Draft 2, 23.4.001 e CIDH (COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69 7 junio 2010, párr. 13.

40 COOK, Rebecca; Dickens, Bernard M.; FATHALLA, Mahmoud F. Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho, Oxford, 2003.

41 *Ibidem*.

tica, eram as mulheres que tinham sua autonomia limitada para tomar decisões sobre o próprio corpo. A Lei 14.443/2022 promoveu mudanças na Lei de Planejamento Familiar ao revogar o § 5º do art. 10, que previa a necessidade de autorização.

A forma de remediar a situação histórica de discriminação das mulheres, segundo a Comissão, é a adoção de políticas públicas e leis desenhadas e integradas através de uma perspectiva de gênero.

Por fim, a última dimensão observada se relaciona com as barreiras ao acesso que provêm do lado da demanda dos serviços e envolvem o papel das famílias e da sociedade em geral. O acesso e a utilização dos serviços de saúde por mulheres e meninas são influenciados por fatores culturais e ideológicos, tais como a falta de liberdade para agir sem permissão dos maridos ou familiares mais velhos, quando, por exemplo, estes precisam consentir com determinado procedimento médico ou impõem resistência à consulta realizada por profissionais do sexo masculino. A necessidade de autorização para fazer uso de métodos contraceptivos é citada pela Organização Pan-Americana de Saúde como uma barreira cultural imposta que limita a autonomia de meninas e mulheres.⁴² O acesso também pode ser limitado por uma negligência social ou comunitária de cuidados específicos de saúde reprodutiva, por custos de tempo e dinheiro ou por problemas de mobilidade física.

2.2 Dever de eliminar estereótipo e adoção de perspectiva interseccional no acesso à saúde materna

O pleno acesso aos direitos sexuais e reprodutivos será garantido quando especificidades culturais forem observadas e respeitadas. A mirada interseccional revela que mulheres pobres tendem a postergar os cuidados com a saúde devido à sobrecarga com as múltiplas jornadas de trabalho e cuidados domésticos.

Na América Latina, a falta de adequação dos serviços de saúde a particularidades culturais, tradições e crenças de mulheres indígenas e/ou afrodescendentes é considerada violação de direitos humanos. Essa e outras formas de violência institucional que discriminam mulhe-

⁴² PAHO, *op. cit*

res com base em estereótipos constituem barreiras ao acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, na medida em que desestimulam mulheres e suas famílias a buscar ajuda médica. A ausência de intérpretes em comunidades que se comunicam através de línguas não oficiais dos Estados constitui um obstáculo a mais.

A falta de incorporação das distintas cosmovisões partilhadas por mulheres indígenas, seja nas políticas públicas, seja por profissionais de saúde no atendimento a cada caso, resulta em discriminação que vai desde a obrigação de realizar o parto em posição predeterminada pela literatura médica ocidental (de supina), o que contraria algumas práticas culturais, até a esterilização forçada. Como será observado adiante, a violação de direitos sexuais e reprodutivos de mulheres indígenas gestantes tem ensejado demandas internacionais e a responsabilização de Estados latino-americanos, a exemplo dos casos *Maria Mamérta vs. Peru*, *Eulogia Guzmán vs. Perú* e *Xákmok Kásek vs. Paraguai*. Destaque-se o paradigmático caso de *Lorenza Cayhuan*, que será aprofundado adiante, julgado pela Suprema Corte Chilena e citado no Informe da CIDH.

A Comissão Interamericana considera que os Estados devem incorporar sete princípios em suas políticas e práticas em relação às mulheres indígenas: o empoderamento, a interseccionalidade, a autodeterminação, a participação ativa, a incorporação de suas perspectivas, a indivisibilidade e a dimensão coletiva. A compreensão das mulheres indígenas acerca do conteúdo de seus direitos humanos deve ser respeitada pelos Estados-partes, assim como a natureza individual e coletiva desses direitos e a relação particular com seu território e recursos naturais.⁴³

A observância da dimensão coletiva pressupõe uma análise integral e holística, que inclui dimensões físicas, sociais, mentais, ambientais e espirituais. Portanto, ao definir a substância dos direitos aplicáveis às mulheres indígenas, é preciso considerar não somente os dispositivos dos instrumentos internacionais, “mas também a forma como as mulheres indígenas compreendem e expressam a aplicação desses instrumentos à sua experiência”.⁴⁴

43 Inter-American Commission on Human Rights, 2017, op. Cit.

44 *Ibidem*, pp. 36

O Informe "*Mujeres Indígenas*" traz informações sobre submissão a situações de violência obstétrica que incluem a obrigação para parir na posição de supina (como o caso de Eulogia Guzman), em vez de na posição vertical, esterilizações forçadas e a contenção forçada das parturientes.

Em 2021, a Comissão concedeu medidas cautelares em favor de 7 mulheres indígenas da etnia Wichí que estavam grávidas e se escondiam nas montanhas na cidade de El Potrillo, por medo das autoridades de segurança da província de Formosa, na Argentina.⁴⁵ Segundo o argumentado pelas denunciantes, as mulheres não teriam acesso aos cuidados médicos de que necessitariam para gravidez e parto, encontrando-se assim numa situação grave e urgente de risco de danos irreparáveis.

Durante a pandemia, a polícia de Formosa assumiu certas atribuições da saúde como: o acompanhamento e traslado de pacientes, notificação de resultado de teste de covid-19, busca ativa de pessoas possivelmente contaminadas, etc. Algumas mulheres indígenas decidiram pelo isolamento na montanha após notícias de casos de abuso de autoridade, de realização de cesarianas desnecessárias ou ainda de casos de retirada dos bebês do contato com as mães após estas se negarem a fazer o teste de covid e de isolamento forçado, às vezes por semanas.

Outro grupo considerado de especial risco é o de mulheres privadas de liberdade. Em 2022, através da Opinião Consultiva 29/22 (relativa a pessoas privadas de liberdade), a Corte IDH reconheceu a violência obstétrica como uma violência de gênero que afeta especialmente grupos de mulheres mais vulnerabilizados, como as gestantes privadas de liberdade.

160. Tendo em conta as diversas conceituações sobre a violência obstétrica como uma violação dos direitos humanos, o Tribunal considera que a violência exercida contra as mulheres durante a gravidez, o parto e após o parto constitui uma forma de violência baseada no gênero, particularmente a violência obstétrica, [e] contraria a Convenção de Belém do Pará. Isto implica a obriga-

45 CIDH (COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Medidas cautelares No. 216-21. 7 mujeres embarazadas de la etnia Wichí respecto de Argentina, 16 de abril de 2021. Disponível em: https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/mc/2021/Res_32-21_MC_216-21_AR_ES.pdf Acesso em 30 mar. 2024.

ção dos Estados de prevenir e abster-se de incorrer em atos que constituam violência de gênero durante o acesso aos serviços de saúde reprodutiva, incluindo o trabalho de parto, com um dever acentuado no caso das mulheres privadas de liberdade. Neste sentido, a Corte destaca que as mulheres grávidas privadas de liberdade são especialmente vulneráveis a sofrer violência obstétrica, razão pela qual os Estados devem reforçar medidas para prevenir tal violência nos serviços de saúde obstétrica prestados a esta população.⁴⁶

No relatório "*Mujeres privadas de libertad en America Latina*", a CIDH afirma que, de forma geral, nas prisões da região, o tratamento conferido às gestantes é o mesmo destinado às demais. A falta de uma abordagem diferenciada que atenda à condição específica impede o gozo de direitos, além de gerar especial ameaça à vida e à integridade dessas mulheres.

Os principais problemas enfrentados por grávidas, puérperas e lactantes privadas de liberdade segundo o relatório estão ligados a: 1) falta de programas e espaços adequados; 2) cuidados de saúde pré e pós-natais deficientes; 3) nutrição inadequada; 4) uso de meios de coerção; 5) ausência de protocolos ou desconhecimento de agentes penitenciários sobre sinais de começo de trabalho de parto; 6) condições anti-higiênicas dos partos que ocorrem nas celas; 7) utilização de algemas no traslado da paciente e durante o parto que impactam na saúde da mulher e da criança (causando hemorragias ou diminuição do pulso); e 8) ausência de acompanhante durante e depois do parto.⁴⁷

A seguir, apresentamos os casos concretos que pudemos identificar durante a leitura dos Informes da CIDH e da citação de precedentes nas sentenças e relatórios de casos. O objetivo é apresentar a demanda e as recomendações estabelecidas para os Estados-partes.

46 CORTE IDH. Opinión Consultiva OC 29/22 - Solicitada pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos com enfoques diferenciados a respeito de pessoas privadas de liberdade, de 30 de maio de 2022, p. 63. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_29_esp.pdf Acesso em: 15 nov. 2023.

47 OAS (ORGANIZATION OF AMERICAN STATES). Inter-American Commission on Human Rights. Informe sobre mujeres privadas de libertad en las Américas. OEA/Ser.L/V/II Doc. 91/23 8 marzo 2023 Washington, 2023.

2.3 Estândares e precedentes no Sistema Interamericano de Direitos Humanos

Nos últimos anos, Estados que não prestam atendimento eficaz às mulheres durante o parto, seja no setor público, seja no privado, estão sendo responsabilizados no SIDH. A violência obstétrica é um fenômeno que tem ocorrido de forma sistemática na América Latina, atingindo de forma desproporcional mulheres negras, indígenas, quilombolas, pobres e as que se encontram privadas de liberdade.

Nesta seção, destacaremos alguns casos que tramitaram no SIDH com pelo menos análise de admissibilidade realizada pela CIDH. Portanto colacionamos casos em distintas fases de tramitação: admissibilidade, solução amistosa, relatório de mérito proferido pela CIDH e sentença condenatória proferida pela Corte IDH.

Realizamos o levantamento dos casos que tratam da violência obstétrica através da leitura dos relatórios temáticos e do site <https://www.iuslat.com/>. Buscamos analisar o tratamento jurídico do tema em âmbito internacional, tendo-se em vista os diversos instrumentos de direito internacional aos quais se submetem os Estados-partes do Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos, do qual fazem parte a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH).

Os casos revelam as cinco categorias de formas de violência obstétrica apontadas anteriormente: trato desumanizante, medicação excessiva ou patologização dos processos fisiológicos, maus-tratos psicológicos, ausência de consentimento da mulher para realizar procedimentos e não observação de especificidades socioculturais ou contextuais.

Ao fim, foram selecionados 13 casos, considerados precedentes sobre o tema da violência obstétrica. Interessou compreender como os estândares internacionais são aplicados aos casos concretos e quais são as recomendações realizadas aos Estados responsabilizados, especialmente como medidas de não repetição. Não encontramos casos tramitando no SIDH que tenham o Brasil como Estado demandado. Não se deve olvidar, no entanto, o caso *Alyne Pimentel*, em que o Estado brasileiro foi responsabilizado no âmbito do Sistema Global de Proteção de Direitos Humanos.

Tabela 3 - Casos sobre violência obstétrica no SIDH

	Caso	Ano de início	Mérito	Fase do procedimento
1	Maria Mamérita vs. Peru	1999	histerectomia não consentida seguida de morte	Solução Amistosa
2	Brítez Arce e outros vs. Argentina	2001	morte de gestante durante o parto	Condenação do Estado pela Corte IDH
3	Comunidade indígena Xákmok Kásek vs. Paraguai	2001	morte de gestante durante parto ocorrida em contexto mais amplo de violação de direitos de comunidade indígena	Condenação do Estado pela Corte IDH
4	Balbina Rodriguez Pacheco e outra vs. Venezuela	2002	lesões graves causadas durante cesárea	Condenação do Estado pela Corte IDH
5	Cuscul Pivaral e outros vs. Guatemala	2003	falta de atenção médica especializada a 5 mulheres grávidas soropositivas para HIV em contexto mais amplo de discriminação de pessoas com HIV.	Condenação do Estado pela Corte IDH
6	I.V. vs. Bolívia	2007	histerectomia não consentida	Condenação do Estado pela Corte IDH
7	F.S. vs. Chile	2009	histerectomia não consentida	Solução Amistosa
8	Eulogia Guzman e seu filho vs. Peru	2009	gestante indígena forçada a parir de supina. Queda de recém-nascido com grave lesão no crânio.	Informe de admissibilidade pela CIDH

9	Manuela e outros vs. El Salvador	2012	criminalização de mulher após emergência obstétrica.	Condenação do Estado na corte IDH.
10	Beatriz e outros vs. El Salvador	2013	negativa de interrupção da gravidez de feto com anencefalia e com risco para a gestante.	Enviado à Corte IDH (em fase de alegações finais)
11	M.T.R e outras vs. El Salvador	2015	9 mulheres criminalizadas após sofrerem emergência obstétrica	Informe de admissibilidade pela CIDH
12	Carmen Helena Pardo Noboa vs. Equador	2015	maus-tratos durante pré-parto e parto de mulher privada de liberdade.	Informe de admissibilidade pela CIDH
13	Jacqueline Grosso Nuñez vs. Uruguai	2016	falta de atendimento de qualidade em emergência obstétrica	Informe de admissibilidade pela CIDH

Fonte: Informes CIDH. Elaborado pelas próprias autoras.

2.3.1 Maria Mamérita vs. Peru

Em 1996, Maria Mamérita, uma mulher indígena, camponesa, de 33 anos de idade, mãe de 7 filhos, após uma série de pressões e constrangimentos por parte de representantes do Centro de Saúde do Distrito de La Encañada, foi submetida a procedimento de esterilização forçada, que resultou em sua morte. O consentimento de Maria Mamérita foi obtido após intenso processo de coação, que incluía visitas constantes dos agentes e mentiras como a de que o governo havia promulgado lei impondo prisão e multa após o nascimento do quinto filho.

A esterilização ocorreu sem realização de exames prévios e a alta à paciente ocorreu no dia seguinte, 28 de março, mesmo após ela apresentar quadro de vômito e dores de cabeça intensas. O marido da paciente informou ao centro de saúde de que seu estado piorava a cada

dia, mas foi informado de que os sintomas eram efeitos pós-operatórios da anestesia. No dia 5 de abril, Maria Mamérita faleceu após septicemia decorrente de bloqueio tubárnico bilateral. Dias depois, um médico do hospital ofereceu ao viúvo da falecida uma quantia em dinheiro para que não fizesse nada sobre o caso.

O Ministério Público, após ser comunicado dos fatos pelo viúvo, ofereceu denúncia contra o chefe da unidade de saúde, que não foi recebida pela juíza competente. Após a manutenção da decisão pela Sala Especializada Penal, o caso foi arquivado.

Em 1999, a Comissão recebeu petição de um consórcio de ONGs para apurar a violação pelo Estado peruano dos direitos à vida, à integridade pessoal, e à igualdade perante à lei, consagrados nos artigos 4, 5, 1 e 24 da CADH e artigos 3, 4, 7, 8 e 9 da Convenção de Belém do Pará, dos artigos 3 e 10 do Protocolo de San Salvador e dos artigos 12 e 14(2) da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW).

Alegam as peticionárias que a conduta do Estado era representativa de uma prática reiterada de “caráter massivo, compulsório e sistemático, que enfatizou a esterilização como método para modificar rapidamente o comportamento reprodutivo da população, especialmente de mulheres pobres, indígenas e de zonas rurais”.⁴⁸ Informam, ainda, que, entre 1996 e 1998, o CLADEM documentou 243 casos de violação de direitos humanos mediante aplicação de anticoncepção cirúrgica no Peru.

Em 03 de outubro de 2000, após apresentação de informações pelo Estado e de observações à resposta do Estado pelas peticionárias, a CIDH aprovou o Relatório de Admissibilidade do caso, de n. 66/00.

Em 02 de março de 2001, com a mediação da CIDH, as partes firmaram Acordo Prévio para Solução Amistosa, em que o Estado peruano reconheceu a sua responsabilidade internacional pelos fatos da denúncia. Em 26 de agosto de 2003, firmou-se o Acordo de Solução

48 OEA. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe No 66/00 caso 12.191 Maria Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú 3 de octubre de 2000, pr.3. Disponível em: https://cidh.oas.org/annualrep/2000sp/CapituloIII/Admisible/Peru12.191.htm#_ftn1 Acesso em 10 jan. 2024.

Amistosa definitivo do caso, ratificado pela Comissão com os seguintes pontos resolutivos destinados às partes lesadas: reconhecimento da violação dos dispositivos supracitados; investigação e sanção de todos responsáveis pelas violações, desde o constrangimento para a esterilização ao oferecimento de dinheiro para encobrir as circunstâncias da morte; indenização ao viúvo e filhos; possibilidade de demanda de indenização contra responsáveis penais; indenização para tratamento psicológico de familiares; educação gratuita de nível primário e secundário aos filhos de Maria Maméríta e indenização para o viúvo com objetivo de compra de terra.

As garantias de não repetição assumidas pelo Estado incluem modificações legislativas e de políticas públicas sobre saúde reprodutiva e planejamento familiar. Nesse sentido, foram estabelecidas "medidas de sanção aos responsáveis por violações" para revisão de processos judiciais e administrativos no período de execução da política eugenista do governo peruano, com a devida individualização, sanção e reparação civil. As medidas denominadas "de supervisão e garantia de respeito dos direitos humanos das usuárias dos serviços de saúde" incluem: sanção por falhas na avaliação pré-operatória, capacitação do pessoal de saúde, medidas para resguardo do estrito respeito ao consentimento informado, adequação dos centros de saúde às normas do Programa de Planejamento Familiar, sanção de responsáveis por esterilizações não consentidas e criação de canais para denúncia de violação de direitos humanos nos estabelecimentos de saúde.⁴⁹

2.3.2 Comunidade indígena Xákmok Kásek vs. Paraguai

Remigia Ruiz, mulher indígena de 38 anos e integrante da comunidade Xákmok Kásek faleceu em 2005, por complicações no parto. A morte ocorreu em um contexto mais amplo de violações sistemáticas dos direitos humanos.

A comunidade indígena Xákmok Kásek, da etnia Sanapaná, assim como diversas comunidades indígenas da região do Chaco pa-

49 CIDH. Relatório no 71/03. Petição 12.191. Solução Amistosa. María Maméríta Mestanza Chávez vs. Peru, 10 de outubro de 2003. Disponível em: <http://www.cidh.org/annualrep/2003port/Peru.12191.htm> Acesso em 10 out. 2023.

raguaio, teve suas terras vendidas sem consentimento pelo Estado a estrangeiros, como forma de pagamento de dívidas no início do século XX. A venda não levou em consideração a autonomia e propriedade das comunidades e gerou sérios impactos a diversos direitos humanos, especialmente diante das práticas de colonização que se iniciaram com missionários, pecuaristas e empresas extratoras do tanino se apossando das terras. Segundo relatório antropológico citado pela CIDH, a expropriação das terras indígenas ocasionou a redução do acesso a meios tradicionais de subsistência (caça, pesca e criação de animais) e membros da comunidade foram obrigados a trabalhar em condições análogas à escravidão em fazendas de pecuaristas.⁵⁰

Em 2008, as terras são transferidas para a empresa Eaton & Cia. e se inicia um processo de deslocamento forçado da comunidade Xákmok Kásek, que passa a ocupar parte do território da comunidade Coral-í. Aos poucos, membros da comunidade começam a deixar o território e o acesso a direitos básicos passa a ser comprometido.

O acesso à saúde é um dos direitos mais comprometidos: crianças sofrem com a desnutrição, tétano, enterocolite, desidratação, pneumonia, anemia, coqueluche, e membros da comunidade padecem de doenças tratáveis ou que poderiam ser prevenidas, como tuberculose, mal de Chagas e epidemias ocasionais. Segundo relatório epidemiológico apresentado pela CIDH, dos 28 falecimentos, ao menos 19 correspondiam a crianças e, destes, somente três receberam assistência médica. Entre as causas de morte infantil, também são descritos o sofrimento fetal e complicações durante o parto.⁵¹

A demanda recebida pela CIDH objetiva a responsabilização internacional do Estado paraguaio pela falta de garantia do direito de propriedade ancestral da Comunidade Indígena Xákmok Kásek e pelas violações de direitos humanos dela decorrentes. A Comissão, em seu

50 OAS. Inter-American Commission on Human Rights. Derechos de los pueblos indígenas y tribales sobre sus tierras ancestrales y recursos naturales: normas y jurisprudencia del sistema interamericano de derechos humanos = indigenous and tribal peoples' rights over their ancestral lands and natural resources norms and jurisprudence of the inter-american human rights system / Inter-American Commission on Human Rights. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 56/09 30 diciembre 2009. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/indigenas/docs/pdf/tierras-ancestrales.esp.pdf> Acesso em: 10 out. 2024.

51 *Ibidem*.

relatório de submissão do caso à Corte, reconheceu que a comunidade, pela falta de acesso à propriedade e à posse de seu território, estaria em estado de vulnerabilidade alimentar, médica e sanitária, ameaçando de forma contínua a sobrevivência dos membros da comunidade e a integridade desta.

Os direitos violados apontados foram: à personalidade jurídica (art 3º da CADH), à vida (art. 4º da CADH), às garantias judiciais (art. 8.1 da CADH), das crianças (art. 19 da CADH), à propriedade privada (art. 21 da CADH), à proteção judicial (art. 25 da CADH). Além das demandas da Comissão, os representantes solicitaram à Corte que declarasse a responsabilização do Estado pela violação do direito à integridade pessoal (art. 5º da CADH).⁵²

A Corte considerou que 13 mortes são atribuíveis ao Estado, 11 delas de crianças. Nesse contexto de inúmeras violações, o Tribunal reconheceu ainda a dimensão interseccional da violação ao direito à saúde de Remigia Ruiz, agravado por outras condições, como a extrema pobreza, que impactam negativamente na mortalidade materna: “morte durante o parto sem atendimento médico adequado, situação de exclusão ou pobreza extrema, falta de acesso a serviços de saúde adequados, falta de documentação sobre a causa de morte, entre outros”.⁵³ Segundo o item 233 da sentença, a extrema pobreza, evidenciada no contexto da comunidade indígena Xákmok Kásek, bem como a falta de atendimento médico adequado a mulheres grávidas ou puérperas, são fatores que levam à alta mortalidade e morbidade maternas, sendo que as gestantes requerem medidas de especial proteção. Aborda ainda o dever de garantia do direito à saúde, nos seguintes termos:

os Estados devem oferecer políticas de saúde adequadas que permitam oferecer assistência com pessoal treinado adequadamente para o atendimento dos nascimentos, políticas de prevenção da mortalidade materna através de controles pré-natais e pós-parto apropriados, e instrumentos legais e administrativos

52 CORTE IDH. Caso da comunidade indígena Xákmok Kásek vs. Paraguai. Mérito, Reparaciones e Custas. Sentença de 24 de agosto de 2010. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_214_por.pdf. Acesso em: 03 out. 2024.

53 *Ibidem*, p. 56.

em políticas de saúde que permitam documentar corretamente os casos de mortalidade materna. O anterior, em razão de que as mulheres em estado de gravidez requerem medidas de especial proteção.⁵⁴

Nesse contexto, a Corte entendeu que houve violação aos artigos 1.1 e 4.1 da Convenção Americana por parte do Estado paraguaio, haja vista a ausência de medidas necessárias à proteção do direito à vida, sendo, desse modo, também um caso de violência obstétrica.

A Corte acatou a demanda de reconhecimento da violação de direitos da Comissão e representantes, apontados acima, em sua integralidade e reconheceu a violação do dever de não discriminar (em relação aos direitos reconhecidos nos artigos 21.1, 8.1, 25.1, 4.1, 3, e 19 da CADH).

Como medida de reabilitação destinada à garantia dos direitos de acesso à saúde de gestantes, citamos o dever do Estado de prestar "atendimento médico especial para as mulheres que estão grávidas, tanto antes do parto como durante os primeiros meses depois deste, assim como para o recém-nascido".⁵⁵

Este caso é utilizado como precedente para alguns outros que serão expostos a seguir.

2.3.3 Cristina Brítez Arce vs Argentina

Cristina Brítez Arce era paraguaia, tinha 38 anos e estava grávida de seu terceiro filho. Durante sua gestação, considerada de risco, Cristina buscou algumas unidades de saúde, onde não teve atendimento adequado à complexidade de seu caso. Em junho de 1992, ingressou no Hospital Público Ramón Sardá por conta de dores nas costas, febre e perda de líquido pelos órgãos genitais. Após a realização de exames, verificou-se o óbito do feto e Cristina foi internada para que a indução do parto fosse realizada. Após 4 horas de trabalho de parto, Cristina faleceu devido a parada cardiorrespiratória. As quatro ações criminais para

⁵⁴ *Ibidem*, p. 56.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 71.

apurar eventuais responsabilizações de médicos e peritos resultaram em absolvições, e o processo cível instaurado foi julgado improcedente.

Em 2001, os dois filhos de Cristina apresentaram petição à Comissão Interamericana de Direitos Humanos. As violações do Estado elencadas foram: falta de informações e cuidados à gestante no pré-natal, descaso com os fatores de risco existentes na gestação, que a causa-morte poderia ter sido pré-eclâmpsia, que não foi bem diagnosticada e tratada e, por fim, que a investigação dos fatos realizada pelas autoridades estatais não foi realizada de forma transparente e diligente.

Em 2019, através do Relatório de Mérito nº 236/2019, a Comissão realizou as seguintes recomendações ao Estado: 1) reparar integralmente as vítimas no aspecto material e imaterial por meio de medidas de compensação econômica e satisfação; 2) disponibilizar atendimento de saúde mental aos filhos da vítima; e 3) capacitar profissionais de saúde para atendimento de qualidade a mulheres grávidas ou em procedimento de parto.

Em 2021, duas décadas após o início da tramitação do caso no Sistema Interamericano de Direitos Humanos, a Corte IDH considerou o Estado argentino responsável pela violação, com relação à Cristina Brítez Arce, dos direitos à vida e à integridade pessoal (arts. 4.1 e 5.1 da CADH), à saúde (arts. 26 da CADH) e, com relação a seus filhos, os direitos às garantias judiciais e à proteção judicial (arts. 8.1 e 25.1 da CADH e no art. 7 da Convenção de Belém do Pará), do direito à integridade pessoal, do direito à proteção da família e dos direitos da criança (arts. 5.1, 17.1 e 19 da CADH).

Na sentença, a Corte utiliza o caso *Xákmok Kásek* como precedente sobre as obrigações dos Estados em relação aos cuidados de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto e cita a Opinião Consultiva 29/22:

Este Tribunal decidiu especificamente sobre a violência exercida durante a gravidez, o parto e após o parto no acesso aos serviços de saúde, e considerou que constitui uma violação dos direitos humanos e uma forma de violência de gênero denominada violência obstétrica, que “abrange todas as situações de tratamento desrespeitoso, abusivo, negligente ou recusa de tratamento, du-

rante a gravidez e fase anterior, e durante o parto ou pós-parto, em centros de saúde públicos ou privados” (tradução nossa).⁵⁶

Cristina, como tantas outras mulheres, peregrinou pelo sistema de saúde pública durante a gestação, até que, em 01 de junho de 1992, veio à óbito, juntamente com o feto que carregava. Restou comprovado que o Estado, ciente da gestação de alto risco de Cristina, negou o tratamento adequado e especializado de que ela precisava.

A reparação integral estabelecida pela Corte em sentença se deu através do estabelecimento de medida de reabilitação, como o pagamento de despesas de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico aos filhos de Cristina; de medidas de satisfação, através da publicação do resumo oficial da Sentença; de garantias de não repetição, com a estruturação de campanha publicitária destinada a sensibilização aos direitos relacionados à gravidez e a situações que podem constituir casos de violência obstétrica; e, finalmente, ordenou a medida indenizatória em razão de danos materiais e não materiais.

Em que pese a condenação internacional descrita, o Estado argentino pode ser considerado um país pioneiro no enfrentamento da violência obstétrica. Em 2004, foi promulgada a *Ley del Parto Humanizado*, instrumento normativo que versa, dentre outros assuntos, sobre violência obstétrica. Os principais artigos do referido diploma normativo seguem transcritos:

ARTIGO 2º. Toda mulher, em relação à gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, tem os seguintes direitos:

- a) Ser informada sobre as diferentes intervenções médicas que podem ocorrer durante esses processos, para que **possa escolher livremente quando houver diferentes alternativas**.
- b) Ser tratada com **respeito e de forma individual e personalizada** que garanta a privacidade durante todo o processo de cuidado e leve em consideração seus padrões culturais.

56 CORTE IDH. Caso Brítez Arce y otros vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 16 de noviembre de 2022, p. 22. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_474_esp.pdf. Acesso em 10 out. 2023.

c) Ser considerada, na sua situação relativa ao processo de nascimento, como uma pessoa saudável, **para que seja facilitada a sua participação como protagonista do seu próprio nascimento.**

d) Um parto natural, respeitador dos tempos biológicos e psicológicos, evitando práticas invasivas e fornecimento de medicamentos que não sejam justificados pelo estado de saúde da parturiente ou do nascituro.

e) Ser informada sobre a evolução do seu parto, o estado do seu filho ou filha e, em geral, tornar-se participante nas diferentes ações dos profissionais.

f) Não ser submetida a qualquer exame ou intervenção que tenha por objeto a investigação, salvo consentimento expresso por escrito, sob protocolo aprovado pela Comissão de Bioética.

g) **Ser acompanhada por pessoa de sua confiança e escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério.**

h) Ter o filho ao seu lado durante a permanência na unidade de saúde, desde que o recém-nascido não requeira cuidados especiais.

i) Ser informada, desde a gravidez, sobre os benefícios da amamentação e receber apoio para amamentar.

j) Receber conselhos e informações sobre os cuidados consigo e com a criança.

k) Ser informada especificamente sobre os efeitos adversos do tabaco, álcool e drogas na criança e nela própria.

ARTIGO 6.º Constitui contraordenação grave o incumprimento das obrigações decorrentes da presente lei, por parte das obras sociais e entidades médicas pré-pagas, bem como o incumprimento por parte dos profissionais de saúde e seus colaboradores e das instituições onde prestem serviços. Efeitos sancionatórios, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que possa corresponder (tradução nossa).⁵⁷

57 ARGENTINA. Ley 23.929. Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo,

2.3.4 Balbina Rodriguez Pacheco vs. Venezuela

Seis anos após a morte de Cristina Brítez, a médica cirurgiã Balbina Rodriguez Pacheco foi vítima de violência obstétrica que resultou em sua incapacidade parcial permanente. Após dar à luz e ser constatado acretismo placentário, que ocasionou uma hemorragia severa, Balbina solicitou que fosse realizada uma histerectomia, inclusive com a anuência do marido, que também é médico. Malgrado sua qualificação, conhecimento técnico e solicitação, foi ignorada ao ter seu pedido de histerectomia negado pelo médico cirurgião. Reiterou ainda sua vontade, afirmando que “preferia estar viva e sem útero”, pela alta mortalidade que essa complicação apresentava, mas sem sucesso. A paciente foi operada e enviada ao quarto.

Quatro horas depois do parto e com nova hemorragia, Balbina voltou ao centro cirúrgico para realização da histerectomia. Posteriormente, ainda foi submetida a mais cinco intervenções cirúrgicas, que lhe causaram sequelas graves, como a perda de mobilidade e autonomia física.

Ao apresentarem a denúncia à CIDH, os representantes de Balbina indicaram a violação do direito à saúde reprodutiva devido: à presença de estereótipos de gênero (a decisão do cirurgião principal de preservar o aparelho reprodutor feminino acima da autonomia da mulher) e ao impacto desproporcional que a omissão médica gerou na integridade pessoal da paciente. Acrescentaram que a recusa de realizar uma histerectomia subtotal representava um desrespeito à sua vontade e uma negação de sua autonomia reprodutiva. Também sustentaram que a ausência de devida diligência na apuração interna das denúncias configuraria violação às garantias judiciais, ao direito à duração razoável do processo e ao efetivo acesso à justiça. A ação penal decorrente das denúncias de Balbina foi arquivada devido à prescrição após mais de 13 anos.

Através do Relatório de Mérito nº 332/2020, a CIDH considerou a Venezuela responsável pela violação dos direitos à integridade pes-

el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida. Sancionada en agosto 25 de 2004. Promulgada en septiembre 17 de 2004. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm> Acesso em 20 nov. 2023.

soal, à saúde, às garantias judiciais e à proteção judicial, previstos na CADH. A Comissão concluiu pela existência de má prática médica e deficiências na prestação do serviço de saúde. Sobre a violação das garantias judiciais, a Comissão considerou que o processo penal esteve impregnado de violações dos princípios orientadores do devido processo legal, como: resoluções de incompetência judicial para decidir, decisões da promotoria incompletas e carregadas de previsíveis nulidades que os tribunais posteriormente resolveram, numerosos não comparecimentos de promotores às audiências previstas para o processo penal, bem como decisões de reserva dos processos (que impediam o acesso da vítima), que ultrapassaram o limite legal.

Dentre as recomendações ao Estado venezuelano, destacam-se o desenvolvimento de programas e políticas sobre a devida prevenção e investigação de possíveis casos de violência obstétrica, levando em consideração a diligência necessária e um prazo razoável para a resolução.

O caso foi enviado à Corte IDH em 2021 e sentenciado em setembro de 2023, com o reconhecimento da responsabilidade internacional da Venezuela. Ao tratar dos estereótipos, a Corte afirma que mulheres continuam vulneráveis a sofrer violações dos seus DSRs, na maioria dos casos através de práticas discriminatórias, que são consequência da aplicação de estereótipos em seu detrimento.

108. A Corte recorda que o estereótipo de gênero se refere a um preconceito de atributos, comportamentos ou características possuídas ou papéis que são ou deveriam ser desempenhados por homens e mulheres respectivamente, e que é possível associar a subordinação das mulheres a práticas baseadas em estereótipos de gênero socialmente dominantes e persistentes. A criação e utilização de estereótipos se converte em uma das causas e consequências da violência de gênero contra as mulheres. Neste sentido, a Corte reconhece que a relação de poder entre o médico e o paciente pode ser agravada pelas relações de poder desiguais que caracterizaram historicamente homens e mulheres, bem como pelos estereótipos sociais de gênero dominantes e persistentes que, consciente ou inconscientemente, constituem a base de práticas que reforçam a posição da mulher

como dependente e subordinada. À este respeito, o Tribunal reconheceu que a obrigação de eliminar todas as formas de discriminação contra as mulheres acarreta a obrigação de eliminar a discriminação baseada em estereótipos de gênero. (CORTE IDH, 2023, p.37 – tradução nossa)

A Corte IDH considerou ainda o dever do Estado de fiscalizar os serviços de saúde privados, a obrigação de estabelecer mecanismos de denúncia oportunos, adequados e eficazes que reconheçam a violência obstétrica como uma forma de violência contra as mulheres e o dever de investigar os fatos com a devida diligência, punir eventualmente os autores da referida violência e proporcionar à vítima uma indenização efetiva com reparação dos danos.

Por fim, considerou o Estado responsável pela violação da garantia de acesso à justiça devido à falta da devida diligência e à não duração razoável do processo (arts 8.1 e 25.1 da CADH, bem como o art. 7.b), f) e g) da Convenção de Belém do Pará), do direito à saúde (art. 26 da CADH) e do direito à integridade pessoal da mãe de Balbina (art. 5.1 da CADH).

A Corte estabeleceu como primeira recomendação o dever de investigar, dentro de um prazo razoável e através das instituições públicas competentes, os funcionários acusados de irregularidades e, após o devido processo, aplicar as sanções administrativas, disciplinares ou criminais correspondentes. Como medida de reabilitação, firmou a obrigação de pagamento de quantia para despesas com tratamento médico no valor de U\$ 40.0000,00. A publicação da sentença foi indicada como medida de satisfação. Duas ações foram estabelecidas como garantias de não repetição: 1) o desenvolvimento de programas de capacitação no Ministério Público e no Poder Judiciário para investigação de possíveis casos de violência obstétrica, levando em consideração os padrões interamericanos em matéria de devida diligência e prazo razoável, bem como com perspectiva de gênero; e 2) realização programas de formação e educação continuada destinados a estudantes de medicina e profissionais que trabalham com saúde reprodutiva em centros de saúde públicos e privados,

sobre os direitos à saúde materna e a discriminação com base em estereótipos de gênero, além da investigação e prevenção de casos de violência obstétrica com base nas normas interamericanas sobre a matéria.

Em relação aos danos materiais, a Corte determinou que o Estado pague a quantia de USD\$60.000,00 em favor de Balbina Pacheco. Quanto aos danos morais, fixou-os no valor de USD\$30.000,00 em favor desta, e de USD\$20.000,00 em favor de sua mãe. Por fim, quanto aos custos e despesas pecuniárias, a Corte ordenou o pagamento de USD\$20.000, 00 (vinte mil dólares) e USD\$10.000,00 (dez mil dólares), respectivamente em favor de Balbina e sua mãe.

Assim como a Argentina, a Venezuela promulgou, em 2007, a Lei n. 38.668, com o objetivo de “garantir e promover o direito das mulheres a uma vida livre de violência, criando condições para prevenir, enfrentar, punir e erradicar a violência contra a mulher em qualquer de suas manifestações e áreas, promovendo mudanças no padrões socioculturais que sustentam a desigualdade de relações de gênero e poder sobre as mulheres, promover a construção de uma sociedade democrática justa, participativa, igualitária e protagonista”⁵⁸.

Em que pese o escopo amplo da mencionada legislação, a lei prevê a violência obstétrica como forma de violência de gênero (art. 15, item 13) e expõe um rol de condutas que configuram essa violência (art. 51). De forma pioneira, a lei venezuelana impõe aos responsáveis multa e direcionamento de cópia da condenação final à associação profissional para eventual processo disciplinar.

2.3.5 Cuscul Pivaral e outras vs. Guatemala

O caso se refere à responsabilidade internacional do Estado pela violação de direitos estabelecidos na CADH em detrimento de 49 pessoas diagnosticadas com HIV – 14 delas falecidas – entre os anos de 1992 e 2003, e seus familiares.

58 VENEZUELA. *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, n° 38.668. Caracas, lunes 23 de abril de 2007. Disponível em: https://siteal.ieep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf Acesso em 18 nov. 2023.

Na década de 1990 até 2006, o Estado da Guatemala não forneceu qualquer atenção médica a pessoas soropositivas para HIV. Embora a situação tenha melhorado a partir de 2006, a atenção médica não era integral, com falta de acesso a centros de saúde e a medicamentos antirretrovirais.

O recurso de amparo apresentado com efeito de remediar a situação perante a Corte Constitucional do país não resultou efetivo. Por meio da medida cautelar nº 321, em 16 de agosto de 2002, a CIDH solicitou ao Estado que realizasse o atendimento e tratamento de 10 pacientes, sem qualquer sucesso.⁵⁹ Até o ano de 2004, o Estado fornecia atendimento médico a uma pequena parte dos pacientes (nenhuma das vítimas do caso), a maior parte dos tratamentos esteve a cargo do Médicos Sem Fronteiras.

Do total de vítimas, 25 são mulheres e 5 estavam grávidas no momento em que receberam o diagnóstico ou engravidaram posteriormente. Atenção especial deve ser dada a gestantes, pois a transmissão do HIV pode ocorrer durante a gravidez, parto ou após, através do aleitamento. Dados apresentados por perito e reproduzidos pela Corte na sentença dão conta de que "mais de 90% das crianças com HIV são infectadas através da mãe durante a gravidez, trabalho de parto, parto e amamentação, e que, sem intervenção, mais de metade das crianças com HIV morrerão nos primeiros dois anos de vida".⁶⁰

A senhora Sandra Lisbeth Zepeda Herrera foi diagnosticada com HIV quando estava grávida de 7 meses, mas não recebeu tratamento adequado e houve a transmissão vertical do vírus para a criança. Já a senhora Pascuala de Jesús Mérida Rodríguez foi diagnosticada com HIV quando estava grávida de 5 meses e, embora tenha recebido tratamento antirretroviral durante a gravidez, a equipe médica do hospital onde o ocorreu o parto assumiu o risco de transmissão vertical ao se recusar a realizar a cesárea programada. No caso das outras três mu-

59 OAS. Inter-American Commission on Human Rights. Medidas cautelares 2002. Washington DC: CIDH, 2002. Disponível em: <https://www.cidh.org/medidas/2002.sp.htm> Acesso em 28 nov. 2023.

60 CORTE IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala. Excepción preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de agosto de 2018. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/se-riec_359_esp.pdf. 51. Acesso em 30 nov. 2023.

Iheres, Saira Elisa Barrios, Corina Dianeth Robledo Alvarado e Dora Marina Martínez Sofoifa, não foram oferecidos elementos suficientes para determinar ações ou omissões estatais relacionadas com a gravidez, embora todas tenham sofrido em decorrência da ausência de atenção integral à saúde.

A Comissão recebeu a petição em 2003 e concluiu que até 2006 e 2007 existia uma total falta de cuidados médicos estatais para pessoas soropositivas para HIV e que viviam na pobreza, e determinou que essa omissão teve um sério impacto na saúde, vida e integridade pessoal dessas pessoas.

Segundo a CIDH, somente a partir de 2006-2007 foram implementados tratamentos para pessoas com HIV, mas os cuidados não eram abrangentes ou adequados, pelo que considerou que essas deficiências continuavam a violar os direitos à saúde, à vida e à integridade pessoal. De igual forma, houve reconhecimento da responsabilidade do Estado pela morte de 8 pessoas em decorrência de doenças oportunistas não tratadas ou acompanhadas de forma deficitária. A negativa do recurso de amparo interposto perante o Tribunal Constitucional foi considerada como falha no dever de proporcionar proteção judicial efetiva às vítimas. Danos à integridade psicológica e moral de familiares e/ou pessoas com vínculo de apoio mais próximo das vítimas também foram reconhecidos pela CIDH.

As medidas solicitadas de forma imediata ao Estado direcionadas às vítimas incluem a garantia do acesso integral à saúde, com a realização de diagnósticos completos, provisão de medicamentos e tratamento psicológico. Além dessas, a Comissão determinou uma específica direcionada a gestantes com HIV: atenção médica diferenciada, "com especial atenção a sua capacidade reprodutiva. O Estado deverá assegurar que as vítimas não tenham que sofrer obstáculos de acessibilidade ou de outra índole para obtenção de atenção integral".⁶¹

Como medidas de não repetição, a Comissão determinou que o Estado proporcione atenção e tratamento gratuito a todas as pessoas com HIV, a implementação de mecanismos sérios e efetivos de

61 *Ibidem*, p.4.

fiscalização periódica dos hospitais, para que o acesso à saúde seja assegurado de forma efetiva, e a capacitação de profissionais da área da saúde conforme os estândares internacionais de proteção de direitos humanos.

Ao receber a demanda da CIDH, a Corte IDH apresenta o contexto de violação sistemática de direitos humanos no que diz respeito ao acesso à saúde. Pesquisa realizada pela ONUSIDA é citada na sentença, dando conta de que na Guatemala, entre as mulheres grávidas, somente 19% tiveram acesso a tratamento ou profilaxia para prevenir a transmissão do HIV aos seus filhos.

Uma das controvérsias analisadas pela Corte se direciona à análise de possível responsabilização da Guatemala pela violação do princípio de não discriminação, caso o Estado “não tenha garantido às supostas vítimas uma atenção médica integral que tomasse em conta seus diversos fatores de vulnerabilidade, como pessoas que vivem com HIV, especialmente nos casos de mulheres grávidas”.⁶²

A dimensão interseccional da vitimação de mulheres grávidas, diagnosticadas com HIV e pobres é abordada primeiramente de forma abstrata pela Corte:

132. (...) o Tribunal indicou que a pobreza extrema e a falta de cuidados médicos adequados para mulheres grávidas ou pós-gravidez são causas de elevada mortalidade e morbidade materna, razão pela qual os Estados devem fornecer políticas de saúde que permitam a prestação de assistência com pessoal adequadamente treinado para o atendimento ao parto, políticas para a prevenção da mortalidade materna através de controles pré-natais e pós-parto adequados, e instrumentos legais e administrativos em políticas de saúde que permitam a documentação adequada dos casos de mortalidade materna (...) [citação ao caso Xákmok kásek].

O Tribunal observa que o Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres recomendou que os programas contra a AIDS prestassem especial atenção aos direitos e necessidades

62 *Ibidem*, p. 25.

das mulheres e das crianças e aos fatores relacionados com o papel da reprodução das mulheres e a sua posição subordinada em algumas sociedades, o que torna esse grupo especialmente vulnerável à infecção pelo HIV. Da mesma forma, o Comitê DESC indicou que os Estados devem procurar garantir o acesso universal, sem discriminação, a todas as pessoas, incluindo aquelas que pertencem a grupos desfavorecidos e marginalizados, a toda uma série de serviços de cuidados de saúde e sexuais, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e do HIV (tradução nossa).⁶³

Ao abordar os casos da senhora Zepeda Herrera e Jesús Mérida, a Corte considerou que constituíram discriminação com base no gênero o não fornecimento de tratamento antirretroviral durante a gravidez à primeira e a não realização de parto cesáreo agendado de forma preventiva da segunda. Reconheceu-se o impacto na saúde e risco de transmissão vertical do HIV ao filho em consequência da não prestação de atenção à saúde adequada a mulheres grávidas.

Em seguida, a abordagem interseccional dos casos concretos é realizada pela Corte:

138. (...) a Corte considera que as condições das mulheres que vivem com HIV e grávidas convergiram de forma interseccional nas senhoras Zepeda Herrera e Jesús Mérida, que, devido às suas condições, faziam parte de um grupo vulnerável e, portanto sua discriminação foi o produto de vários fatores que se cruzaram e se condicionaram. Neste sentido, a Corte recorda que a discriminação interseccional é o resultado da confluência de diferentes fatores de vulnerabilidade ou fontes de discriminação associados a determinadas condições de uma pessoa. Neste sentido, como salientou o Tribunal, a discriminação contra as mulheres com base no sexo e no gênero está indissociavelmente ligada a outros fatores que afetam a mulher e este tipo de discriminação pode afetar a alguns grupos de mulheres numa extensão ou de forma diferente dos homens.

63 *Ibidem*, p. 49-50.

Desta forma, os Estados devem reconhecer e proibir nos seus instrumentos jurídicos estas formas cruzadas de discriminação e o seu impacto negativo combinado sobre as mulheres afetadas, bem como aprovar e implementar políticas e programas para eliminar estas situações.⁶⁴

Sem citar violação direta à Convenção de Belém do Pará, embora tenha reconhecido a dimensão da discriminação de gênero da violação, a Corte conclui pela responsabilidade do Estado pela violação da proibição de discriminação em relação à obrigação de garantir o direito à saúde (art. 26 da CADH), em detrimento de Sandra Lisbeth Zepeda Herrera e Pascuala de Jesús Mérida Rodríguez.

Como garantia de não repetição específica a mulheres grávidas, a Corte determinou que o Estado da Guatemala deve garantir que elas tenham acesso a acompanhamento periódico, a tratamento médico adequado e a testes de HIV caso desejem. Para tanto, como já fez em outros casos, a Corte ordenou a elaboração e publicação de cartilha que disponha "de forma sintética, clara e acessível sobre os meios de prevenção da transmissão do HIV e sobre o risco de sua transmissão vertical, bem como os recursos disponíveis para minimizar esse risco".⁶⁵ O Estado deverá garantir que pacientes e pessoal médico tenham acesso à cartilha em todos os hospitais públicos e privados da Guatemala. Por fim, nos pontos resolutivos, determina a realização de campanha nacional de conscientização e sensibilização sobre distintos temas abordados na sentença, dentre eles o de mulheres grávidas com HIV.

2.3.6 I.V. vs. Bolívia

I.V., de origem peruana, conseguiu em 1994 reconhecimento de sua condição de refugiada política após dois episódios de prisão e diversos de perseguição, abusos físicos, sexuais e psicológicos por parte da Direção Nacional Contra o Terrorismo do Peru. Em 2000, a senhora I.V., após rompimento da bolsa, ingressou no Hospital da Mulher de La Paz.

⁶⁴ *Ibidem*, p. 51.

⁶⁵ *Ibidem*, p. 79.

Ao constatar cesárea anterior, a ausência de trabalho de parto e que o feto estava na posição transversal, a equipe médica decidiu submeter a paciente a cesárea. Após o nascimento do bebê e com a mãe ainda sedada, a equipe optou pela ligadura de trompas de Falópio (também denominada salpingectomia bilateral) com o método Pomeroy, considerado pela vítima como "radical", segundo seu depoimento colacionado na sentença da Corte.

Nos meses seguintes, a paciente foi diagnosticada com restos placentários no endométrio, motivo pelo qual foi submetida a nova cirurgia. A saúde mental de I.V. se deteriorou, com crises severas de ansiedade, que motivaram sua internação em uma clínica de La Paz em 2013 e posterior medicação.

Em 2007, a Comissão recebeu demanda do *Defensor del Pueblo* da República da Bolívia, para que apurasse a responsabilidade do Estado pela esterilização forçada de I.V. e imposição de barreiras ao acesso à justiça. Os representantes da vítima alegaram que as violações aos direitos da vítima decorrem de uma discriminação em razão de sua condição de gênero, de pessoa em situação de pobreza, de nacionalidade e status de pessoa refugiada.

Em 2014, o Relatório de Mérito nº 12/14 considerou o Estado responsável, em apertada síntese, pela violação dos direitos: à integridade física, às garantias judiciais, à proteção da honra e dignidade contra ingerências arbitrárias, à liberdade de pensamento e expressão, à proteção da família e à proteção judicial.

As recomendações direcionadas à parte lesada incluem: compensar danos materiais e morais, proporcionar tratamento médico adequado e investigar os fatos relativos à esterilização, estabelecendo as responsabilidades e eventuais sanções. Como medidas de não repetição, estabeleceu: a revisão de políticas e práticas de hospitais, adotar leis, políticas públicas e programas direcionados a assegurar que se respeite o direito à informação em matéria de saúde, investigar os gargalos no Poder Judiciário que resultam em dilações excessivas de prazos e procedimentos judiciais, na contratação de uma administração de justiça diligente.

O Relatório de Mérito aborda dois pontos relevantes levados à Corte IDH: 1) a interseccionalidade da violência, que vulnerabiliza especialmente algumas mulheres; e 2) o impacto dos estereótipos de gênero na imposição de barreiras ao acesso a serviços de saúde materna.

A interseccionalidade é abordada através do reconhecimento de “múltiplas formas de discriminação que afetam o gozo e o exercício de direitos humanos por parte de alguns grupos de mulheres, como I.V., com base na intersecção de diversos fatores, como o sexo, a condição de migrante e a posição econômica”.⁶⁶

Com relação a este primeiro argumento, embora a Corte reconheça que em diversos países a esterilização é utilizada em determinados grupos mais vulneráveis de mulheres, no caso em questão afirma não ter verificado que a decisão de ligadura de trompas tenha como motivação sua origem nacional, condição de refugiada ou posição socioeconômica. No entanto, reconhece de forma vaga, que estes fatores têm impacto na “magnitude dos danos sofridos”.

Os argumentos de discriminação com base em estereótipos encontram mais eco. Segundo Relatório de Mérito, a Comissão observou indícios de que “a atuação da equipe médica que realizou a cirurgia de I.V. esteve influenciada por estereótipos de gênero sobre a incapacidade de as mulheres decidirem autonomamente a respeito de sua própria reprodução”.⁶⁷ Essa concepção estereotipada é expressada quando a equipe médica se sente mais capacitada a tomar a decisão sobre a esterilização, controle de reprodução e o corpo de uma mulher do que a própria.

Na sentença, a Corte reconhece que a limitação da autonomia de escolha da mulher ocorre por distintos motivos, dentre os quais: discriminações no acesso aos serviços de saúde, assimetrias de poder com relação ao cônjuge, à família, à comunidade e à equipe médica, fatores adicionais de vulnerabilidade e estereótipos de gênero nos serviços de saúde. Recorda também que fatores socioculturais como raça, posição socioeconômica, deficiência física ou a existência de comorbidades

66 CORTE IDH (Corte Interamericana de Derechos Humanos). Caso I.V. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016, p. 41. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf Acesso em 15 jan. 2024.

67 *Ibidem*.

como o HIV não podem limitar a liberdade e tampouco servirem como autorizadores implícitos de procedimentos de esterilização.

Vale destacar o reconhecimento de que a ausência de informações adequadas acerca de DSR pode levar à adoção de posições “menos assertivas” por parte das mulheres e/ou “mais paternalistas” por parte dos médicos. Nestes casos, abre-se espaço para o exercício de poder médico, que usurpa a autonomia da vontade de mulheres e se julga mais apto a tomar decisões. Por este motivo, a garantia de gozo dos DSR está intimamente vinculada ao acesso à informação por parte das mulheres.

Três estereótipos são apontados pela Corte como mais frequentes nos serviços de saúde: 1) a compreensão de que as mulheres são mais vulneráveis, incapazes de tomar decisões conscientes, por isso devem ser tuteladas por profissionais, 2) a percepção de que mulheres são mais inconstantes e impulsivas, logo necessitam de alguém estável capaz de tomar decisões, como um “homem protetor” e 3) a contracepção é assunto feminino e sobre o corpo da mulher deve recair a tarefa do controle reprodutivo. Ressalte-se que neste terceiro aspecto apontado pela Corte há uma dupla dimensão do estereótipo: o corpo da mulher como único a ser objeto da contracepção e a atribuição da “escolha” do método contraceptivo à mulher. No caso de I.V., os médicos buscam o marido para autorizar o procedimento de esterilização no corpo da esposa, como se ele tivesse legitimidade para tomar decisões, como se a paciente não pudesse escolher e precisasse ser tutelada – pelo saber médico ou pelo companheiro.

No caso, a Corte considerou que o médico responsável pela cirurgia o fez movido por ideia “paternalista e injustificada” de proteção ao considerar que a sra. I.V. não era capaz de tomar decisões e concepções estereotipadas de que a contracepção deve recair sobre o corpo “responsável” pela reprodução, isto é, o da mulher.

Destacamos trecho da sentença onde é ressaltado o papel do estereótipo de gênero na violação de direitos humanos das mulheres:

243. A Corte reconhece que a liberdade e a autonomia das mulheres em matéria de saúde sexual e reprodutiva foram histórica-

mente limitadas, restringidas ou anuladas com base em estereótipos de gênero negativos e prejudiciais, conforme descreveu o próprio médico durante a audiência. Isso se deveu a que se atribuiu social e culturalmente aos homens um papel preponderante na adoção de decisões sobre o corpo das mulheres e a que as mulheres sejam vistas como o ente reprodutivo por excelência. Especificamente, a Corte salienta que o fenômeno da esterilização não consentida é marcado por essas sequelas das relações historicamente desiguais entre as mulheres e os homens. Ainda que a esterilização seja um método utilizado como anticoncepcional, tanto por mulheres como por homens, quando não consentidas afetam de maneira desproporcional as mulheres, exclusivamente por essa condição, em razão de que a elas é atribuída socialmente a função reprodutora e de planejamento familiar. Por outro lado, o fato de que as mulheres sejam o sexo com a capacidade biológica de gravidez e parto, as expõe a que, durante uma cesárea, seja frequente a ocorrência de esterilizações sem consentimento, ao excluí-las do processo de adoção de decisões informadas sobre seu corpo e sua saúde reprodutiva, segundo o estereótipo prejudicial de que são incapazes de tomar tais decisões de forma responsável (tradução nossa).⁶⁸

A Corte considerou, de forma resumida, o Estado responsável pela violação dos direitos à integridade pessoal, à liberdade pessoal, à dignidade, à vida privada e familiar, ao acesso à informação e à constituição de uma família (arts. 5.1, 5.2., 7.1, 11.1, 11.2, 13.1 e 17.2 da CADH) e dos direitos às garantias judiciais e à proteção judicial (artigos 8.1 e 25.1 da CADH), em relação às obrigações de respeitar e garantir esses direitos e de não discriminar, bem como pelo descumprimento de suas obrigações positivas de prevenir e remediar situações discriminatórias (art. 7, *a, b, c, f* e *g* da Convenção de Belém do Pará), em detrimento da Sra. I.V.

Como medida de reparação diretamente à vítima, a sentença estabeleceu o dever de indenizar por danos materiais e imateriais, além de proporcionar tratamento médico, especificamente em saúde sexual e reprodutiva, bem como tratamento psicológico e/ou psiquiátrico.

⁶⁸ *Ibidem*, p. 81.

Como medidas de satisfação, estabeleceu a publicação da sentença e realização de ato público de reconhecimento de responsabilidade internacional pelos fatos. Já as medidas de não repetição abrangem a obrigatoriedade de elaborar uma publicação ou cartilha que desenvolva de forma sintética, clara e acessível os direitos das mulheres em relação à sua saúde sexual e reprodutiva, na qual deve ser feita menção específica ao consentimento prévio, livre, pleno e informado, e, ainda, adotar programas permanentes de educação e formação dirigidos a profissionais do sistema de saúde e segurança social, sobre questões envolvendo consentimento informado e gênero.

Por fim, determinou a reparação ao fundo de assistência à vítima no valor de US\$ 1.623,21 e pagamento de custas e gastos no valor de US\$ 18.290 à Organização "Derechos en Acción".

2.3.7 Caso *F.S. vs. Chile*.

F.S., uma mulher pobre e moradora de região rural no Chile, foi esterilizada sem seu consentimento ou conhecimento aos 20 anos de idade. Ao realizar exame de pré-natal, F.S. foi diagnosticada como soropositiva para HIV, tomou a medicação antirretroviral e continuou a gestação sem as informações necessárias para este tipo de gravidez. A esterilização a qual F.S. foi submetida ocorreu em 2002, após o parto e sem seu consentimento. Em 2008, após um ano de investigação pela suposta prática de lesão corporal grave por parte do médico, o Ministério Público opinou pelo arquivamento do caso, com fundamento em uma suposta autorização verbal emitida por F.S. antes do parto. Houve um pedido de revisão para instância superior no Ministério Público, que manteve a decisão de arquivamento, confirmada pelo Juzgado de Garantía de Curicó e pela Corte de Apelaciones de Talca.

Em 2009, a Comissão recebeu petição demandando a responsabilização internacional do Estado chileno pelas violações de direitos à integridade, liberdade, garantias judiciais, proteção da honra e dignidade, proteção da família, igualdade perante a lei e proteção judicial.

As organizações peticionárias indicaram que a vítima não teria sido informada do procedimento de esterilização e tampouco teria

dado seu consentimento para isso, e que sequer teria recebido informação sobre a esterilização cirúrgica, seus riscos, vantagens e outras alternativas disponíveis, apesar de existir no Chile lei que estabelece que a esterilização deve ser autorizada por escrito e com o consentimento informado da paciente (Resolução n° 2326). Argumentaram as petionárias que os procedimentos de apuração da responsabilidade criminal não levaram em consideração a situação econômica, o gênero e o fato de F.S. ser soropositiva para HIV, “fatores que aumentam o risco de preconceito social, violações dos direitos humanos e formas de discriminação durante processos judiciais”.⁶⁹

No dia 6 de dezembro de 2017, iniciou-se um processo de solução amigável por iniciativa das partes, com o acompanhamento próximo da Comissão através de sua assistência técnica e a facilitação de espaços de diálogo nas reuniões de trabalho com as partes, aplicando metodologias padronizadas e critérios objetivos para promover a concepção do acordo de solução amistosa.

A Solução Amistosa foi assinada em 2021, com os seguintes pontos resolutivos: 1) publicação do extrato em veículo oficial; 2) acesso a subsídio de habitação; 3) divulgação de orientações aos serviços de saúde sobre esterilização feminina e masculina, 4) realização de campanha de sensibilização para o cuidado e não discriminação de pessoas que vivem com HIV; 5) divulgação do projeto de lei sobre o Direito da Mulher a uma Vida Livre de Violência, uma vez promulgado; 6) aumento do número de salas de parto de atenção integral e instalação de placa comemorativa; 7) benefícios estudantis, bolsas escolares e programas de ensino superior a F.S. e seu filho; 8) prestação de cuidados de saúde integrais a F.S. e seu filho; e 9) formação em direitos sexuais e reprodutivos com uma perspectiva de gênero.

2.3.8 Eulogia Guzman e seu filho vs. Peru

Eulogia Guzmán, mulher indígena quéchua, foi levada em 10 de agosto de 2003 a um centro médico, apresentando sintomas de parto.

69 OAS. Inter-American Commission on Human Rights. Informe 52/14. Petición 112-09. Admisibilidad. F.S. Chile. 21 de julio de 2014, p.4. Disponível em: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2014/CHAD112-09ES.pdf> Acesso em 30 out. 2023.

Após ser atendida por uma obstetra, a paciente foi deixada sozinha com seu marido em uma sala de parto. Sozinha no quarto de hospital, a paciente sentiu necessidade de urinar, se levantou da cama e agachou, momento em que sentiu seu filho coroar. Ato contínuo, uma enfermeira entrou no quarto e obrigou-a a voltar para a cama, na posição supina, a despeito dos avisos da paciente de que estava sentindo que seu filho iria nascer e da súplica para que deixasse o parto ocorrer na posição em que estava (de cócoras). Durante o movimento para retornar à posição deitada, Sérgio nasceu e caiu de cabeça no chão de cimento do hospital. A queda provocou a ruptura do cordão umbilical e grave lesão cerebral no bebê. A obstetra somente retornou ao leito horas depois, quando Eulogia já havia dado à luz seu filho.⁷⁰

Eulogia e Sérgio foram transferidos para outra unidade de atendimento médico, onde o recém-nascido foi internado e a mãe ficou por horas esperando por atendimento, com sangramento e dilatação de dez centímetros no útero. Após duas semanas internado, o recém-nascido continuava sem apresentar melhoras no seu quadro de saúde. Atualmente, mais de dez anos depois, Sérgio apresenta, “cegueira cortical irreversível por lesão cerebral, encefalopatia hipóxia isquêmica por traumatismo encéfalo-craniano ao nascer, razão pela qual convulsiona frequentemente, não fala, não vê, não caminha, usa fraldas e chora permanentemente”.⁷¹

Os pais de Sérgio buscaram a Comissão de Direitos Humanos da Província de Yananoca, onde viviam, para apresentar uma denúncia, no dia 04 de setembro de 2003. Em dezembro de 2008, foram proferidas sentenças condenando dois dos agentes de saúde presentes no caso pelo delito de abandono de menor de idade ou incapaz de cuidar de si, resultando em grave dano à saúde. No entanto, quando da apelação das referidas sentenças, a Corte Superior de Justiça de Cusco absolveu os condenados, entendendo que os verbos típicos pelos quais foram condenados requeriam uma atuação dolosa que não estaria presente em suas condutas no caso.

O caso foi levado à comissão em 27 de outubro de 2009, tendo sido alegada a responsabilidade internacional do estado peruano em

70 CIDH, Informe No. 35/14, Petición1334-09. Admisibilidad. Eulogia y su hijo Sergio. Perú. 4 de abril de 2014. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2014/PEAD1334-09ES.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2024.

71 *Ibidem*, p.3.

face de Eulogia Guzmán, seu filho Sergio e sua família. Os peticionários informam que houve atenção médica deficiente no durante e após o parto de Eulogia. A queda de Sérgio, ao nascer, resultou em uma série de comorbidades físicas e psíquicas, incapacidades sensoriais e intelectuais, além de dores e convulsões crônicas.

A questão foi levada aos tribunais nacionais, motivo pelo qual o Estado peruano solicitou que a Comissão declarasse a inadmissibilidade da petição apresentada, haja vista que a análise do caso pelo Sistema Interamericano de Direitos Humanos levaria o caso a uma quarta instância. O Estado afirmou, ainda, que foram observadas todas as garantias judiciais e que as vítimas não teriam esgotado todas as instâncias internas, devendo propor uma demanda de reparação civil dos danos.⁷²

Ao realizar análise dos critérios de admissibilidade, a Comissão entendeu que o prazo de 6 meses previsto no artigo 46(1)(b) da CADH foi devidamente cumprido, já que a última decisão adotada na jurisdição interna foi notificada em 8 de maio de 2009 e a petição foi recebida em 27 de outubro de 2009.

Nos termos do Informe de Admissibilidade n. 35/14, a CIDH admitiu o caso diante da possibilidade de violação dos direitos: à vida (art. 4º da CADH), à integridade pessoal (art. 5º da CADH), às garantias judiciais (art. 8º da CADH), das crianças (art. 19 da CADH), à proteção judicial (art. 25º da CADH), ao desenvolvimento progressivo dos direitos econômicos e socioculturais (art. 26º da CADH); além da violação do art. 7º da Convenção de Belém do Pará.

Até o final da presente pesquisa, não havia relatório de mérito.

2.3.9 Manuela y Otros vs. El Salvador

Manuela estava grávida quando sofreu uma emergência obstétrica em 2008 em função de uma pré-eclâmpsia. Socorrida por seus pais, foi levada ao hospital onde foi atendida.

No registro do hospital consta que a paciente chegou para consulta após episódio de aborto. No documento, foi inserida suposta ver-

⁷² *Ibidem*.

são de Manuela dada aos médicos de que o filho nasceu morto e foi enterrado por sua mãe. Sob suspeita de que a paciente havia provocado um aborto, a médica quebrou o sigilo e comunicou ao Ministério Público que iniciou investigação.

No dia seguinte, 28 de fevereiro de 2008, a polícia realizou o interrogatório de Manuela e, com autorização judicial, realizou busca e apreensão na residência de seus pais, onde encontrou enterrado um feto que, segundo a perícia realizada, teria entre 30 e 32 horas de falecido. No mesmo dia, Manuela foi presa em flagrante por suposta prática de homicídio do seu filho recém-nascido e, ainda na unidade hospitalar onde estava internada, foi algemada à cama. A representação por prisão preventiva foi deferida em 02 de março de 2008. A audiência foi marcada para o dia seguinte sem a presença de Manuela, que ainda se encontrava internada no hospital.

Após a alta médica, Manuela foi encaminhada para o centro penitenciário da cidade, onde permaneceu presa. No dia 11 de abril de 2008, foi expedida certidão de óbito do filho de Manuela, em que se fez constar como causa da sua morte "asfixia por obstrução das vias respiratórias" e que "viveu por dois dias"⁷³. No dia 07 de julho de 2008, foi realizada nova audiência, em que o juiz afirmou que se podia "determinar que a imputada se desfez de seu filho lançando-o à fossa séptica"⁷⁴, sendo, portanto, autora do delito de homicídio agravado contra seu filho recém-nascido. Por fim, em 11 de agosto de 2008, Manuela foi condenada a 30 anos de prisão.

A ação penal movida contra Manuela maculou uma série de garantias judiciais. O processo foi marcado por trocas de defensor e poucos argumentos articulados para defender a ré: a única prova oferecida, e com posterior desistência, foi o depoimento da mãe. Após a condenação, a não interposição de recurso revela atuação defensiva lesiva aos interesses de Manuela, que permaneceu indefesa, fato posteriormente reconhecido pela Corte IDH.

⁷³ *Idem*.

⁷⁴ *Idem*.

Manuela foi condenada a 30 anos de prisão pelo delito de homicídio qualificado em 2009. Enquanto cumpria pena, foi levada ao hospital, onde se registrou perda considerável de peso, febre e icterícia, além de apresentar, há mais de um ano, quadro de aparecimento de massa no lado esquerdo do seu pescoço. Manuela foi diagnosticada com linfoma de Hodgkin e esclerose nodular. Iniciou tratamento, que incluiu quimioterapia em uma unidade de saúde, onde faleceu em 2010.

Cumpra ressaltar que, em 1998, a legislação de El Salvador passou por uma reforma que recrudescer a resposta penal a uma série de condutas. O novo Código Penal, em vigor à época dos fatos, havia suprimido as excludentes de ilicitude em caso de aborto e um tratamento penal mais brando conferido à mulher que matasse seu filho nas 72h seguintes ao parto sob "emoção violenta".

Em 2012, a CIDH recebeu petição demandando apuração da responsabilidade do Estado de El Salvador sobre os fatos. A petição inicial, submetida à comissão em 21 de março de 2012, foi assinada pelo Centro de Direitos Reprodutivos, pelo Coletivo de Mulheres para o Desenvolvimento Local e pelo Grupo Cidadãs pela Despenalização do Aborto Terapêutico, Ético e Eugênico (todos os nomes em tradução livre). Em 2018, a Comissão apresentou Relatório de Mérito, que concluiu pela violação dos direitos à vida, liberdade pessoal, garantias judiciais, vida privada, igualdade perante a lei, proteção judicial e direito à saúde.

O relatório definitivo foi submetido à apreciação do Estado em 29 de janeiro de 2019, mas este ficou inerte, sendo o caso levado à Corte IDH. A matéria controvertida, objeto de análise da Corte, dizia respeito ao tratamento médico com violação de sigilo profissional e a observação do devido processo legal durante a prisão preventiva, julgamento e condenação de Manuela.

Ao submeter o caso à jurisdição da Corte, a Comissão argumentou que a discriminação sofrida por Manuela esteve alicerçada em estereótipos que influenciaram a fase investigatória, o decurso do processo penal e a condenação. Outro ponto ressaltado diz respeito à indissociabilidade dos estereótipos aplicados no processo penal da condição de pobreza, analfabetismo e gênero de Manuela.

O julgamento com base em estereótipos viola o direito às garantias judiciais, mais especificamente o direito a ser julgada de forma imparcial, e à presunção de inocência. No caso, a Corte ressaltou que a objetividade de agentes estatais é afetada quando estereótipos são mobilizados para descredibilizar depoimentos e passam a expressar opinião pessoal sobre fatos que deveriam ser apurados de forma imparcial. Durante a investigação criminal, a culpabilidade – e não a inocência – de Manuela esteve presumida, fundamentada em um preconceito de que uma mãe abnegada teria feito qualquer coisa para proteger seu filho. A policial responsável pela apuração preliminar afirma em documento oficial de investigação que “não se omite de se manifestar quanto investigadora e mulher” e opina sobre o que a vítima deveria ter feito enquanto mãe, forjando a culpa de forma premeditada e estereotipada.

A violação da imparcialidade subjetiva também é observada na sentença quando valora a ação de Manuela com base em um “instinto materno”. No caso, os estereótipos articularam uma série de presunções desfavoráveis: de que a criança era fruto de uma infidelidade e, por isso, não desejada; então Manuela teria agido contra o instinto materno e de forma dolosa ao tirar a vida da criança para esconder desonra própria. As provas que indicavam o estado debilitado de saúde da vítima deixaram de ser apreciadas com o devido zelo.

Em apertada síntese, a Corte considerou o Estado de El Salvador responsável pela violação dos direitos à liberdade pessoal e à presunção de inocência, (arts. 7.1, 7.3 e 8.2 da CADH), do direito à defesa, do direito de ser julgado por um tribunal imparcial, da presunção de inocência, do dever de motivar, da obrigação de não aplicar a legislação de forma discriminatória, do direito de não ser sujeito a penas cruéis, desumanas ou degradantes e da obrigação de garantir que a finalidade da pena privativa de liberdade seja a reforma e a readaptação social dos condenados (arts. 8.1, 8.2, 8.2.d, 8.2.e, 24, 5.2 e 5.6 da CADH), direito à vida, à integridade pessoal, à vida privada, à igualdade perante a lei e à saúde, (arts. 4, 5, 11, 24 e 26 da CADH), além do descumprimento de obrigações decorrentes do artigo 7.a) da Convenção de Belém do Pará em detrimento de Manuela. A violação do direito à integridade

peçoal dos filhos de Manuela, seu pai e sua mãe, também foi reconhecida (art. 5.1 da CADH).

As reparações incluíram: 1) medidas de satisfação, com a publicação da sentença, realização de ato público para reconhecimento da responsabilidade internacional e concessão de bolsas aos filhos de Manuela; 2) medidas de reabilitação com o fornecimento de tratamento médico, psicológico e psiquiátrico aos pais de Manuela; 3) de não repetição, como a obrigatoriedade de regulação do segredo profissional médico, de desenvolvimento de um protocolo médico para atenção a emergências obstétricas, de regulamentação da prisão preventiva, desenvolvimento de curso de capacitação a profissionais de saúde do Hospital em que ocorreram os fatos e do sistema de justiça, adequação da pena nos crimes de infanticídio, elaboração e implementação de um programa de educação sexual/reprodutiva e garantia de atenção integral nos casos de emergências obstétricas; e 4) indenização por danos patrimoniais, danos imateriais e reembolso de custas.

Caso semelhante ao de Manuela é o *M.T.R. e outras vs. El Salvador*, recém admitido na CIDH.

2.3.10 Beatriz y Otros vs El Salvador

Em 2011, aos vinte anos, em situação de extrema pobreza, Beatriz deu à luz um filho após parto de alto risco devido a diagnóstico de lúpus eritematoso, nefropatia lúpica e artrite reumatoide. Durante o parto, o médico sugeriu a esterilização cirúrgica, devido ao risco de uma nova gravidez para o seu quadro de saúde, o que não foi aceito por Beatriz.

Em 2013, Beatriz engravida novamente e tem como diagnóstico uma má-formação congênita no feto, com anencefalia, indicando-se, ainda, que, com a continuação da gravidez, a gestante corria risco de vida. Ante a proibição de aborto terapêutico na legislação de El Salvador, a defesa de Beatriz ingressa com ação na justiça salvadorenha, pleiteando a interrupção da gravidez, sem sucesso. À época, a Oficina de Alto Comissariado das Nações Unidas advertiu a Suprema Corte de El Salvador de que a decisão de obrigar a gravidez se revelava clara-

mente contrária à proteção de direitos humanos e poderia constituir um ato cruel, desumano e degradante.

A CIDH outorgou medidas cautelares à Beatriz, com fundamento em parecer do comitê médico do "Hospital Nacional Especializado de Maternidad Dr. Raúl Arguello Escalón", que recomendava a interrupção da gravidez devido à absoluta inviabilidade de vida extrauterina, sob pena de sérios riscos de morte materna. Diante da negativa do Estado, a Comissão apresenta à Corte solicitação para adoção de medidas provisórias com objetivo de salvaguardar a vida e integridade pessoal de Beatriz, que foram prontamente outorgadas.

O parto ocorre com o previsível falecimento do recém-nascido cinco horas depois e algumas complicações que fazem com que Beatriz permaneça mais alguns dias internada.

Na petição apresentada perante a CIDH, os representantes de Beatriz alegam violação ao direito à vida, integridade pessoal e saúde, diante da negativa de interrupção da gravidez e dos direitos e garantias judiciais de proteção pela inexistência de um recurso interno adequado a salvaguardar oportunamente seus direitos. Também afirmaram que a criminalização do aborto, feita de forma vaga, atenta contra o princípio da legalidade e permite uma margem abrangente para criminalização de mulheres por delitos mais severos, como homicídio agravado, tal como se deu no caso *Manuela e outros vs. El Salvador*. Asseveram que, ao manter este tipo penal o Estado deixa de cumprir o estabelecido no art. 2 da CADH acerca da obrigação de modificar ou abolir leis e práticas que afetem direitos e respaldem a persistência ou tolerância de violência contra as mulheres. Por fim, argumentam a violação da Convenção de Belém do Pará no que diz respeito ao direito ao tratamento igualitário e livre de estereótipos, já que a proibição do aborto se fundamenta em um papel compulsório de ser mãe quando se é mulher e na instrumentalização do corpo feminino.

A CIDH conclui que o Estado, ao tentar proporcionar proteção absoluta ao nascituro através da criminalização do aborto sem exceções e sem considerar os graves efeitos sobre os direitos envolvidos de Beatriz, incorreu em violações dos direitos à vida, à integridade pes-

soal, à vida privada e à saúde física e mental de Beatriz contidas nos artigos 4.1, 5.1, 11.2, 11.3 e 26 da CADH. Da mesma forma, a CIDH considera que a dor e o sofrimento pelos quais Beatriz passou desde que solicitou a interrupção da gravidez e mesmo após o nascimento constituíram um tratamento cruel, desumano e degradante, pelo qual o Estado violou o artigo 5.2 da CADH e os artigos 1 e 6 da Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura.

O Estado de El Salvador também foi considerado responsável pela violação da obrigação de não regressividade (art. 26 da CADH), descumprida com recentes alterações na legislação penal que endureceram o tratamento conferido ao aborto no país e criaram mais obstáculos ao acesso de mulheres aos serviços de saúde. A tipificação do aborto também foi considerada violadora do princípio da legalidade (art. da CADH).

No que diz respeito às garantias judiciais, a Comissão considerou que Beatriz ficou indefesa diante da ação constitucional, que não constituiu um remédio adequado ou eficaz para remediar os efeitos sobre os direitos à vida, à saúde, à integridade e à privacidade. Ao não adotar perspectiva de gênero e considerar relatórios de instituições médicas fundados em estereótipos e revitimização, o Tribunal Constitucional maculou o acesso à justiça e por isso o Estado foi responsável pela violação dos direitos às garantias e proteção judiciais (arts. 8.1 e 25.1 da CADH e art. 7.b da Convenção de Belém do Pará). Ademais, também foi considerado violado o direito de obter uma decisão dentro de um prazo razoável no âmbito do recurso de amparo (art. 8.1 da CADH).

A respeito da utilização de estereótipos, a Comissão cita jurisprudência sobre o tema construída pela Corte nos casos *I.V. vs Bolívia* e *Artavia Murillo vs. Costa Rica* quando considera que a feminilidade é definida muitas vezes através da maternidade. A Comissão observa que, no caso, estereótipos discriminatórios influenciaram a decisão de proibir o aborto e priorizar a proteção do feto anencéfalo, ainda que a gestação representasse grave risco para a vida, integridade e saúde de Beatriz. Leis, políticas e práticas penais em vigor em El Salvador,

além das omissões das autoridades, fizeram com que Beatriz sofresse discriminação e violência derivadas da sua condição de mulher e da sua situação de pobreza, em violação dos artigos 24 e 1.1. da CADH e art. 7 da Convenção de Belém do Pará.

Como medidas de reparação integral, além das econômicas e de satisfação a CIDH estabeleceu: 1) prestar cuidados de saúde abrangentes, físicos e psicológicos aos familiares de Beatriz; 2) adotar as medidas legislativas necessárias para estabelecer a possibilidade de interrupção da gravidez em situações de inviabilidade do feto com a vida extrauterina, bem como de risco para a vida e integridade da mãe; 3) adotar todas as medidas necessárias, políticas públicas, programas de formação e protocolos para garantir a efetividade do acesso à interrupção da gravidez, sem oposição de obstáculos de fato ou direito a sua implementação; e 4) aplicação de uma moratória sobre a persecução penal dos crimes relacionados ao aborto à luz do controle de convencionalidade, enquanto ocorre a adaptação regulatória.

Até o final da escrita deste relatório, o processo ainda tramitava na Corte IDH, aguardando sentença após audiências públicas e alegações finais.

2.3.11 M.T.R e outras vs. El Salvador

Entre 1999 e 2011, nove mulheres (M. T. R., E.M.A., J.R.G., T.C.V., M.J.G., M.P.M., M.G.A., M.F.M. e A.L.R.) foram investigadas, processadas e condenadas a penas entre quinze e quarenta anos de prisão pelo crime de homicídio contra seus filhos recém-nascidos. Em comum, todos os casos tratam de emergências obstétricas de gestantes pobres e denegação de garantias judiciais. No caso de J.R.G., há relatos de que suposição de aborto fez com que a equipe médica realizasse o parto sem anestesia como forma de punição. M.P.M vivia em contexto de violência intrafamiliar e havia engravidado após estupro de seu pai. As emergências obstétricas de T.C.V., M.G.A. e M.F.M. ocorreram no ambiente de trabalho.⁷⁵

75 CIDH, Informe No. 166/22. Petición 2287-15. Admisibilidad. M.T.R. y otras. El Salvador. 11 de julio de 2022. Disponível em: https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2022/SVAD_2287-15_ES.PDF Acesso em: 20 dez. 2023.

As emergências foram comunicadas à polícia, na maioria dos casos mediante quebra de sigilo profissional por parte dos médicos que atenderam as mulheres. No caso de J.R.G., a polícia tomou conhecimento por parentes que buscaram ajuda para atendimento da emergência e de T.C.V, M.G.A. e M.F.M., os empregadores foram responsáveis por entrar em contato com a polícia para obter ajuda médica ou denunciar um suposto caso de aborto.

Em todos os casos, as supostas vítimas interpuseram diversos recursos internos contra as condenações. Com exceção de M.T.R., as condenações ocorreram durante vigência do Código de Processo Penal de 1998, em vigor na data dos fatos, que não previa recurso de apelação para sentenças. Quatro réis (MPM; E.M.A.; A.L.R.; e M.F.M.) foram condenadas nos termos do Código de Processo Penal de 1998 sem receber qualquer tipo de informação ou defesa técnica para interposição de recursos extraordinários. Em muitos casos, organizações da sociedade civil solicitaram indultos em favor das vítimas, que foram negados pela Corte Suprema do país.

No caso M.J.G., de forma semelhante ao caso de Manuela, a notícia de que o marido da imputada estava nos Estados Unidos dá azo à condenação fundada na suposição de que a gravidez era fruto de infidelidade e a morte do feto decorre de tentativa de esconder desonra. M.F.M. foi considerada culpada por não ter em momento algum comunicado sobre sua gravidez e procurado ajuda médica enquanto entrava em trabalho de parto.

As peticionárias alegam que houve mau atendimento nas unidades hospitalares e que os processos criminais tramitaram em um contexto de discriminação estrutural jurídica e social contra mulheres, meninas e adolescentes no país. Apontam que o desrespeito do dever de sigilo profissional, a falta de garantias mínimas, como a presunção de inocência, a inexistência de uma segunda instância criminal entre 1998 e 2011, bem como a prevalência da estigmatização, da discriminação e da violência de gênero nas esferas pública e privada ensejariam a responsabilização internacional do Estado de El Salvador. Por fim, tal como no caso de Manuela, as peticionárias argumentam que a proibi-

ção do aborto em todas as suas formas configura discriminação contra meninas, jovens e mulheres.

Ao analisar os critérios de admissibilidade, a CIDH considerou que a ausência de um recurso ordinário capaz de questionar a sentença de primeira instância no caso de oito das nove vítimas configura a exceção prevista no art. 46.2 da CADH, já que ficou comprovada a ausência na legislação interna do devido processo legal. De forma semelhante, a exceção restou comprovada nos quatro casos em que a ausência de recurso extraordinário revelou negligência da defesa pública, atribuível ao Estado.

No caso de M.T.R., o último recurso foi julgado em 29 de outubro de 2015, e a petição, apresentada em 30 de dezembro de 2015, dentro do prazo estipulado pelo art. 46.1.b da CADH.

Com base nos elementos de fato e de direito apresentados, a Comissão considerou que o caso apresenta contexto semelhante a precedentes da própria CIDH relacionados a El Salvador, que, se comprovados, teriam efeitos sobre a liberdade e a integridade pessoal, o devido processo legal, a falta de descrição da conduta típica do crime de aborto, a violação da intimidade, a falta de acesso à justiça e proteção judicial e discriminação. Apontou como potencialmente violados os direitos à integridade pessoal (arts. 5 da CADH), à liberdade pessoal (art. 7º da CADH), às garantias judiciais (art. 8 da CADH), à honra e dignidade (art. 11 da CADH), à igualdade perante a lei (art. 24 da CADH), à proteção judicial (art. 25º da CADH), ao desenvolvimento progressivo dos direitos econômicos e socioculturais (art. 26º da CADH), além da violação do princípio da legalidade (art. 9º da CADH) e do art. 7º da Convenção de Belém do Pará.

Até o final da presente pesquisa, não havia relatório de mérito.

2.3.12 Carmen Helena Pardo Noboa vs. Equador

Carmen Helena Pardo Noboa foi detida em 1992 em razão de uma acusação de tráfico de drogas e submetida a tratamentos cruéis por parte de agentes penitenciários, inclusive durante o parto, que ocorreu na unidade prisional. Em 1990, trabalhou como agente de segurança

antinarcóticos e antiterrorismo para a companhia aérea American Airlines. Dois anos depois, em 13 de julho de 1992, agentes da Interpol identificaram e apreenderam dois pacotes contendo 68.295 gramas de cloridrato de cocaína camuflado, escondidos em carga previamente inspecionada por Carmen.

Em agosto do mesmo ano, Carmen foi presa preventivamente e vinculada a processos penais por tráfico de drogas sem que o mandado de prisão lhe fosse apresentado. Afirma que o centro de internação apresentava péssimas condições de saúde e alimentação, por isso teria contraído toxoplasmose. Alocada na mesma cela que internas que havia entregado às autoridades antinarcóticos enquanto trabalhava como agente antidrogas, Carmen foi agredida, insultada e ameaçada. Além da omissão de proteção, agentes penitenciários foram denunciados por tentativa de estupro. Em decorrência das agressões, Carmen começou a sangrar e, sob suspeita de estar sofrendo um aborto, foi encaminhada para consultório médico da unidade, mas não foi atendida em função de recusa do plantonista, que teria dito que “não se metiam com presas do tráfico de drogas”.⁷⁶

Transferida a hospital com risco de aborto espontâneo, foi informada de que não teria direitos por estar presa. Segundo a vítima, durante os meses em que esteve internada, não houve privacidade: os responsáveis pela custódia abriam a cortina do banheiro sob a justificativa de verificar se era de fato ela quem estava tomando banho. Uma nova tentativa de estupro por parte de um dos guardas é relatada.

Durante o parto, Carmen foi vítima de violência obstétrica ao ser algemada à maca enquanto sentia fortes dores, já que a anestesia ministrada não surtiu efeito completo. Ato contínuo, o bebê foi tirado da mãe, que não teve permissão para amamentá-lo. Antes de deixar o hospital, Carmen narra uma tentativa de sequestro quando policiais invadiram seu quarto com ordem que posteriormente se revelou falsificada, para realizar uma suposta transferência a outro local de detenção. Os policiais envolvidos no episódio foram posteriormente demitidos. Tais

76 CIDH. Informe No. 39/22. Petición 1621-15. Admisibilidad. Carmen Helena Pardo Noboa. Ecuador. 1º de marzo de 2022. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2022/ECAD1621-15ES.pdf> Acesso em: 20 dez. 2023.

violências, segundo a vítima, teriam causado episódios de delírios de perseguição e estresse pós-traumático e graves danos à sua vida familiar e à sua relação com o filho e a mãe.

Após 10 meses detida, uma ordem de soltura é emitida em favor de Carmen devido ao “arquivado provisoriamente” do processo criminal em seu desfavor, ato que interrompe o andamento do processo, mas deixa aberta a possibilidade de reabertura do processo contra o investigado caso surjam novas provas. A decisão foi expedida pelo Décimo Juiz Criminal de Pichincha e confirmada em segunda instância pela Quinta Turma do Superior Tribunal de Justiça. O arquivamento definitivo somente ocorreu 21 anos após os fatos.

Em 2014 e 2016, a vítima apresentou duas ações perante o Tribunal Contencioso Administrativo de Quito, com objetivo de obter indenização em decorrência da detenção arbitrária, maus-tratos e demora injustificada no encerramento definitivo do processo penal. A segunda ação foi julgada parcialmente procedente e condenou o Estado a pagar a quantia de U\$ 20.000,00 a Carmen. Até 2022, ano de apresentação da petição à CIDH, a ação indenizatória estava em fase de execução, com recursos interpostos de ambas as partes.

A demanda apresentada à CIDH se refere à detenção arbitrária durante 10 meses, aos maus-tratos na unidade penitenciária e à falta de acesso à justiça para reparação do dano causado. A Comissão reconheceu a admissibilidade do procedimento, sob o argumento da exceção de demora injustificada nos recursos internos (art. 46.2, c da CADH), em função da demora de 5 e 7 anos para julgamento das ações indenizatórias e após mais de 30 anos buscando reparação na justiça interna.

A CIDH cita como precedente o caso *Manuela e outros vs. El Salvador* para afirmar que o dever de garantia do direito à saúde sem discriminação está diretamente vinculado à não oposição de barreiras e condições para o acesso aos serviços de saúde por parte do Estado, como, por exemplo, a negativa de prestar assistência médica porque a paciente supostamente cometeu um crime.

No relatório de admissibilidade, a Comissão se refere expressamente à “violência obstétrica”, definindo-a como “uma forma de violên-

cia contra a mulher frequentemente causada por estereótipos de gênero associados ao papel da mulher na maternidade e à sua competência para tomar decisões, inclusive crenças religiosas segundo as quais o parto exige sofrimento da mulher”.⁷⁷

Como conclusão, afirma que a confirmação da veracidade dos fatos alegados poderá caracterizar violações dos direitos à integridade pessoal (art. 5º da CADH), à liberdade pessoal (art. 7º da CADH), às garantias judiciais (art. 8º da CADH), à proteção judicial (art. 25º da CADH), ao desenvolvimento progressivo dos direitos econômicos e socioculturais (art. 26º da CADH), além do art. 7º da Convenção de Belém do Pará, em detrimento de Carmen Helena Pardo Noboa.

Até o final da presente pesquisa, não havia relatório de mérito.

2.3.13 Jacqueline Grosso Nuñez vs. Uruguai

Jacqueline estava grávida de 20 semanas, quando, em uma briga com o vizinho, recebeu um pontapé na barriga, que lhe fez sangrar e iniciar contrações uterinas. Embora outros vizinhos tenham testemunhado a agressão, nada fizeram. A vítima buscou ajuda ligando para a emergência “911” e, minutos após, uma viatura de polícia chegou ao local. Segundo Jacqueline, em vez de prestar assistência, os policiais fizeram piada e disseram que a polícia não “estaria ali a passeio”.⁷⁸

A primeira unidade de saúde para onde Jacqueline foi levada pelos policiais não contava com emergência ginecológica. Então ela foi encaminhada para a unidade policial, onde foi mantida sem comunicação, à espera de um especialista em ginecologia. Durante a consulta, a paciente foi constrangida quando ficou nua na frente de um dos policiais, revelando a falta de cuidado do médico que realizava o exame. Diagnosticada com “genitorragia”, a paciente foi liberada para voltar para casa. Após a liberação, Jacqueline foi encaminhada a centro médico, onde finalmente teve acesso à ecografia, que revelou “deslocamento do polo ovular inferior e abertura do colo uterino”.

⁷⁷ *Ibidem*, p. 5

⁷⁸ CIDH. Informe No. 57/22. Petición 85-16. Admisibilidad. Jacqueline Edith Grosso Nuñez y otros. Uruguay. 20 de marzo de 2022. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2022/URAD85-16ES.pdf> Acesso em: 20 dez. 2023.

Quatro dias após a internação, obteve alta médica sem os resultados de exames adicionais, medicação para a infecção uterina e quaisquer informações sobre seu estado de saúde e diagnóstico final.

No dia seguinte, Jacqueline voltou ao Centro Médico sentindo fortes contrações e foi medicada com algumas cápsulas de Misoprostol sem seu consentimento, que lhe causaram um aborto. Por fim, a vítima solicitou entrega do corpo do feto, para que fosse sepultado, pedido negado pela unidade hospitalar sob o argumento de que se tratava de um “resíduo patológico”, que deveria ser descartado por ter menos de 500 gramas.

Jacqueline deu início a três demandas penais: contra seu agressor, contra os policiais que lhe prestaram atendimento e para obter acesso ao corpo de sua filha. As duas primeiras foram arquivadas sem resolução do mérito e, através da terceira, o corpo de sua filha lhe foi entregue. No momento de recebimento da petição, havia um pedido de desarquivamento tramitando na primeira instância.

A demanda administrativa interposta contra os policiais resultou em sanção de pena mínima de 3 a 5 dias-multa pela omissão de socorro.

Jacqueline também ajuizou três ações cíveis: a primeira, contra o Ministério do Interior e os policiais, que resultou em sentença condenatória ao pagamento de indenização por danos morais no valor de U\$ 10.000,00; a segunda, contra o vizinho agressor, resultou em condenação de U\$ 5.400,00 em seu favor; e a terceira, contra a Clínica Casmú, devido aos danos decorrentes da má prática médica, no momento do juízo de admissibilidade da CIDH, ainda estava em tramitação.

A demanda perante a CIDH se fundamenta na alegação de violação das garantias judiciais e proteção judicial, diante da ausência de investigação adequada para apurar os fatos e, verificada a culpabilidade, punição do vizinho e dos policiais.

Ao realizar o juízo dos critérios de admissibilidade, a Comissão considerou que o tempo transcorrido entre o início da ação penal e a pendência de desarquivamento configura a exceção de demora injustificada no esgotamento dos recursos internos estipulada no artigo 46.2, c) da CADH. De igual forma, considerou que a mencionada exceção

também se aplica à demanda indenizatória em desfavor da clínica, iniciada em 2013 e até então sem trânsito em julgado.

Por fim, determinou a admissibilidade da petição com relação à alegada falta de uma investigação adequada da violência física e a ausência de proteção judicial efetiva do Estado, que poderiam configurar a violação dos direitos à integridade pessoal (art. 5º da CADH), à liberdade pessoal (art. 7º da CADH), às garantias judiciais (art. 8º da CADH), à honra e dignidade (art. 11º da CADH), à igualdade perante a lei (art. 24 da CADH), à proteção judicial (art. 25º da CADH), ao desenvolvimento progressivo dos direitos econômicos e socioculturais (art. 26º da CADH) e do art. 7º da Convenção de Belém do Pará. As denúncias de violação do direito à vida, à liberdade pessoal e à liberdade de consciência e religião (respectivamente arts. 4º, 7º e 12 da CADH) foram inadmitidas devido à escassez de elementos suficientes para aferir possível responsabilização do Estado.

Até o final da presente pesquisa, não havia relatório de mérito.

2.4 Resumo das recomendações aos Estados-parte

A reparação do dano pelo incumprimento de uma obrigação internacional exige, no Sistema Interamericano de Direitos Humanos, a restituição integral (*restitutio in integrum*), sempre que possível. No entanto, na maioria dos casos de violações de direitos humanos a restituição da situação anterior não é possível. Assim, o Tribunal determina medidas para garantir os direitos violados e reparar as consequências que as violações produziram. Além da compensação financeira e da obrigação de investigar, julgar e eventualmente punir, a Corte IDH estabelece medidas de restituição, reabilitação, satisfação e não repetição. Essa última tem como objetivo atingir a causa das violações, enquanto as anteriores se referem à tentativa de reparação do efeito da violação na vida das vítimas. Consideramos que as medidas de não repetição são diretrizes importantes para balizar o tratamento dos Estados-parte sobre o tema, com objetivo de não incorrer nas mesmas práticas violadoras de direitos humanos.

As recomendações realizadas aos Estados-parte nas sentenças condenatórias da Corte IDH são semelhantes às estabelecidas pela CIDH e expostas no início do capítulo. A seguir, apresentaremos, com ênfase nas medidas de não repetição, as recomendações realizadas pela Corte IDH nas sentenças e nos dois acordos de solução amistosa.

Não houve medidas de restituição vinculadas diretamente à violação de direitos sexuais e reprodutivos.⁷⁹

As medidas de reabilitação incluíram o custeio de tratamento psicológico e psiquiátrico das vítimas (diretas e familiares) e a garantia de acesso integral à saúde, com a provisão de medicamentos e tratamento médico em saúde sexual.

As medidas de satisfação envolveram a realização de ato público de reconhecimento da responsabilidade internacional do Estado e a obrigação de dar publicidade à sentença em meio de comunicação de ampla circulação nacional, publicação de resumo em diário oficial e em sites de órgãos do governo (Poder Judiciário, Secretarias e Ministérios).

As medidas de não repetição reuniram recomendações de estruturação de políticas e programas para prevenção e investigação de possíveis casos de violência obstétrica considerando os estândares interamericanos sobre a matéria. Em grande número nas sentenças, foram agrupadas por temas: informação, capacitação, ampliação de estrutura, alteração de legislação, adoção de protocolos, abordagem interseccional e outras.

Como medidas de acesso a informação, a Corte recomendou: 1) o desenvolvimento de campanhas de divulgação dos direitos ao atendimento humanizado durante a gravidez, parto e pós-parto em linguagem clara e as situações que podem constituir casos de "violência obstétrica"; 2) a elaboração de publicação ou cartilha que desenvolva de forma sintética, clara e acessível os direitos das mulheres em relação à sua saúde sexual e reprodutiva, na qual deve ser feita menção específica ao consentimento prévio, livre, pleno e informado; 3) a realização de campanha de sensibilização para prevenção, cuidado e não discriminação

⁷⁹ Somente no caso *Xákmok Kásek vs. Paraguai* houve medida de restituição relacionada com o acesso a terras ancestrais.

das pessoas que vivem com HIV, com uma abordagem de gênero dos direitos sexuais e reprodutivos e adaptada ao público-alvo, compreendendo as diferenças regionais, socioculturais e étnicas.

As capacitações foram destinadas a dois públicos específicos: 1) membros do Ministério Público e do Poder Judiciário para investigação de possíveis casos de violência obstétrica, levando em consideração os padrões interamericanos em matéria de devida diligência e prazo razoável, bem como com perspectiva de gênero; e 2) estudantes e profissionais da saúde, com desenvolvimento de programas de formação e educação continuada em centros de saúde públicos e privados, sobre os direitos à saúde materna, consentimento informado, estereótipos de gênero, esterilização feminina e a discriminação com base em estereótipos de gênero.

Em diversos casos, as recomendações incluíram a adoção ou revisão de protocolos de atuação e atendimento nos serviços de saúde para garantia dos direitos à saúde materna e o correto encaminhamento de casos de emergência obstétrica. Em uma das sentenças, a Corte IDH determinou a criação de mecanismos de supervisão dos serviços de saúde. Também foram recomendadas a revisão de políticas e práticas aplicadas em hospitais a respeito da obtenção do consentimento informado das pacientes e para a garantia do direito à interrupção da gravidez, com a consequente eliminação de obstáculos de fato ou direito a sua implementação e a criação de mecanismos de supervisão dos serviços de saúde.

Como medidas de não repetição direcionadas a alterações legislativas, citamos: a regulação da obrigação do sigilo profissional médico e a confidencialidade do histórico clínico; a previsão legal da possibilidade de interrupção da gravidez em situações de inviabilidade do feto com a vida extrauterina, bem como de risco para a vida e integridade da mãe; a modificação de leis sobre os temas de saúde reprodutiva e planejamento familiar, para eliminar de seu conteúdo qualquer enfoque discriminatório e respeitar a autonomia das mulheres; e a regulação da legislação penal que criminaliza o aborto (dosimetria da pena em casos de infanticídio e legislação que não inclui entre as excludentes o feto sem viabilidade extrauterina).

A medida de impacto na estrutura dos serviços se refere à determinação de aumento do número de salas de parto para atendimento integral. As recomendações com viés interseccional objetivaram a proteção e garantia de tratamento médico adequado a mulheres gestantes que vivem com HIV, além de especial atenção à difusão de informações e à obtenção de consentimento de mulheres em situação de vulnerabilidade pela intersecção de fatores como sexo, raça, posição econômica, condição de migrante, entre outros.

Por fim, identificamos ainda recomendações para envio de carta ao Conselho de Médicos, expondo os padrões internacionais em matéria de consentimento livre, prévio e informado e a garantia da proteção dos profissionais que realizem procedimentos de interrupção de gestação.

3. O DEBATE SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CONGRESSO NACIONAL

Neste capítulo, analisamos os Projetos de Lei (PL) em tramitação na Câmara de Deputados e no Senado Federal que tratam de parto e violência obstétrica. Os PLs são instrumentos importantes de compreensão do debate público em torno de uma questão que emerge como um problema social. São um reflexo do debate público e político e os mecanismos pelos quais representantes eleitos democraticamente expressam a "vontade pública" através de propostas que, se aprovadas, modificam o quadro legal corrente.

O monitoramento da atuação do Legislativo desempenha um papel crucial na compreensão dos fenômenos sociais e das tendências jurídico-normativas que moldam e regulam a sociedade. Por meio desses documentos legislativos, podemos identificar as demandas e aspirações da comunidade, refletidas nas propostas de novas leis ou na modificação das existentes, além de refletir sobre a consolidação da democracia para os estudos sobre o funcionamento da ordem democrática.⁸⁰ Essa análise nos permite entender como os desafios sociais e as mudanças na mentalidade coletiva estão sendo abordados e regulamentados pelo sistema jurídico.

80 LIMONGI, Fernando. Access to electoral rights: Brazil. [GLOBALCIT], EUDO Citizenship Observatory, 2016.

Além disso, o conteúdo dos PLs e seus proponentes constituem um panorama relevante sobre as tendências emergentes nos quadros normativos. Ao examinar as disposições legais propostas, podemos observar padrões e direções que indicam mudanças na interpretação da lei, na abordagem de questões legais complexas ou na regulamentação de novas áreas. Isso é essencial para os profissionais do direito, acadêmicos e outros interessados em compreender a evolução do ordenamento jurídico e suas implicações para a sociedade.

Analogamente, a análise dos Projetos de Lei também nos permite avaliar a eficácia das políticas públicas e o grau de sua adequação às necessidades e valores da sociedade. Ao examinar as justificativas apresentadas para as propostas legislativas, podemos avaliar criticamente suas bases teóricas e empíricas, bem como antecipar possíveis consequências e impactos sociais, econômicos e jurídicos. Isso contribui para uma tomada de decisão mais informada e para o aprimoramento constante das leis e políticas públicas.

Em suma, a análise de Projetos de Lei é um procedimento essencial para compreender não apenas os processos sociais, mas também as tendências jurídico-normativas que acompanham essas mudanças. Ao examinar esses documentos com cuidado e atenção aos detalhes, podemos obter uma visão mais clara do funcionamento da sociedade e do sistema jurídico, contribuindo assim para a construção de uma ordem legal mais justa, eficaz e alinhada com os valores democráticos.

Para desenhar um quadro deste debate, fizemos uma busca ativa aos projetos de lei em tramitação na Câmara dos Deputados e no Senado Federal pelos termos "parto" e "violência obstétrica", que localizou 428 Projetos de Lei. Esses projetos foram analisados e divididos em nove categorias a partir do tema central dos PLs: (i) campanhas de prevenção; (ii) projetos que alteram leis trabalhistas; (iii) violência obstétrica; (iv) assistência à saúde da mulher; (v) proteção de dados/registo civil; (vi) cidadania; (vii) assistência à saúde do bebê; (viii) outras violências; (ix) retrocessos de direitos reprodutivos e (x) outros.

Em seguida, excluímos os projetos de lei que mencionavam "parto", mas não tratavam de questões tangentes à violência obsté-

trica, como PLs relacionados a algumas dimensões da regulação da licença parental, ou que tratavam de atendimentos específicos para bebês, etc. Excluimos também os projetos de lei que estavam repetidos, restando 173 PLs, conforme o descrito na tabela abaixo, dividida por tema central:

Tabela 4 - Projetos de Lei por tema (N= 173)

Tema	Nº de PLs
Atenção à saúde da mulher	117
Violência obstétrica	21
Campanhas de prevenção	12
Acesso à cidadania	12
Retrocesso de direitos sexuais e reprodutivos	5
Outras violências contra a mulher	4
Outros	2
Total Geral	173

Fonte: Câmara dos Deputados e Senado Federal, 2024. Elaboração das autoras.

A maior parte dos Projetos de Lei tratam da atenção à saúde da mulher, seja ela física ou mental. Em seguida, destacamos os PLs que tratam diretamente da violência obstétrica. Ainda, em 12 projetos, estão previstas campanhas de prevenção, como dia de conscientização sobre a paralisia cerebral e, mencionam como uma das principais causas, a violência obstétrica. Em seguida, é possível perceber que 12 projetos de lei tratam do acesso a aparelhos públicos, que nomeamos como acesso à cidadania. Entre esses projetos de lei, há um (PL 2887/2019) que propõe, por exemplo, a gratuidade para gestantes e puérperas em transportes públicos interestaduais, o que pode facilitar o acesso à equipamentos de saúde para mulheres empobrecidas e que vivem em localidades remotas, longe de hospitais grandes. Em cinco projetos, identificamos retrocessos no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, como no PL 2715/2022, que dispõe sobre os cuidados paliativos no período pré-natal e neonatal após o diagnóstico de malformação fetal grave nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, e o PL 1763/2007, que trata da

assistência à mãe e ao filho gerado em decorrência de estupro, que apresenta a seguinte justificção: "Punir a criança com a morte por causa do estupro de seu pai é uma injustiça monstruosa. Mais monstruosa que o próprio estupro. Será justo que a mãe faça com o bebê o que nem o estuprador ousou fazer com ela: matá-la?".

Além disso, há o PL 1838/2022, que representa grande retrocesso na conquista de direitos sexuais e reprodutivos. A proposta restringe a causa excludente de punibilidade do crime de aborto na hipótese de estupro (art. 128, II, do Código Penal) ao estabelecer a obrigatoriedade de autorização judicial. Também insere parágrafo que, a despeito do que estabelece o art. 217-A do Código Penal (que afastou a necessidade de verificar o consentimento e estabeleceu a presunção absoluta de violência quando a vítima é menor de 14 anos), não considera estupro a relação sexual não forçada entre incapazes que aderem voluntariamente ao ato.

A penúltima categoria inclui PLs que tratam de outros tipos de violência contra mulheres e incluem a gravidez como causa de aumento de pena (4266/2023; 4972/2023; 3251/2023 e 2464/2021). Os PLs categorizados como "outros" tratam da instituição de uma política nacional de luto materno (PL 2099/2022) e de medidas para apoiar e proteger as mulheres que vivem em áreas rurais, quilombolas, indígenas e de comunidades tradicionais, visando a erradicar a violência de gênero e a promover a igualdade de direitos nessas comunidades (PL5546/2023).

A violência obstétrica é definida nos PLs, em linhas gerais, como uma forma de abuso que ocorre durante o processo de atendimento médico no período da gestação, parto e pós-parto, afetando a saúde física e emocional das mulheres. Esse tipo de violência pode se manifestar de várias maneiras, incluindo tratamento desrespeitoso, coerção para procedimentos médicos desnecessários, falta de informação e consentimento adequados, além de discriminação baseada em características como etnia, classe social ou orientação sexual. Um aspecto frequentemente apontado nesses textos, conforme vamos discutir mais adiante, é que a violência obstétrica é a frequência com que ocorre em diversos contextos de saúde ao redor do mundo, afetando mulheres

independentemente de sua origem ou situação socioeconômica. A falta de consciência sobre esse problema e de protocolos específicos para preveni-lo contribui, segundo esses textos, para a perpetuação dessas práticas abusivas, que muitas vezes passam despercebidas ou são minimizadas pelos profissionais de saúde.

Os autores dos projetos de lei enfatizam que os impactos da violência obstétrica vão além das consequências físicas, podendo gerar traumas psicológicos duradouros nas mulheres, afetando sua autoestima, confiança no sistema de saúde e no próprio processo de maternidade, além de complicações médicas evitáveis, que aumentam o risco de morbidade e mortalidade materna e neonatal, o que torna essa questão não apenas uma questão de direitos humanos, mas também de saúde pública. Entre as medidas de combate, alguns projetos destacam a conscientização sobre os direitos das mulheres durante o parto e o fortalecimento de políticas e protocolos de saúde que garantam um atendimento respeitoso, digno e apenas um trata de políticas baseadas em evidências científicas. A maior parte deles tramita em apenso ao PL 6567/2013, que trata do parto humanizado.⁸¹

Nas próximas seções, discutiremos quais leis serão alteradas caso os projetos de lei sejam aprovados, para, em seguida, abordar especificamente os projetos de lei que tratam diretamente da violência obstétrica.

3.1 Leis federais afetadas pelos projetos de lei

Observa-se que, dentre os projetos de lei pesquisados, muitos deles não se concentram em tratar a violência obstétrica *per se*. Este capítulo destina-se a analisá-los de forma sistematizada, com vistas a compreender como o tema vem sendo debatido no Congresso Nacional. Com efeito, é possível dividi-lo em cinco eixos principais.

⁸¹ Projetos de lei apensados são propostas legislativas relacionadas que são agrupadas e tratadas conjuntamente durante o processo legislativo. Essa prática ocorre quando múltiplos projetos abordam questões semelhantes ou complementares e são considerados para análise em conjunto, evitando assim a duplicação de debates e procedimentos. Geralmente, os projetos de lei apensados são consolidados em um único texto ou mantidos como documentos separados, mas tratados simultaneamente nas deliberações legislativas. Isso permite uma gestão mais eficiente do tempo e dos recursos legislativos, além de facilitar a compreensão e a análise das propostas pelos legisladores e pelo público em geral.

Em um primeiro momento, analisaremos os projetos de lei que objetivam a alteração da Lei Orgânica da Saúde⁸². Em seguida, serão destacados os projetos de lei que tratam da cobertura de planos e seguros privados de assistência à saúde, propondo, inclusive, alterações na Lei dos Planos de Saúde⁸³. O terceiro eixo trata dos projetos de lei que propõem alterações no Estatuto da Criança e do Adolescente⁸⁴. No quarto, destacamos os projetos de lei que visam, em alguma medida, a criar uma política pública de combate à violência obstétrica. No quinto e último eixo de análise, os projetos de lei que criminalizam a violência obstétrica serão detalhados. Ao final, serão apresentadas considerações finais sobre o atual estado da arte em relação aos projetos de lei que versam sobre a violência obstétrica no Brasil.

3.1.1 Projetos de lei que alteram a Lei n. 8.080/1990

No que toca ao primeiro eixo temático, onze projetos de lei destinam-se à alteração da Lei n. 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que instituiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). De um modo geral, esses projetos buscam a alteração do art. 19-J dessa lei, bem como a inclusão de outros dispositivos ao capítulo VII desse diploma normativo, cuja denominação indica a existência de um subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

As principais pretensões dos projetos de lei nesse eixo temático são no sentido de ampliação de direitos da gestante no momento do parto. Entre elas, salientamos: a promoção do parto humanizado; a garantia à gestante do direito de ser acompanhada por uma doula; a assistência psicológica às mulheres que sofreram com o óbito perinatal, aborto espontâneo ou aborto voluntário; a obrigação do registro audiovisual em estabelecimentos de saúde que executem procedimentos

82 BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

83 BRASIL. Lei 9656, 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1998.

84 BRASIL. Lei 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

com sedação ou anestesia com perda total ou parcial de consciência; a obrigação de alojamento separado para parturientes cuja gravidez tenha resultado em aborto ou óbito fetal; a implantação e ampliação em todo o território nacional do programa “Centro de Parto Normal - Casa de Parto”; e, no caso de parturiente surda, a disponibilização de uma profissional intérprete de LIBRAS.

Uma alteração recente merece destaque. Em 2023 foi sancionada a Lei 14.737/2023, que promoveu mudanças na redação do artigo 19-J da Lei 8.080/1990.

Art. 19-J. Em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, toda mulher tem o direito de fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, durante todo o período do atendimento, independentemente de notificação prévia.

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será de livre indicação da paciente ou, nos casos em que ela esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, e estará obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento.

§ 2º No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do nível de consciência, caso a paciente não indique acompanhante, a unidade de saúde responsável pelo atendimento indicará pessoa para acompanhá-la, preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional para a paciente, que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

§ 2º-A Em caso de atendimento com sedação, a eventual renúncia da paciente ao direito previsto neste artigo deverá ser feita por escrito, após o esclarecimento dos seus direitos, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, assinada por ela e arquivada em seu prontuário.

§ 3º As unidades de saúde de todo o país ficam obrigadas a manter, em local visível de suas dependências, aviso que informe sobre o direito estabelecido neste artigo.

§ 4º No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas à segurança ou à saúde dos pacientes, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde.

§ 5º Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido (grifos nossos).⁸⁵

Originalmente, o art. 19-J previa o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos serviços de saúde do SUS e rede conveniada. De acordo com a nova lei, o direito de a mulher ter um acompanhante maior de idade em qualquer ambiente hospitalar, seja ele público ou privado, e de qualquer ente federativo, independente de prévia notificação. Antes dessa lei, essa garantia estava restrita aos serviços próprios ou conveniados à rede do Sistema Único de Saúde (SUS). A redação anterior mencionava o direito de acompanhante durante o trabalho de parto, enquanto a nova Lei amplia o direito a consultas, exames e demais procedimentos. O impedimento injustificado desse direito constitui violência obstétrica.

Em procedimentos que envolvam sedação ou rebaixamento do nível de consciência, se não for indicado um acompanhante pela paciente, a unidade de saúde deve disponibilizar um profissional para fazer esse acompanhamento, sendo de preferência um profissional de saúde do sexo feminino e sem custo adicional para a paciente. Ainda, é facultado à paciente recusar esse acompanhante e solicitar outro, sem necessidade de justificativa. Em casos de atendimento em centro cirúrgico ou unidades de terapia intensiva em que haja restrições à seguran-

85 BRASIL. Lei Federal 14.737 de 27 de novembro de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. DF: Diário Federal da União, 2023.

ça e saúde dos pacientes e acompanhantes, somente serão autorizados acompanhantes que sejam profissionais de saúde.

A lei prevê, ainda, que todas as unidades de saúde do país são obrigadas a manter um aviso visível em suas dependências, informando as pacientes sobre o seu direito a ter um acompanhante. Em situações de urgência, a lei autoriza os profissionais de saúde a atuar na proteção da incolumidade física e psíquica da mulher, independentemente de haver acompanhante presente e independentemente de este ter sido solicitado pela paciente.

Apesar de aparentemente representar um avanço na consolidação do direito das mulheres ao acompanhamento durante consultas e procedimentos médicos, o §4º da Lei constitui verdadeiro retrocesso, na medida em que abre margem para a recusa do acompanhante em centros cirúrgicos. O parágrafo foi inserido por substitutivo da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, de relatoria da deputada Bia Kicis. A proposição original, o PL 81/2022, determinava o direito a acompanhante em consultas e exames nos estabelecimentos públicos e privados de saúde, além da obrigatoriedade de campanha informativa do direito nas unidades e sanção em caso de descumprimento (advertência e multa).

A inserção do §4º se fundamenta em resguardo da assepsia dos ambientes hospitalares e saúde de pacientes internados e acompanhantes. No entanto, no caso de cesáreas, realizadas em centros cirúrgicos, a nova lei restringe direito antes garantido pela Lei 11.108/2005. Ao nosso ver, a limitação de acompanhante não é a medida mais adequada para esse fim, já que cabe à unidade de saúde garantir a assepsia e higiene dos centros cirúrgicos, com a devida instrução sobre protocolos para acompanhantes.

Durante a sessão plenária de aprovação, no dia 7 de março de 2023, os discursos de parlamentares justificaram a importância da lei diante das notícias de crimes praticados por médicos e enfermeiros em unidades de saúde.⁸⁶ O caso que promoveu a alteração do regime

86 BRASIL. Câmara dos Deputados. Sessão plenária deliberativa. Brasília-DF: Câmara dos Deputados, 7 de março de 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/67185> Acesso em 20 jan. 2024.

de tramitação para a urgência foi o ocorrido em São João de Meriti, no Rio de Janeiro, em 2022, em que Giovanni Quintela foi filmado estuprando parturiente após aplicar excesso de sedação.⁸⁷ Além desse, outros três casos foram citados: o do médico Andres Eduardo Oñate Carrillo, preso em janeiro de 2023 no Rio de Janeiro, acusado de estupro e filmar mulheres sedadas em sala de cirurgia; o de um técnico de enfermagem⁸⁸ preso em flagrante suspeito de estupro de vulnerável contra um paciente na UPA (Unidade de Pronto Atendimento), Dona Maria Antonieta Ferreira de Barros, no Grajaú, zona sul de São Paulo⁸⁹; e de médico também preso em flagrante por importunação sexual no Hospital Governador Celso Ramos, em Florianópolis, após pedir que a paciente se despisse e passar a mão em partes íntimas.⁹⁰

Ocorre que, nos dois primeiros casos narrados acima, utilizados como justificativa por parlamentares para aprovação do projeto de lei, as agressões foram praticadas dentro de centros cirúrgicos. A nova lei facilita condutas criminosas na medida em que basta que o médico abusador justifique genericamente a negativa do acompanhante por um risco de infecção para se aproveitar da vulnerabilidade das pacientes nesses espaços. Há, portanto, uma contradição no discurso de parlamentares, que, motivados pela maior proteção de mulheres vítimas por estupro em centros cirúrgicos, aprovam dispositivo que limita acompanhante e vulnerabiliza ainda mais a parturiente. Ademais, citam casos que merecem total reprovação e aprovam legislação que facilitaria a conduta dos agressores.

87 VIEIRA, Danilo et al. Anestesiista é preso em flagrante por estupro de uma paciente que passava por cesárea no RJ. TV Globo. 11 de julho de 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/07/11/anes-tesista-e-preso-em-flagrante-por-estupro-de-paciente-no-hospital-da-mulher-no-rj.ghtml> Acesso em 20 jan. 2024.

88 FREIRE, Felipe. Andres Oñate: quem é o médico preso por abusar de pacientes sedadas e investigado por pornografia infantil. TV Globo, 16 de janeiro de 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2023/01/16/andres-onate-quem-e-o-medico-preso-por-abusar-de-pacientes-sedadas-e-investigado-por-pornografia-infantil.ghtml> Acesso em: 20 jan. 2024.

89 NETO, Francisco Lima. Técnico de enfermagem é preso em flagrante por estupro de paciente em SP. Folha de S. Paulo, 17 de janeiro de 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/01/tecnico-de-enfermagem-e-preso-em-flagrante-por-estupro-de-paciente-em-sp.shtml> Acesso em: 20 jan. 2024.

90 BORGES, Caroline. Médico é preso em flagrante por importunação sexual de paciente de 19 anos em hospital de SC. G1 SC, 6 de dezembro de 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2022/12/06/medico-e-preso-em-flagrante-por-importunacao-sexual-de-paciente-de-19-anos-em-hospital-de-sc.ghtml> Acesso em: 20 jan. 2024.

3.1.2 Projetos de lei que alteram a Lei n. 9.656/1998

Já no segundo eixo de análise dos projetos de lei sobre o tema, há os projetos de lei que visam a alterar a Lei n. 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. As alterações pretendidas se relacionam com as alterações legislativas propostas no eixo anterior, no Sistema Único de Saúde (SUS).

A título de exemplo, os Projetos de Lei n. 5.304/2013 e n. 4.662/2016 pretendem incluir como exigência mínima, em caso de atendimento obstétrico, a cobertura pelo plano de saúde de despesas com um acompanhante e uma doula indicados pela parturiente. Já o Projeto de Lei n. 7.277/2014, visa a assegurar a cobertura de todos os procedimentos obstétricos pelos planos e seguros de saúde privados.

3.1.3 Projetos de lei que alteram a Lei n. 8.069/1990

O terceiro eixo de análise sobre os projetos de lei acerca da violência obstétrica em trâmite no Congresso Nacional trata dos projetos que visam a alterações na Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA). Há dois projetos que propõem tal tipo de alteração, o PL n. 6.888/13 e o PL n. 9.749/18.

O primeiro, PL n. 6.888/13, propõe alterar o ECA, acrescentando dois incisos ao seu artigo 10, com a seguinte redação:

Art. 10. Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a: [...]

VI – assegurar por meio de documento que a gestante e parturiente recebam orientações sobre o direito ao atendimento humanizado e de qualidade;

VII – divulgar amplamente o direito ao atendimento humanizado e de qualidade e instâncias para encaminhamento de denúncias.⁹¹

91 BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 6.888/13. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências".

Já o segundo projeto de lei, PL n. 9.749/18 objetiva a alteração do ECA para permitir à gestante e à parturiente o acompanhamento por uma pessoa de sua preferência e uma enfermeira obstétrica autônoma durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato. O artigo 8º, parágrafo 6º, do ECA, tem, atualmente, a redação a seguir:

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

§ 6º A gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.⁹²

O projeto de lei em referência propõe alterar a redação desse parágrafo, que passaria a ser a seguinte:

§ 6º A gestante e a parturiente têm direito ao acompanhamento e uma enfermeira obstétrica autônoma durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.⁹³

Com relação a esses projetos de lei, entendemos que se faz necessário tratar dos direitos da mulher em lei própria, não sendo da alçada do ECA, que visa à proteção da criança, e não da mulher, veicular tais pretensões. Ademais, entendemos que, enquanto constarem apenas do ECA, tais dispositivos serão aplicados e interpretados na medida em que se vislumbra algum dano ao nascituro e/ou ao recém-nascido, não havendo, assim, uma esfera de proteção efetiva aos direitos da mulher.

92 BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: DF, 1990.

93 BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 9749/2018. Altera a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências" para permitir à gestante e à parturiente o acompanhamento por uma pessoa de sua preferência e uma enfermeira obstétrica autônoma durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato. Brasília: DF, 2018.

3.1.4 Projetos de lei que criam políticas públicas

No quarto eixo de análise, há os projetos de lei que visam à criação de políticas públicas de combate à violência obstétrica. Nesse contexto, destaca-se o PL nº 7.633/2014.

O projeto dispõe, de forma ampla, sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal, estabelecendo diretrizes e princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, e reconhecendo a violência obstétrica como uma questão social e de saúde pública que deve ser erradicada.

De forma inovadora, o texto inclui o abortamento no âmbito do direito à assistência humanizada nas redes públicas e privadas de saúde.

Art. 1º - Toda gestante tem direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, incluindo-se o abortamento, seja este espontâneo ou provocado, na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e em estabelecimento privado de saúde suplementar.⁹⁴

A violência obstétrica é caracterizada da seguinte forma:

[...] a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.⁹⁵

94 BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 7633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília: DF, 2014, p. 1.

95 *Ibidem*, p. 6.

Em que pese não tipifique a conduta acima descrita, estabelece que os profissionais de saúde que promovam a violência obstétrica estão sujeitos a um regime amplo de responsabilização pessoal, nos âmbitos civil e criminal.

É válido mencionar, ainda, o Projeto de Lei nº 4.021/2019, que, muito embora não mencione os termos “violência obstétrica”, traz a previsão de que sejam incluídas placas nos hospitais públicos e privados de conscientização das mulheres sobre o parto humanizado.

Art. 1º Esta lei determina que os hospitais públicos e privados deverão fixar obrigatoriamente placas visíveis e legíveis ao público, em seus espaços internos, orientando e esclarecendo sobre o parto humanizado.

Parágrafo único. As placas deverão ter a dimensão mínima de 50 cm (cinquenta centímetros) de altura por 40 cm (quarenta centímetros) de largura.⁹⁶

Apesar de não mencionar expressamente a violência obstétrica, entendemos que a proposta pode ser uma medida eficiente no combate a esse tipo de violência, na medida em que informa as mulheres dos seus direitos durante os momentos de pré-parto, parto e pós-parto.

Entendemos, ainda, que o conteúdo informativo dessa medida deve ser ampliado para além do proposto neste projeto de lei, como será esmiuçado ao final, nas propostas de intervenção sugeridas. Ainda assim, a iniciativa merece destaque por ter sido a única a tratar dessa medida de conscientização.

3.1.5 Projetos de lei que tipificam a conduta

Já em relação ao quinto eixo temático, temos os projetos de lei que pretendem a criminalização da violência obstétrica. Nesse último eixo de análise, há os Projetos de Lei nº 8.219/2017, nº 2.082/2022 e nº 422/2023, que tipificam a violência obstétrica.

96 BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 4.021/2019. Dispõe sobre a fixação de placas de conscientização às mulheres grávidas sobre o parto humanizado e altera a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, e a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Brasília: DF, 2019.

3.1.5.1 Projeto de Lei n. 8.219/2017

O primeiro PL, de nº 8.219/2017, propõe a criação de uma lei própria que trate sobre o tema. Além de propor um conceito de violência obstétrica, criminaliza um rol de práticas que continuem essa violência e comina a pena de detenção.

Art. 3º. Constitui violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais da saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após:

I - negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde é realizado o acompanhamento pré-natal;

II – proferir comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc.;

III - ofender, humilhar, xingar, insultar ou debochar da mulher ou sua família;

IV - negligenciar o atendimento de qualidade;

V – impedir a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de duração do trabalho de parto, parto e pós-parto;

VI – submeter à cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher;

VII - impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição;

VIII - impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém-nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc.).

IX - Realizar procedimento cirúrgico sem o conhecimento e consentimento da mulher.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 3º. O procedimento médico denominado episiotomia é inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico da mulher.

Pena - detenção, de um ano a dois anos, e multa⁹⁷.

3.1.5.2 Projeto de Lei n. 2.082/2022

O segundo projeto de lei que trata da criminalização da violência obstétrica, o PL n° 2.082/2022, tem o objetivo de tipificar a violência como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção. A proposta prevê a alteração do Código Penal para inclusão do artigo 285-A, com a seguinte redação:

Art. 285-A Constitui violência obstétrica qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou, ainda, em desacordo a procedimentos estabelecidos no âmbito do Ministério da Saúde, constituindo assim uma clara limitação do poder de escolha e de decisão da mulher.

Pena - detenção, de três meses a um ano.

Parágrafo único. Caso a mulher vítima de violência seja menor de 18 anos ou maior de 40 anos.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos.⁹⁸

⁹⁷ A numeração igual nos dois artigos trata-se, muito possivelmente, de erro de digitação na redação do projeto. BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 8.219/2017. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Brasília: DF, 2017.

⁹⁸ BRASIL. Senado Federal. Altera o Decreto-Lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção. Brasília: DF, 2022, p.2.

O sujeito passivo do crime é, de acordo com a redação original, a mulher. A despeito das críticas à nomenclatura, entende-se que o sujeito passivo desse crime será a pessoa que puder passar pelo trabalho de parto, pelo parto ou pelo puerpério.

A conduta criminalizada é aquela que causa dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, sem o seu consentimento, em desrespeito à sua autonomia ou em desacordo com os procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Ressalta-se também a previsão de uma forma qualificada para o delito, em que a pena mais gravosa se justificaria em razão de a vítima ser menor de 18 anos ou maior de 40 anos.

A modalidade descrita pode ser classificada como espécie de crime material, comissivo, de dano e de forma livre. Ademais, não há qualquer restrição ao sujeito ativo, de modo que se depreende que se trata de espécie de crime comum. Examinando-se a pena imposta ao delito, percebe-se que se trata de crime de menor potencial ofensivo, portanto processado pelo Juizado Especial Criminal e sujeito aos benefícios despenalizadores.

O projeto de lei também pretende introduzir novo parágrafo ao art. 19-J, determinando que a recusa de acompanhante deve ser registrada no respectivo prontuário do procedimento e inserir o art. 19-K à Lei n. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), que define a violência obstétrica de forma semelhante ao descrito no tipo penal e prescreve procedimentos para sua prevenção.

Art. 19-K. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, devem criar ações e procedimentos para combater a violência obstétrica.

§ 1º As ações destinadas ao combate da violência de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

§ 2º Entende-se por violência obstétrica: qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada

sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou em desacordo a procedimentos estabelecidos no âmbito do Ministério da Saúde, constituindo assim uma clara limitação do poder de escolha e de decisão da mulher.

§ 3º O Sistema Único de Saúde deve promover campanhas de prevenção à violência obstétrica.⁹⁹

De iniciativa da Senadora Leila Barros (PDT-DF), o texto desse projeto de lei segue em tramitação no Senado Federal e, de acordo com as informações disponíveis em site oficial, encontra-se aguardando a designação do Relator na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania desde 09 de maio de 2023. Por fim, salienta-se que não foram oferecidas emendas ao texto original no prazo disponível.

3.1.5.3 Projeto de Lei n. 422/2023

Por fim, o projeto de lei mais recente que trata sobre a criminalização da violência obstétrica é o PL nº. 422/2023, que propõe a inclusão da violência obstétrica no âmbito da Lei Maria da Penha, definindo-a como:

[...] qualquer conduta direcionada à mulher durante o trabalho de parto, parto ou puerpério, que lhe cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada sem o seu consentimento ou em desrespeito pela sua autonomia ou, ainda, em desacordo a procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, constituindo, assim, limitação ao poder de escolha e de decisão da mulher.¹⁰⁰

A esse respeito, entendemos ser essa proposta equivocada, haja vista que a violência obstétrica não faz parte do âmbito de proteção da violência doméstica e familiar contra a mulher. Isso porque, no seu artigo 5º, a Lei n. 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) conceitua a violência doméstica e familiar contra a mulher nos seguintes termos:

⁹⁹ *Ibidem*, p.3

¹⁰⁰ BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 422/2023. Dispõe sobre a violência obstétrica, e sobre o dever dos diversos Poderes dos entes da Federação de promover políticas públicas integradas para a sua prevenção e repressão, alterando a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília: DF, 2022.

Art. 5º Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Parágrafo único. As relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual.¹⁰¹

Dessa forma, entendemos que a violência obstétrica não pode ser caracterizada como violência doméstica e familiar contra a mulher, diante do contexto em que a violência obstétrica é produzida, o qual não inclui condutas praticadas no âmbito de unidade doméstica, da família ou em relações íntimas de afeto, como define a Lei Maria da Penha. Assim, é inadequada a proposta de alteração da Lei Maria da Penha para inclusão dessa nova forma de violência.

3.2 Projetos de Lei que tratam da violência obstétrica

Conforme o descrito anteriormente, há 21 PLs que tratam diretamente da violência obstétrica. Nesta seção, vamos discuti-los em maior profundidade. Além dos projetos detalhados na seção anterior, que tipificam a conduta, dividimos os projetos de lei nas categorias conforme o discriminado abaixo:

101 BRASIL. Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha) de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: DF, 2006.

Tabela 5 - medidas sugeridas por quantidade de PLs sobre violência obstétrica (N=21)

Medida proposta	PLs
Prevenção	5
Tipifica crime	4
Institui videomonitoramento	4
Inclui como violência doméstica e familiar	2
Tipifica o impedimento ao aborto legal	1
Altera o ECA	1
Cria diretrizes de prevenção e punição	1
Institui causa de aumento de pena em crimes sexuais	1
Suspende o CRM de médico que praticar violência em exercício da função	1
Estruturação e transparência de dados	1
Total Geral	21

Fonte: Câmara dos Deputados e Senado Federal. Elaboração das autoras.

Identificamos que a maioria dos projetos de lei que tratam especificamente da violência obstétrica tende a definir o fenômeno ou prática (a depender da perspectiva daquilo que o PL propõe) como algo amplo, que atinge mulheres em diversas etapas da gravidez, assim como as parturientes e as puérperas. Entre os projetos que tratam textualmente da violência obstétrica, cinco abordam a esfera da prevenção e outros quatro tipificam o crime, alterando o Código Penal. Inserimos na categoria "prevenção" os PLs que tratam da elaboração de campanhas públicas de prevenção, da clareza das formas de violência obstétrica, dos direitos das mulheres gestantes, parturientes ou puérperas, que determinam a divulgação de cartazes, entre outros. Um desses projetos (989/2023) trata de prevenção de forma abstrata sem especificar ações que constituiriam uma política pública de prevenção. Os outros três destacam algumas medidas de prevenção: o PL 5.321/2023 dispõe sobre a criação de comissões de boas práticas nos hospitais, uma forma de regulamentar espaços de monitoramento da atuação dos profissionais da saúde pelas próprias instâncias hospitalares. Os ou-

tros dois projetos (2.867/2017 e 304/2021) tratam da criação de campanhas de prevenção, com a disponibilização e a produção de materiais informativos para mulheres que acessam os aparelhos de saúde e da formação de profissionais de segurança pública. O PL 2373/2023, que “Dispõe sobre a Violência Obstétrica e Ginecológica na assistência à saúde da mulher no âmbito dos serviços públicos e privados de saúde”, determina medidas de prevenção e de coerção daquilo que é classificado como “violência obstétrica”. O PL trata da violência obstétrica em diferentes campos, desde as instituições hospitalares até em ações praticadas em meios de comunicação e midiáticos, e determina algumas ações, como a adaptação de currículos escolares e o estímulo a pesquisas nas universidades, sem determinar exatamente como essas políticas seriam implementadas.

Em seguida, identificamos quatro projetos que propõem o videomonitoramento de profissionais da saúde, com o objetivo de coibir violências, sendo que em dois deles é dado um destaque especialmente à violência sexual. Entre os projetos que propõem o videomonitoramento de profissionais da saúde, um deles¹⁰² não trata textualmente da violência obstétrica, mas tem como base o caso do anestesista Giovani Quintela Bezerra, ocorrido no Hospital da Mulher Heloneida Studart, em São João de Meriti, em 2022. O médico anestesista foi acusado de estuprar mulheres enquanto estavam inconscientes, passando por parto. Enfermeiras e técnicas do hospital conseguiram denunciar o médico apenas mediante a gravação do crime por parte da equipe do hospital.

Recentemente, comoveu o Brasil a denúncia contra um profissional de saúde que abusava de suas pacientes na ocasião do parto e foi preso apenas em razão da iniciativa de outros profissionais de instalar uma câmera e filmar um dos atos. No passado mais distante, outro profissional foi acusado por extenso rol de mulheres, de submetê-las à violência sexual durante procedimentos de reprodução humana em clínica particular (BRASIL, PL 2.556/2022).

102 BRASIL, PL 2.556/2022. Determina o monitoramento de vídeo nos locais onde se executam procedimentos de saúde com sedação de pacientes, estabelece critérios, tipifica a conduta de exposição não autorizada das imagens produzidas e cria canal exclusivo para apresentação de denúncias.

O caso do anestesista repercutiu em 2022 e escandalizou boa parte da população. Entre os 18 projetos de lei analisados no escopo da violência obstétrica, cinco mencionam o caso – um quarto do total de projetos –, o que converge com a centralidade de casos emblemáticos e violações que constituem a evolução do quadro normativo brasileiro.

Dois projetos de lei propõem incluir a violência obstétrica no escopo da violência doméstica e familiar, alterando a Lei Maria da Penha. Em ambos, o objeto principal é garantir à mulher acesso à rede de atendimento que integra os serviços disponíveis para as vítimas das condutas tipificadas atualmente pela Lei. Ainda que seja fundamental a garantia de acesso aos serviços de assistência psicossocial para as mulheres lesadas por más condutas de profissionais em ambientes médicos e hospitalares, em momentos pré, durante ou no pós-parto, a medida de inserir essas violências na lei que trata de violência doméstica e familiar circunscreve as vítimas no espaço privado, marcado pelo trabalho reprodutivo, e reforça a noção de que é a função reprodutiva da mulher, e não a integridade física e psicológica dela, aquilo que deve ser protegido pelo Estado brasileiro.

O projeto de lei que tipifica o impedimento ao aborto legal altera a Lei 9.455, de 7 de abril de 1997, que define os crimes de tortura, atribuindo a prática de negar ou impedir o direito ao aborto nos casos previstos no Código Penal Brasileiro desde 1940 como uma tortura “de gênero”. Apesar de o Código Penal atual determinar o aborto como crime, exceto em casos de risco à vida da gestante ou de estupro, a jurisprudência reconhece a não configuração do crime quando o feto é diagnosticado com anencefalia, devido ao sofrimento intenso à gestante equiparado à tortura física e psicológica. O PL também menciona casos recentes, como o de uma criança de 11 anos grávida após estupro em Tijucas/SC, que revelou uma série de violações aos direitos reprodutivos, como a negação de acesso ao aborto legal. Similarmente, um caso em Teresina/PI envolvendo uma menina de 12 anos grávida pela segunda vez em um ano revela padrões de negação do aborto legal e intervenção indevida do Judiciário. Segundo o projeto, a atuação do sistema judiciário e de saúde em tais casos refletiu uma abordagem que desconsidera os direitos da criança vítima, impondo a manutenção

da gravidez, mesmo diante de riscos à saúde física e psicológica. A nomeação de curador especial para representar o feto nesses casos é contestada, visto que tal atuação da Defensoria Pública desvirtua sua missão institucional de defesa dos direitos humanos. Dados estatísticos destacam a recorrência dessas situações no Brasil, sugerindo uma política estatal que obstaculiza o acesso ao aborto seguro, especialmente para meninas vítimas de estupro.

O PL n. 6888/2013, que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente foi discutido nas seções anteriores. No projeto, consta o argumento de que, apesar da existência de dispositivos legais com o objetivo de prevenir a violência obstétrica, essa prática continua ocorrendo com frequência no Brasil, tanto em instituições de saúde públicas quanto privadas. O projeto propõe a inclusão de orientações sobre direitos durante o pré-natal no Estatuto da Criança e do Adolescente e impõe a obrigação de que se comprove que essas informações estão sendo passadas. Além disso, sugere-se a divulgação ampla desses direitos nos serviços de saúde, juntamente com os canais de denúncia disponíveis, como forma de reforçar a exigência de qualidade e humanização no atendimento.

O PL 2.037/2022 institui caso de aumento de pena em crimes sexuais e menciona o caso do anestesista em São João de Meriti, assim como o PL 2.070/2022, que torna imediata a suspensão do CRM dos médicos que tenham práticas inscritas no definido como violência obstétrica, sem ser necessário que o conselho delibere.

Finalmente, apenas um PL (4.131/2023) trata da necessidade de sistematização e transparência nos dados sobre violência obstétrica no Brasil. O projeto de lei em questão busca instituir uma Política Nacional para o Sistema Integrado de Informações de Violência Obstétrica, denominado "Observatório Nacional de Violência Obstétrica no Brasil". Seu objetivo, segundo a justificativa anexada, é promover a integração entre organizações públicas estatais, entidades assistenciais em saúde e hospitais privados que enfrentam essa questão, padronizando a coleta e sistematização de dados, atualmente inexistentes no país. Relatos frequentes de gestantes vítimas de violência obstétrica incluem

comentários agressivos, ameaças, discriminação racial e socioeconômica, exames de toque abusivos e agressões físicas. O projeto defende a promoção da emancipação da mulher sobre seu corpo e a necessidade de assistência à saúde respeitosa e baseada em evidências científicas durante o pré-natal, parto e pós-parto. Destaca-se que os números oficiais subnotificam a violência obstétrica no Brasil, e a obtenção e cruzamento de dados entre os Entes Federativos e entidades civis promoverão uma melhoria nas políticas públicas e no atendimento às vítimas. A criação de mecanismos de estruturação e transparência de dados públicos é fundamental para a elaboração de políticas de prevenção com base em evidências – um dos principais pressupostos de uma agenda de políticas públicas eficaz –, tendo em vista que, conhecendo o perfil das vítimas, as condições dos aparelhos públicos e as dinâmicas implicadas nos casos de violência obstétrica, é possível conhecer o problema e, portanto, propor providências. O Ministério da Saúde, segundo esse projeto, seria o órgão central responsável pela implementação da política, incluindo a criação de uma Ouvidoria Especializada, em conjunto com os entes federativos, para lidar com os casos de violência obstétrica.

Quando agregamos os projetos de lei que tratam da esfera da punição, temos 12 projetos que preveem medidas que tipificam a violência obstétrica como crime ou determinam a punição daqueles que adotam práticas discriminadas como tal em alguma esfera (seja ela penal, profissional, ou outras). Analogamente, seis PLs definem ações de prevenção. Os PLs que inserem a violência obstétrica na Lei Maria da Penha e a que tipifica o crime de tortura em casos de impedimento ao aborto tratam das medidas para lidar com a violência depois que ela ocorreu e para definir a violência institucional contra meninas e mulheres, enquadrando a objeção ao aborto legal no escopo da violência obstétrica.

3.3 Considerações finais sobre os PLs analisados

Após a análise dos Projetos de Lei apresentados, foi possível elaborar constatações gerais acerca do tema “violência obstétrica” e o seu tratamento no âmbito do Poder Legislativo brasileiro.

Em primeiro lugar, considerando os princípios de um sistema de Democracia Representativa, precisamos lidar com o problema da sub-representação de mulheres em espaços de poder. Homens ainda são maioria no Congresso Nacional e os principais responsáveis por projetos desfavoráveis aos direitos das mulheres. Segundo a plataforma "Elas no Congresso", uma em cada quatro propostas sobre gênero no Congresso prejudica as mulheres de alguma forma¹⁰³. A sub-representação de mulheres é um sintoma de um sistema eleitoral ainda desfavorável, em que as candidaturas de mulheres contam com menos financiamento e são menos impulsionadas pelos partidos, visto que elas não são, geralmente, *puxadoras* de votos. Além disso, a escassez de mulheres nos espaços de poder enfraquece o debate sobre igualdade. As cotas são importantes para medir a participação das mulheres nas instâncias decisórias dos partidos políticos, refletindo as políticas e espaços concedidos a elas. Um estudo mostrou que 5,5% dos cargos de liderança na Câmara são ocupados por mulheres, enquanto essa proporção é de 10,5% dos cargos no Senado. A presença feminina nessas instâncias indica a cultura política de gênero e o compromisso do partido com a equidade na participação. No entanto, as cotas, por si sós, têm limitado poder para mudar as práticas dos partidos. É necessário que haja mudanças estruturais que permitam às mulheres ter efetivo poder de decisão e sair da margem da dinâmica partidária. Dessa forma, verificou-se uma falta de sensibilidade e de conhecimento quanto aos direitos e necessidades femininas, bem como quanto às diversas vulnerabilidades às quais estão submetidas as mulheres. Nessa linha, o machismo estrutural da sociedade é um dos fundamentos para a necessidade da regulamentação de medidas com impacto direto nos corpos femininos. Uma prova disso é que muitos dos projetos de lei analisados no presente trabalho estão em tramitação há mais de dez anos, sem que haja, contudo, uma efetiva conversão deles em lei.

De forma geral, os projetos de lei que criam políticas públicas tratam as mulheres como um conjunto homogêneo, sem identificar grupos que necessitam de ação/atenção prioritária. Exceção à regra é o PL

103 LIBORIO, Barbara *et. al.* Elas no Congresso. Disponível em: <https://www.elasnocongresso.com.br/propostas-e-votacoes> Acesso em 20 fev. 2024.

5546/2023, que estabelece a garantia de acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar e assistência ao parto seguro para mulheres que vivem em áreas rurais, quilombolas, indígenas e de comunidades tradicionais. A ausência de tratamento normativo que considere as distintas realidades das mulheres brasileiras e do acesso diferenciado à saúde reforça a necessidade de realização e divulgação de estudos sobre a situação da violência obstétrica no Brasil, tendo-se em vista os perfis e as vulnerabilidades específicas das mulheres por ela afetadas.

O tratamento da temática de acesso à saúde através da alteração de leis federais, como o ECA e a Lei Maria da Penha, revela-se equivocado, diante da falta de compatibilidade entre os diplomas normativos e o tema tratado. Temas referentes à saúde da mulher não devem ser tratados em lei específica que proteje direitos de crianças e adolescentes. Apesar de a saúde do recém-nascido e do feto estar diretamente ligada à saúde da mãe, é necessário um enfoque exclusivo na mulher. A proteção da saúde, do corpo e dos direitos da mulher deve decorrer tão somente do reconhecimento desta como sujeito de direitos, invioláveis e indisponíveis, cuja tutela e proteção não devem estar adstritas ao direito da criança ou do feto, que, em tais propostas, seria o verdadeiro sujeito merecedor de proteção da norma. Caso contrário, entende-se que a proteção recai sobre o feto/recém-nascido, sendo a proteção dada à mulher colateral, na medida em que é necessária para a proteção daquele. Tampouco afigura-se razoável a inserção dessa forma de violência em lei que tutela os direitos das mulheres em casos de violência praticados em contexto doméstico e familiar.

Observamos ainda a ausência de menção à esterilização forçada como uma forma de violência obstétrica nos projetos de lei produzidos pelo Legislativo brasileiro. Nessa toada, é importante trazer à baila os diversos casos já julgados pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) que tratam dessa forma de violência, também abordados neste trabalho de pesquisa. Os casos de violência obstétrica julgados pela Corte IDH trazem inúmeros precedentes, que deveriam servir de recomendação para uma devida atuação dos serviços de saúde, devendo estes ser responsabilizados quando verificada a ocorrência dessa prática.

Ademais, ainda no âmbito da Corte IDH, foi possível concluir que muitos dos Projetos de Lei em análise encontram-se dentro dos parâmetros das decisões e recomendações já proferidas pela corte, a exemplo dos PLs: **7633/14** (Cria lei especial para dispor sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências); 516/22 (Cria Lei "Leliane Gomes da Cruz – que institui a Política Nacional de Promoção do Parto Humanizado, Digno e Respeitoso e dá outras providências. Estabelece princípios, diretrizes e objetivos da Política Nacional de Promoção do Parto Humanizado, Digno e Respeitoso PNP-PHDR); e 2693/19 (Institui a Política Nacional de Atendimento à Gestante).

Contudo alguns estão longe de seguir os precedentes internacionais, a exemplo do PL 2287, que altera a lei de alienação parental. Embora concebida com a intenção de proteger os direitos parentais e o bem-estar das crianças, a lei de alienação parental pode ser prejudicial em muitos aspectos. Em primeiro lugar, ela tende a simplificar as dinâmicas familiares complexas, ao rotular um dos pais como alienador sem considerar adequadamente o contexto específico de cada caso. Isso pode levar a decisões judiciais injustas que ignoram as nuances das relações familiares e causam danos emocionais significativos aos envolvidos. Além disso, a lei de alienação parental pode incentivar disputas legais prolongadas e litigiosas, exacerbando conflitos familiares já existentes e prejudicando o desenvolvimento saudável das crianças envolvidas. Ao promover uma abordagem punitiva em vez de focar na resolução de conflitos de forma colaborativa e voltada para o interesse das crianças, essa legislação pode perpetuar um ciclo de hostilidade e desconfiança entre os pais, resultando em consequências negativas a longo prazo para o bem-estar emocional e psicológico de todos os envolvidos. O PL em questão amplia a Lei da Alienação Parental para o momento da gestação e do parto, impondo à mulher o convívio e a presença do "genitor", independentemente do contexto e da relação entre os dois.

Entendemos, ainda, que a criminalização, apesar de importante, não pode ser usada como forma de invisibilizar o problema perante a sociedade, dando a falsa percepção de que ele estaria resolvido, quan-

do há muito ainda a ser discutido e enfrentado. Assim, a criminalização das condutas de violência obstétrica deve ser vista como um primeiro passo no enfrentamento a esse tipo de situação, não podendo, porém, ser tida como uma solução em si mesma. De fato, a maior parte dos PLs analisados impõe alguma medida punitiva para aqueles que praticam algum tipo de violência obstétrica, seja essa medida aplicada na esfera penal ou profissional.

Nessa linha, entendemos que se faz necessária a prevenção que pode ser efetivada pela via da conscientização não somente da sociedade como um todo, mas, especialmente, das próprias mulheres acerca da violência obstétrica, haja vista que as próprias vítimas muitas vezes desconhecem seus direitos ou naturalizam e aceitam essas condutas como normais, como parte da experiência do parto – daí a importância das políticas públicas de prevenção. Assim, projetos que se destinam a ampliar a informação por meio de placas e cartazes nos hospitais, como meios de viabilizar o direito à informação às mulheres, ou os que objetivam capacitar as equipes de profissionais de saúde acerca dos direitos das gestantes e puérperas são iniciativas em consonância com os padrões internacionais de atuação dos Estados.

Enfatizamos, por fim, a importância de criação de mecanismos de registro e transparência dos dados sobre casos de violência obstétrica como contexto, tipos de violência, perfil das vítimas, perfil dos profissionais envolvidos, dos estabelecimentos hospitalares onde ocorre, fatores associados, entre outros. Trata-se de uma medida que viabiliza uma estratégia de planejamento segundo as dinâmicas locais, além de facilitar o trabalho articulado e cooperativo entre diferentes órgãos de Estado, com o uso de metodologias de prevenção, dissuasão e repressão de práticas nocivas e violentas. Finalmente, sob o prisma de gestão compartilhada, transparência de informação e controle social é possível imprimir uma cultura de planejamento, monitoramento e avaliações, instrumentos para o aperfeiçoamento da política. Na área da saúde, por exemplo, a territorialização da política se dá de forma hierárquica, por grau de complexidade (atenção básica, atenção de média e alta complexidade). Sob essa lógica, o autocuidado, a atenção familiar e outros cuidados informais, aliados ao trabalho de uma variedade de institui-

ções sociais, necessitam estar estreitamente conectados com os serviços formais de saúde. Isso requer comunicação contínua e sistemas de referência e informação apropriados. A estratégia de definir redes de atenção à saúde leva os serviços de atenção hospitalar aguda, atenção primária à saúde, atenção comunitária, o hospital e a atenção domiciliar onde seja necessário. Para a efetivação do direito à saúde das mulheres, é necessário, portanto, um sistema interligado e centralizado de estruturação e disseminação de dados sobre violência obstétrica, a fim de tornar o planejamento da política e, portanto, a prevenção, tarefas factíveis num futuro breve.

A abordagem multidisciplinar que envolva profissionais de saúde, legisladores, ativistas e a sociedade civil como um todo, para promover uma cultura de respeito aos direitos reprodutivos e à autonomia das mulheres em todas as etapas da maternidade não aparece como um elemento relevante em nenhum dos projetos. Em última análise, a erradicação da violência obstétrica exige um compromisso coletivo para transformar as práticas e estruturas do sistema de saúde, garantindo que todas as mulheres tenham acesso a um cuidado obstétrico seguro, respeitoso.

4. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS PROCESSOS JUDICIAIS

A violência obstétrica não é um termo frequente em processos judiciais e tribunais de justiça. No entanto, são inúmeros os processos que mensalmente chegam ao Poder Judiciário buscando apurar a responsabilidade civil de entes privados e públicos pela falha na prestação do serviço no momento do parto. O “erro médico” é a conduta culposa do profissional que atende a paciente e que por imprudência, negligência ou imperícia não faz uso dos melhores procedimentos e técnicas conhecidas. Entre as ações e omissões consideradas amplamente como “erro médico”, buscamos identificar quais se configuram como violência obstétrica ou estão a ela associadas.

Iniciaremos descrevendo e delimitando as 31 categorias identificadas. Em seguida, dividimos a discussão do resultado em cinco abordagens: 1) as deficiências de infraestrutura e recursos humanos nos

serviços de saúde; 2) as violências indenizáveis, que têm como vítima principal o recém-nascido e são, via de regra, reconhecidas nos processos judiciais; 3) as violências invisíveis, normalmente atentatórias da integridade física e psicológica da parturiente e que, salvo exceções, não são passíveis de indenização; 4) as consequências da violência obstétrica na vida das mães; 5) a comparação entre os achados da revisão dos informes e precedentes do SIDH com as categorias construídas.

Por fim, apresentaremos 6 casos onde a interação das categorias pode ser melhor evidenciada. A escolha dos casos apresentados buscou obedecer aos seguintes critérios: diversidade regional, com casos de todas as regiões do país (AM, BA, SC, GO, RJ e SP), multiplicidade de condutas e distintos danos argumentados no processo.

4.1 Breves considerações

Antes dos resultados, iniciaremos a abordagem com a apresentação de breves considerações sobre a escolha das decisões judiciais e a construção das categorias com as quais trabalharemos ao longo deste capítulo.

4.1.1 Busca, seleção e análise de documentos secundários

A seleção dos 100 casos que compõem a amostra se deu a partir da busca no site do Superior Tribunal de Justiça, conforme apontado na descrição metodológica. Ocorre que, por ser uma sede de verificação da conformidade da decisão do Tribunal a quo com disposto em lei federal (art. 105, III, a CF), a descrição do mérito na ampla maioria dos casos se deu de forma resumida. Por este motivo, optamos pela busca de documentos secundários que pudessem fornecer mais informações sobre os casos nos sites de todos os processos nos tribunais estaduais.

A princípio, buscamos quatro peças em cada um dos 100 processos: 1) petição inicial; 2) laudo(s) pericial(is); 3) sentença; 4) acórdão em Recurso de Apelação. O acesso às decisões e peças processuais se deu de forma desigual. Em alguns tribunais, como o TJRJ e o TJAM, o acesso à íntegra do processo foi permitido por meio de consulta no sistema. Em outros, como o TJTO e o TJAC, o acesso foi extremamente

limitado sem motivação aparente, em processos que não tramitavam em segredo de justiça. Ao final das buscas nos sistemas processuais estaduais, além das 100 decisões do STJ, trabalhamos com 222 peças processuais como fonte documental.

Identificamos que nos processos havia um dano principal apresentado ocasionado pela ação e omissão de ente hospitalar e médicos, capaz de ensejar indenização, mas também uma série de outras narrativas, especialmente nas petições iniciais que configuravam violências obstétricas nos termos dos três eixos identificados na primeira parte da pesquisa.

Relatos de trato desumanizante, procedimentos invasivos e desnecessários, maus-tratos psicológicos, ausência de consentimento para procedimentos e invisibilização da vontade das parturientes foram identificados na leitura das peças processuais, especialmente nas petições iniciais. Então, a equipe de pesquisa optou por categorizar estes relatos de violências que ao longo do processo são invisibilizados, pois o que se discute ser passível ou não é normalmente o resultado de uma série de violações.

Desde o início, observamos que o dano argumentado e discutido nos processos se relaciona muito mais com as graves sequelas em recém-nascidos do que com as violências praticadas contra as parturientes mães.

Na discussão de resultados, criamos dois títulos – “violências indenizáveis” e “violências invisíveis” – para abordar de forma mais aprofundada este achado.

4.1.2 Escolhas metodológicas e categorias associadas à violência obstétrica

A decisão para incluir determinado processo não se vinculou ao entendimento do Poder Judiciário. Em um processo, não obstante a notícia de nascituro com exames pré-natais normais e após o parto feito à fórceps que resultou em “afundamento de crânio, cabeça torta e deformada”, o magistrado considerou desnecessária a perícia especializada, visto que “o custo benefício da exumação cadavérica e a realização da

perícia não se mostra proporcional e adequado ao deslinde da causa (...). Com base nos depoimentos de duas enfermeiras, julgou improcedente o pedido, decisão mantida pelo Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Nos autos, também há referência à episiotomia praticada para ajudar na passagem do bebê. Apesar do entendimento contrário do Judiciário, a equipe de pesquisa decidiu incluir este processo na amostragem com base na narrativa da mulher.

A leitura dos processos revelou ações, omissões ou contextos que podem configurar violência obstétrica ou concorrem para o agravamento da situação. Construímos categorias que identificam essas ações e omissões a partir dos elementos trazidos nos processos em cotejo com o disposto nas recomendações da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (apresentadas no primeiro capítulo), na versão mais atual da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (DNAPN), publicada em 2022 pelo Ministério da Saúde, e nas opiniões técnicas de peritos nos laudos periciais dos processos.

Ressalte-se que algumas categorias se revelam mais técnicas, como “falha no acompanhamento pré-parto”, “demora para realização de cesárea”, “parto prolongado”, “erro ao ministrar ou acompanhar efeitos da medicação”, “alta médica indevida” e “escolha equivocada do tipo de parto”, e se ampararam no reconhecimento do contexto por perícia especializada. Outras, menos técnicas, como “humilhações”, “demora no atendimento” e “indiferença à dor”, foram construídas a partir de elementos trazidos nos autos através dos meios de prova.

A seguir, apresentamos as categorias articuladas a partir da leitura dos processos. Alguns trechos que utilizaremos como referências não são de acesso público (laudos periciais, petições iniciais e sentenças), a eles nos referenciaremos como documentos em mimeo.

1. Falha no acompanhamento pré-parto

Elencamos como falha no atendimento pré-parto as ações e omissões ou carências de infraestrutura que impactaram diretamente no agravamento do trabalho de parto, tais como: falta de informações ou de acompanhamento do trabalho de parto por meio do partograma, a fal-

ta de ausculta intermitente dos batimentos cardíofetais, erro na classificação de risco (diabetes, pré-eclâmpsia, por ex.), ausência de infraestrutura para realização de exames, pré-natal feito por enfermeiro e considerado pelo perito como “exercício ilegal da medicina”. A exemplo, citamos:

Desta forma complementando e ratificando o laudo apresentado, houve falha no atendimento da menor falecida pelo réu, pelo inadequado acompanhamento perinatal em termos de exames visando o sofrimento fetal que não foram apresentados. A verificação do sofrimento fetal se deu apenas no momento da extração do feto.¹⁰⁴

Ao compulsar os autos, verifica-se que a Autora ingressou no nosocômio às 7:00h do dia 25/11/2010, e, pelo relatório de enfermagem acostado às fls. 95, foi realizada uma ultrassonografia no mesmo dia na qual restou constatado que o feto contava com “37 semanas plac. anterior sem descolamento”. No mesmo relatório consta que, às 19:05h, a paciente já se queixava de dor pélvica, sendo que a constatação da ausência de batimentos cardíacos no feto e a necessidade de cirurgia de urgência somente foram averiguados às 02:50h do dia 26/11/2010. Resta claro, pois, um extenso período de internação sem que houvesse o cuidado necessário com a paciente, o que deveras contribuiu com o agravamento do seu estado de saúde e a morte do filho.¹⁰⁵

7 – Houve procedimentos inadequados durante o parto? É possível afirmar que houve negligência ou imperícia da equipe médica? Quais?

R – SIM, se a evolução do primeiro período estava muito lenta, e a resposta à ocitocina insatisfatória, houve imperícia por não se dar valor às queixas de dores da paciente, não fazendo a CTB, nem uma ausculta demorada dos batimentos cardíacos fetais, antes, durante e depois de cada contração uterina.¹⁰⁶

104 TJRJ - APL: 01389105320108190001 RIO DE JANEIRO CAPITAL 9 VARA FAZ PUBLICA, Relator: MARIA HELENA PINTO MACHADO, Data de Julgamento: 07/02/2018, QUARTA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 15/02/2018, p. 344

105 TJ-AM - APL: 02034210920128040001 AM 0203421-09.2012.8.04.0001, Relator: Aristóteles Lima Thury, Data de Julgamento: 30/11/2015, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 30/11/2015, p. 8.

106 TJDF: 07043815720188070018 DF 0704381-57.2018.8.07.0018, Relator: ANA CANTARINO, Data de Julgamen-

As políticas de admissão do parto e os cuidados no monitoramento são assim descritos na DNAPN:

57. A ausculta pelo ultrassom Doppler ou com o estetoscópio de Pinard é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão do trabalho de parto.

60. O exame pélvico digital em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação de rotina na fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto em parturientes de risco habitual, a menos que haja alguma preocupação com a progressão do parto.

61. Em parturientes de risco habitual, registrar as seguintes observações no primeiro período do trabalho de parto:

- a. Frequência das contrações uterinas de 1 em 1 hora;
- b. Frequência cardíaca fetal a cada 30 minutos;
- c. Frequência cardíaca materna de 1 em 1 hora;
- d. Temperatura e PA de 4 em 4 horas;
- e. Frequência da diurese.

62. A ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal com o sonar Doppler ou estetoscópio de Pinard é recomendada para gestantes saudáveis de risco habitual em trabalho de parto, atendendo-se ao seguinte:

- a. Auscultar durante e após uma contração, ao menos durante 1 minuto, registrando um único valor;
- b. Registrar acelerações e desacelerações;
- c. Palpar o pulso materno para diferenciar dos batimentos maternos, se necessário.¹⁰⁷

to: 06/10/2021, 5ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE : 19/10/2021, pp. 6-7.

107 BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, DF: Ministério da Saúde, 2022, pp.12-13.

2. Demora para a realização de cesárea

De forma diversa da categoria 11, "escolha equivocada do tipo de parto", esta categoria reúne os casos em que a cesárea era indicada ou foi a escolha correta, mas por alguma circunstância demorou a ser realizada: demora do anestesista para chegar à sala de parto, demora na conversão de um parto normal em cesariana após a parada de evolução.

A título de exemplo, citamos resposta à quesitação formulada em um dos casos:

8) Um parto cesário [sic] realizado a tempo evitaria a morte da filha dos autores?

R: Provavelmente, sim.

(...)

d) Se o parto fosse realizado mais cedo, nas outras vezes que a autora buscou atendimento emergencial, o feto nasceria com vida?

R: **Dadas as condições materno-fetais reportadas no exame admissional, se fosse realizada cesareana[sic] em tempo hábil, o feto nasceria com vida.**

(...)

10) Em qual momento ocorreu o óbito (dentro ou fora do ventre materno) e qual a causa? Teria sido possível evitá-lo e de que forma, sendo esse o caso?

R: **O óbito fetal ocorreu intra-útero (dentro do ventre materno), por anóxia fetal. Seria possível evitá-lo se, a partir da intimação da gestante, a cesareana [sic] fosse feita em tempo hábil.**

(...)

11.2 Na gestação da autora, **o parto cesáreo deveria ter sido realizado antes do momento em que ocorreu?** (...)

R: **Sim.**¹⁰⁸

8 – O acompanhamento adequado do trabalho de parto, com diagnóstico precoce do sofrimento fetal, e indicação de cesariana teria evitado esse sofrimento fetal apresentado pela recém-nascida?

R – SIM, as condutas deveriam ser tomadas por volta de 17:30 hs., quando a enfermagem chamou a atenção para contrações muito fortes (hipertonia uterina?) e o médico examinador não se deu conta da possibilidade de uma distócia de apresentação, com possível sofrimento fetal. (era hora da CTB) mesmo porque, desde a sua entrada no hospital, foi apresentada como gestante de alto risco.

9 – A equipe médica deveria ter optado por cesareana [sic] ao invés do parto normal, sabendo do estado crítico que se encontrava a genitora?

R – SIM, se tivesse feito os procedimentos adequados na hora certa, com certeza o desfecho seria outro.¹⁰⁹

3. Parto prolongado

Esta categoria descreve tanto o trabalho de parto, entendido de forma ampla, por período prolongado quanto o período expulsivo que excede o esperado.

A DNAPN considera que a duração da fase latente do primeiro período do parto pode variar de mulher e a da fase ativa do primeiro período do parto (fase de dilatação), de 5cm até a dilatação cervical total, geralmente não se estende além de 12 horas nas nulíparas e 10 horas nas múltiparas. Quanto ao período expulsivo, inicia-se com a dilatação total do colo, presença de puxos e altura da apresentação, com fim na expulsão do feto. Em nulíparas, o período expulsivo geralmente é concluído em até 3 horas, enquanto que, em múltiparas, o período expulsivo geralmente é concluído em 2 horas.¹¹⁰

Ainda de acordo com especialistas, este é o período mais sensível do parto, mais estressante para a equipe médica e que impõe mais

109 TJDF 07043815720188070018 DF 0704381-57.2018.8.07.0018, Relator: ANA CANTARINO, Data de Julgamento: 06/10/2021, 5ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE : 19/10/2021, p. 6-7

110 BRASIL, 2022, Op., cit.

riscos ao bebê, sujeito permanentemente à hipóxia, anóxia e inclusive à morte fetal.

Esta categoria pode estar associada à anterior (“demora na realização da cesárea”), como em um dos casos da amostra em que a parturiente esperou mais do que 24 horas após o início do trabalho de parto por via baixa e, constatada a parada de evolução, foi realizada a cesárea de forma tardia e urgente após constatação de sofrimento fetal, diminuição de batimentos cardíacos fetais (bradicardia) e aspiração de mecônio pelo bebê, situação que gerou sérias sequelas devido à anóxia neonatal grave.

36 – Por esse passado obstétrico, a duração do trabalho de parto da paciente Márcia Ferreira de Oliveira está dentro dos padrões evolutivos esperados de um parto normal?

R – NÃO, ela teve parada de progressão, provavelmente teve distócia de apresentação com formação de bossa serosanguinolenta. 29 hs. em trabalho de parto é muito tempo mesmo para primigestas.¹¹¹

Com frequência, esteve associada à categoria seguinte “ausência de equipe médica”, quando o parto se alonga devido à ausência de profissionais. Também é possível associar à categoria 17: “demora na transferência”.

4. Demora no atendimento

Esta categoria pode implicar diretamente no prolongamento do parto, mas descreve as situações em que as parturientes demoraram para ingressar nas unidades de saúde ou para receber o primeiro atendimento ou internação efetiva. Destacamos um dos casos: “O ato ilícito resta caracterizado no total descaso para com a situação da paciente, que chegou ao hospital por volta das 16h e só veio a ser atendida, com efetiva intervenção médica, à 00h30 do dia seguinte.”¹¹²

111 TJDF. 07043815720188070018 DF 0704381-57.2018.8.07.0018, Relator: ANA CANTARINO, Data de Julgamento: 06/10/2021, 5ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE: 19/10/2021, pp. 6-7

112 STJ - AgRg no AREsp: 69698 RN 2011/0249627-4, Relator: Ministro MARCO BUZZI, Data de Julgamento: 15/05/2012, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: Dje 22/05/2012

5. Falta de equipe médica

Descreve os casos em que a ausência de um profissional indispensável para a correta condução do parto acarretou em sérias complicações e sequelas. Observamos que em distintos casos no momento do parto não havia: obstetra, anestesista e/ou pediatra.

A ausência de anestesistas disponíveis no momento do parto se revelou mais comum em municípios do interior. Nestes casos, ainda que a indicação fosse a cesariana, a equipe médica é obrigada a realizar o parto normal por falta de profissional fundamental para realização de cesárea.

Segundo normativa do Ministério da Saúde, os Centros de Parto Normal devem possuir estabelecimento hospitalar de referência (art. 14, IV) com “equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, composta por médico obstetra, médico anestesista e médico pediatra ou neonatologista, que prestará o pronto atendimento às solicitações e aos encaminhamentos da equipe do CPN” (art. 18 da Portaria GM/MS nº13 de 13/01/2023 – altera e reestrutura a Rede Cegonha). Os estabelecimentos de saúde de referência na Atenção à Gestação de Alto Risco, segundo diretrizes do Ministério da Saúde, devem seguir o disposto no art. 46 e ss e demandam composição de equipe mais completa.

Portanto, para fins de classificação, consideramos como incompletas as equipes que não contam com pelo menos um médico obstetra, um médico anestesista e um médico pediatra presencialmente no momento do parto. Casos como o abaixo colacionado foram considerados nesta categoria.

Na verdade, a questão debatida nestes autos é que com a reincidência e comportamento negligente do médico I.B.R., que, com a obrigação de atender pacientes do SUS, recusa-se a comparecer no Hospital, nas horas que eles mais necessitam; passa informações pelo telefone, receita medicamentos e, tal como ocorreu no julgamento do outro recurso, por esta mesma turma julgadora, Apelação Cível n. 443672-8, no momento do parto, o médico, I.B.R., não estava presente e as complicações daquele

momento acabaram por trazer sequelas graves para o apelado, para o resto da vida.¹¹³

Em um dos casos, o parto foi realizado por residente e enfermeira, muito embora o hospital contasse com 4 médicos plantonistas de plantão.

Analisando os autos do processo em tela observa-se pelo relato da médica assistente (folhas 116) que havia 04 médicos plantonistas e 01 médico residente no plantão e que 2 médicos faziam o atendimento de triagem e 2 o atendimento de pré-parto. Portanto, fica difícil entender o porquê da demora no atendimento inicial da paciente e principalmente por que não houve avaliação por meio do partograma e ausculta dos batimentos cardíacos após o encaminhamento para o pré-parto. Além disso, o parto foi assistido inicialmente por um residente que fora chamado quando o parto já estava no período expulsivo em um determinado box (folhas 59) e mais grave o residente pediu ajuda e não encontrou nenhuma das médicas plantonistas que deveriam estar no pré-parto.¹¹⁴

Em um dos processos, a responsabilização decorre não só da ausência de profissionais que deveriam compor a equipe médica, mas da falta de diligência na transferência da paciente para hospital que contasse com mais recursos humanos e melhor infraestrutura.

Houve flagrante falha no atendimento prestado pela primeira requerida (Associação) à primeira autora, através de seus prepostos, tanto enfermeiras quanto o médico plantonista e Diretor-Presidente daquela instituição, primeiro porque, segundo consta, a autora chegou ao Hospital por volta das 11:30h e foi atendida por uma auxiliar de enfermagem, que somente deu ciência da presença da parturiente ao médico plantonista após quase duas horas. Em segundo lugar, a falha maior do médico Luiz César, médico plantonista e um dos administradores do Hospital, que, como tal, estava ciente de que a Instituição não estava preparada

113 TJMG. Apelação Cível nº 2.0000.00.509425-3/000 (mimeo)

114 TJ-DF 00284709320158070018 DF 0028470-93.2015.8.07.0018, Relator: JOSÉ DIVINO, Data de Julgamento: 30/10/2019, 6ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE: 14/11/2019, p. 4.

para receber aquela parturiente, pela falta de médicos obstetra, anestesista e pediatra.¹¹⁵

Por fim, em dois casos os magistrados fazem menção à Portaria nº 659/2000 do Ministério da Saúde, hoje revogada, que determinava como recursos humanos básicos em Unidades Mistas, Hospitais Gerais e Maternidade para realização do parto: "obstetra, pediatra/neonatólogo, clínico geral, enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia), auxiliar de enfermagem e auxiliar de serviços gerais."

6. Peregrinação por hospitais

Reúne os casos em que as parturientes buscaram mais de 2 unidades de saúde. Esta categoria está associada à falta de informação adequada sobre o trabalho de parto durante a primeira entrada da gestante em uma unidade de saúde e a ausência de leitos em hospitais. A título de exemplo, colacionamos trecho de um dos casos em que a parturiente passa por sete atendimentos em três hospitais da rede pública e o resultado é a morte do feto por anóxia intrauterina.

Fez consulta no dia 18/11/2015, mas no dia seguinte houve perda de líquido, tendo ido ao hospital na madrugada do dia 20/11/2015, cujo atendimento no Hospital Regional de Ceilândia iniciou-se por volta de 4 horas da manhã, mas havia apenas 1 cm de dilatação; que ficou andando do lado de fora do hospital por duas horas, mas não houve alteração do quadro e recebeu alta; que foi ao HMIB às 12:30, mas obteve as mesmas respostas; que retornou ao hospital de Ceilândia em 22/11/2015 em razão de dores intensas e após a triagem feita pela enfermeira foi informada que não havia médico no local e se dirigiu ao Hospital de Samambaia, mas recebeu alta porque tinha apenas 2 cm de dilatação; que no dia seguinte retornou ao hospital de Ceilândia, mas como não tinha médico foi ao HMIB com determinação de internação e foi realizada uma ecografia, porém às 23 horas foi encaminhada ao hospital de Ceilândia em uma ambulância, mas às 0h30 do dia 24/11/2015 recebeu nova alta; que no dia seguinte retornou ao

115 Sentença no processo nº 2005.035.000306-2 (mimeo).

hospital e em razão de muito sangramento foi determinada a internação imediata; que em razão de não haver cama disponível, a enfermeira lhe pediu para fazer exercícios físicos para facilitar o parto, mas ela não conseguiu; que solicitou que se fizesse o parto normal, pois já estava com 40 (quarenta) semanas, mas apenas às 11 horas foi disponibilizada cama para a realização do parto, mas não aumentou a dilatação; que por volta das 18h constatou-se uma dilatação de 8 cm e o médico aplicou dois medicamentos no soro, mas depois das 19h30 a barriga ficou dura e já não se ouviu mais os batimentos do bebê, sendo a morte do feto constatada por meio de ecografia.¹¹⁶

7. Liberação ou alta médica sem a devida cautela

Reúne casos em que não houve cautela na alta hospitalar de parturientes, que deixaram a unidade de saúde mesmo com indicações de internação ou puérperas que deveriam ter sido melhor examinadas antes de liberadas diante de quadros que indicavam cautela, como perfuração de bexiga durante a cirurgia ou exames indicativos de possível infecção. De forma diversa da categoria 27, aqui há notícia de que a alta médica indevida influenciou no agravamento do quadro.

Ao fazer a triagem recebeu queixas da paciente de que estaria com dor abdominal, **percebeu a existência de sangramento, e não conseguiu identificar os sinais vitais do feto**, momento em que entrou em contato com o médico plantonista. (...) Esclareceu ainda que a paciente/autora saiu da consulta “zangada”, “irritada”, se sentindo ofendida com o atendimento, salientando que o médico sequer a tocou (evento 133 - anexos 6, 7, 8 e 9 dos autos de origem). Do mesmo modo, dos documentos colacionados aos autos denota-se, como já informado, que a autora voltou ao hospital de Guarai no dia seguinte, ou seja, no dia 15/06/2016, com descolamento de placenta sendo submetida a [sic] cesariana quando o nascituro nasceu sem vida (evento 1 – anexos 13 e 14, origem).¹¹⁷

116 Sentença no processo nº 2016.01.1.026950-3 (mimeo).

117 TJTO. Apelação Cível, 0020242-89.2019.8.27.0000, Rel. MAYSA VENDRAMINI ROSAL, 4ª TURMA DA 1ª CÂMARA CÍVEL, julgado em 09/12/2020, DJe 17/12/2020 15:54:04.

No ato, conforme o boletim médico, foi diagnosticada com doença hipertensiva específica gestacional (DHEG), doença gestacional grave e perigosa, quadro que, evidentemente, reclamava cuidados redobrados, com acompanhamento médico, medicamentoso e ambulatorial, principalmente em se tratando de uma gravidez avançada, com pouco mais de trinta e sete semanas (p. 28). Essa constatação resta cabalmente comprovada por intermédio da documentação de p. 30, em que o médico responsável pelo atendimento emergencial da falecida recebeu a paciente com a pressão arterial fora do normal, diagnosticou-a com uma doença potencialmente fatal a mulheres grávidas, medicou e conferiu alta pouco mais de duas horas após o atendimento de emergência (alta com encaminhamento ao ambulatório, é bom que se diga).¹¹⁸

8. Utilização de fórceps

Identifica os casos em que a utilização do fórceps durante o parto é mencionada. Em pelo menos 4 ocasiões o instrumento foi associado a lesões no recém-nascido como fraturas/afundamento no crânio e problemas na visão

Em um caso, a ausência de fórceps no centro cirúrgico foi considerada falha do hospital. Considerou-se que as complicações do parto normal poderiam ter sido contornadas com a utilização do referido instrumento. A esse respeito, destacamos entendimento do perito:

16° - Em caso de hipóxia fetal, qual seria o procedimento mais célere para a finalização do parto, cesariana ou aplicação de fórceps de alívio?

Em princípio a aplicação de fórceps seria a mais rápida, contudo existem situações em que a cesariana pode ser a forma mais célere da extração fetal.

Existem várias condições que podem tornar a aplicação do fórceps mais demoradas, tais como; dificuldades na localização deste instrumental dentro do centro cirúrgico obstétrico, falta

118 Sentença no processo nº 0711598-15.2014.8.01.0001 (mimeo).

das condições necessárias a [sic] aplicação deste instrumento, tempo para realização de procedimentos anestésicos, falta de preparo da equipe, dificuldades na aplicação de fórceps.

Quanto ao fato da não disponibilização do fórceps no serviço, em havendo este instrumental no hospital, nos parece falha operacional grave.

Entretanto, alguns hospitais públicos e privados não o fazem, por entender que o uso deste instrumento pode também, ocasionar mais agravos que benefícios ao recém-nato, a conta de que, na atualidade os ensinamentos para utilização dos mesmos não se dão de forma adequada, podendo ocasionar riscos que benefícios a sua utilização. Uma das causas, e talvez a mais importante, do porque o fórceps se encontrar quase em desuso e ser pouco utilizado é a sua criminalização maciça.

Contudo, inferir que a utilização desde instrumental seria salvadora para a segunda autora é em princípio[sic], falho, principalmente quando faltam dados do bem estar [sic] fetal no prontuário da primeira autora, antes do nascimento e as condições imediatas após o nascimento mostrarem uma evolução satisfatória, com a recuperação imediata do recém nascido [sic] que apresenta um apagar de 07 no quinto minuto e ter sido extubado após chegar na UTI neonatal.¹¹⁹

A DNAPN recomenda “considerar o uso de parto vaginal operatório (vácuo-extrator ou fórceps) se não houver segurança quanto ao bem-estar fetal ou prolongamento do segundo período.”¹²⁰ Há referência ao Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas que não recomenda a realização rotineira de tentativas sequenciais de parto vaginal operatório usando diferentes instrumentos devido ao maior potencial de lesão materna e/ou fetal.

Dados populacionais relataram aumento da morbidade materna e neonatal da aplicação sequencial de vácuo e fórceps, embora alguns

119 TJDFT 00034644820148070009 - 0003464-48.2014.8.07.0009, Relator: ANGELO PASSARELI, Data de Julgamento: 25/08/2021, 5ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE : 10/09/2021

120 BRASIL, 2022, Op. Cit., p.17.

estudos não tenham demonstrado efeitos adversos do uso sequencial de vácuo e fórceps. Para a parturienta [sic] o uso sequencial de vácuo e fórceps têm [sic] sido associado a taxas aumentadas de lacerações de terceiro/quarto grau e hemorragia pós-parto. Para o neonato, o uso sequencial desses instrumentos tem sido associado ao aumento das taxas de hematomas subdurais e hemorragia intracraniana.¹²¹

9. Complicação em decorrência de retenção de restos placentários

Reúne casos em que, após o parto, em um curto período de tempo, a puérpera busca a unidade hospitalar com dores ou sangramentos em decorrência de infecção ou hemorragia atribuídas à retenção placentária. Dos 4 casos, em 2 houve reconhecimento de atitude negligente: em um dos casos por não revisar corretamente a placenta e em outro porque o processo infeccioso decorrente da retenção de restos placentários já podia ser diagnosticado e, ainda assim, a paciente recebeu alta. Nos outros 2 casos, a infecção decorrente dos restos placentários foi considerada pela perícia como um processo natural do corpo e o atendimento médico em consonância com a boa técnica.

10. Manobra de Kristeller

A manobra de Kristeller consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero, juntando-se as duas mãos no fundo do útero, sobre a parede abdominal, com os polegares voltados para frente, tracionando-se o fundo do útero em direção à pelve. Consideramos nesta categoria narrativas que indicam que alguém da equipe médica subiu e pressionou a barriga da parturiente, ainda que sem precisão técnica: "O parto no entanto não foi dos melhores, pois várias pessoas tiveram que empurrar o bebê subindo na sua barriga e fazendo força."¹²² Destacamos caso em que o tema é abordado pela perícia e abordado na sentença:

Conclui o senhor perito: "*o acompanhamento médico não detectou a causa das dificuldades na evolução do parto e usou mano-*

¹²¹ BRASIL, 2022, Op. Cit., p. 86.

¹²² Laudo pericial acostado aos autos do processo nº 1992.51.01.056669-6

bras obstétricas em desuso (Kristeller)." (...) Quanto à manobra de Kristeller, utilizada no parto, enfatiza: "*na literatura médica atual, a chamada 'manobra de Kristeller' é procedimento médico abandonado desde os anos 60, visto a grande ocorrência de complicações graves, tais como a rotura do baço e alta mortalidade fetal. (...)*" (fls. 370).¹²³

11. Escolha equivocada da via de parto

Identifica os casos em que as complicações decorreram da falha na escolha da via de parto. Na maior parte dos casos incluídos nesta categoria, havia indicação de parto cesárea em exames de pré-natal (macrossomia fetal, estreitamento do canal vaginal, cesariana anterior, deformidade fetal) e, não obstante, optou-se pela realização do parto normal. A categorização levou em consideração a opinião da perícia, como nos exemplos abaixo:

(...) a perícia atestou erro evidente por parte da equipe médica, frente as [sic] condições especiais do nascituro, ao optar por realizar o parto normal, ao invés da cirurgia cesariana, omitindo-se o dever objetivo de cuidado. (...) durante o período em que a mãe do periciando esteve internada no hospital-Réu em trabalho de parto, deveria ter sido feita uma (sic) avaliação adequada do peso e tamanho fetal, para se indicar a via de parto. No caso em questão, como se tratava de feto macrossômico, a via de parto indicada era a alta (cesárea).¹²⁴

Aliás, restou cediço na lide que a autora NÃO deveria se submeter a um parto normal, tendo, por recomendação médica, previamente agendado a cesariana, haja vista que, em momento anterior à gestação, sujeitou-se a uma traquelectomia, que nada mais é do que um procedimento cirúrgico para a remoção do colo uterino por ocorrência de tumor.¹²⁵

123 Sentença no processo nº 0205822-36.2007.8.26.0100

124 TJSP - APL: 01279224920088260000 SP 0127922-49.2008.8.26.0000, Relator: Cesar Ciampolini, Data de Julgamento: 11/03/2016, 10ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 06/04/2016

125 TJPR - APL: 11309970 PR 1130997-0 (Acórdão), Relator: Desembargador José Sebastião Fagundes Cunha, Data de Julgamento: 21/08/2014, 8ª Câmara Cível, Data de Publicação: DJ: 1433 13/10/2014

De tudo se verifica [sic] que o parto cesáreo era o mais indicado para o caso da paciente e, sem dúvida, a lesão teria sido evitada...¹²⁶

Ademais, não se discute a conduta médica durante o parto, mas nas horas que o antecederam. As evidências demonstram que a opção do profissional (parto normal) diante das evidências, foi equivocada. (...) O farto conjunto probatório conduz à triste conclusão que tivesse o médico realizado o parto cesáreo, o infortúnio não teria se verificado. A criança teria sido retirada do ventre materno sem a utilização de fórceps e, naturalmente, sem a lesão que se sucedeu, a qual resultou na paralisia do membro superior.¹²⁷

Os peritos podem afirmar baseados em informações obtidas do inquérito policial tratar-se de situação em que a intervenção cirúrgica de cesariana é indicação absoluta.¹²⁸

12. Episiotomia

A recomendação disposta na DNAPN é a não realização da episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo. Se realizada, deverá ser "justificada, recomendando-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus."¹²⁹ Antes da realização da episiotomia, a analgesia efetiva – frise-se esta última palavra – deve ser assegurada.

Estudos revelam que a realização da episiotomia está vinculada à ausência de planejamento de parto: "taxas de episiotomia foram menores em partos planejados em um centro de parto normal intra ou peri-hospitalar conduzido por enfermeiras obstétricas, mas a evidência da metanálise (n=8.100) demonstrou um maior risco de quaisquer lacerações vaginais/perineais."¹³⁰

¹²⁶ Laudo pericial no processo 0071213-59.2003.8.19.0001

¹²⁷ TJSP APL: 00020517520108260602 SP 0002051-75.2010.8.26.0602, Relator: Rosângela Telles, Data de Julgamento: 30/08/2016, 2ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 01/09/2016

¹²⁸ Laudo do IML no inquérito policial acostado aos autos do processo de nº 0000307-68.2005.8.19.0035

¹²⁹ BRASIL, 2022, Op. Cit., p. 16.

¹³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. DF: Ministério da Saúde,

As recomendações se fundamentam em evidências de que “o uso rotineiro de episiotomia (média 71,6%, variando entre 44,9% a 93,7%) não apresenta benefícios para as parturientes, quer a curto ou a longo prazo, em comparação com o uso restritivo da episiotomia (média 29,1%, variando entre 7,6% a 53,0%).”¹³¹

Nesta categoria, descrevemos todos os casos em que a episiotomia foi citada. Não conseguimos distinguir pela análise de um caso quando a prática é rotineira – portanto, contrária à recomendação – dos casos em que foi realizada de forma pontual. Na maioria dos casos, a episiotomia é citada como um dos procedimentos realizados em complicações no parto. Nestes casos, observamos que embora a episiotomia em si fosse necessária para salvaguarda da vida da mãe e do bebê, poderia ter sido evitada se outras precauções fossem tomadas. Ex.: episiotomia realizada em parto de feto macrossômico com cesariana indicada, episiotomia realizada em parto normal devido à ausência de anestesista.

Identificamos que em alguns casos a episiotomia foi realizada sem a devida anestesia, em outros, resultaram em lesões, dores na região por anos e dificuldades para realizar ações simples como sentar por muito tempo e fazer necessidades fisiológicas. Em um único caso, mais grave, a episiotomia contribuiu para um quadro de choque hemorrágico.

A mãe ficou com sequelas e sente muita dor na região vaginal, o que dificulta relacionamento íntimo e as necessidades fisiológicas.¹³²

Para a retirada do bebê, a médica teve que continuar o parto pela via baixa, com a realização de uma episiotomia (corte na região genital baixa) (fls. 116 e 241), o que levou à parturiente a uma [sic] choque hemorrágico, nas palavras da própria médica, que teve, inclusive, que solicitar a transfusão de sangue, conforme depreende-se de fl. 113. A criança, a seu turno, nasceu sem vida (natimorto) (fls. 18 e 116).¹³³

2016, p. 76.

131 BRASIL, 2016, Op. Cit., p. 266.

132 Sentença no processo: 0002051-75.2010.8.26.0602

133 TJSC. AC: 20080286776 - Orleans 2008.028677-6, Relator: José Volpato de Souza, Data de Julgamento: 05/07/2012, Quarta Câmara de Direito Público.

Quanto à evolução do trabalho de parto, não posso me pronunciar, mas certo é, que foi realizada episiotomia, apesar da prematuridade e da multiparidade, num terreno não propício, o que pode ter ocasionado as lesões.¹³⁴

13. Negativa de acompanhante da parturiente

Identifica um caso em que, embora previsto em lei, o direito da parturiente ao acompanhamento durante o parto foi negado.¹³⁵

14. Pariu ou esperou em local inapropriado

Segundo a DNAPN, “para as mulheres admitidas na fase latente e seus acompanhantes, salas limpas e confortáveis devem estar disponíveis, com espaço para caminharem e com fácil acesso a banheiros limpos, além de comida e água.”¹³⁶

Esta categoria reúne os casos em a espera durante a fase latente do trabalho de parto ou o próprio parto ocorreram em local inapropriado. A exemplo, citamos caso de parturiente que pariu em uma maca, outra que, diante da falta de vaga em leitos apropriados, esperou em cadeira escolar e, por fim, de uma mulher que passou pela fase ativa do parto na sala de recuperação, devido à falta de leitos no centro cirúrgico.

Incluimos nesta categoria as salas de espera e centros cirúrgicos sem assepsia, com relatos, por exemplo, de sangue no chão.¹³⁷

15. Erro ao ministrar ou acompanhar efeitos da medicação

Reúne os casos em que experts identificaram imperícia ou negligência ao ministrar medicação, como procedimentos cirúrgicos realizados sem anestesia ou seu efeito completo. Em um dos casos, a perícia identificou equivocada a anestesia geral realizada em paciente que

134 Laudo pericial no processo 0071213-59.2003.8.19.0001

135 O direito em questão é aprofundado no capítulo anterior.

136 BRASIL, Op. Cit., p. 11

137 TJ-SP - AC: 00024003920038260565 SP 0002400-39.2003.8.26.0565, Relator: Enio Zuliani, Data de Julgamento: 12/05/2011, 4ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 12/05/2011

deu entrada no hospital com dilatação total, sem registro de comorbidade, cujo trabalho de parto evoluiu rapidamente e resultou em anóxia.

O erro no acompanhamento dos efeitos da medicação ocorreu nos casos em que, após a utilização de ocitocina para indução do parto, a parturiente ficou horas desassistida, resultando na anóxia do feto e na liberação da parturiente para retornar para casa após médicos ministrarem comprimido de misoprostol na cavidade vaginal para indução de parto normal. Neste último caso, a paciente voltou ao hospital quando já havia quadro de sofrimento fetal que resultou no óbito do recém-nascido.

Por fim, considerou-se nesta categoria caso em que associação indevida de medicamentos indutores de parto (ocitocina e misoprostol) ocasionou choque anafilático com graves sequelas: paralisia cerebral da criança e histerectomia da parturiente.

Podemos afirmar que, pelas condições descritas no período expulsivo do trabalho de parto da autora, não havia indicação técnica de anestesia geral.¹³⁸

Na hipótese dos autos, a prova pericial apontou que foram ministrados dois medicamentos indutores de parto Ocitocina e Misoprostol -, cuja associação não é recomendada pela bula do medicamento Prostokos. Consta dos laudos periciais que a aludida associação deu causa ao choque anafilático sofrido pela parturiente, tendo como consequências a remoção do útero da mãe e a paralisia cerebral da filha.¹³⁹

Mesmo tendo tomado uma anestesia na espinha, esta anestesia não pegou e ela sentiu todas as dores, inclusive os pontos do pérfneo. (...) Encontramos o relato de que houve um período expulsivo prolongado, não se diz de quanto tempo, e uso de ocitocina. **SE HAVIA SOFRIMENTO FETAL O USO DE OCITOCINA ESTAVA ABSOLUTAMENTE CONTRA-INDICADO.**¹⁴⁰ (grifos_e maiúsculas no original)

138 Sentença no processo nº 0022496- 79.2004.8.19.0001

139 TJ-SP - APL: 308647420078260196 SP 0030864-74.2007.8.26.0196, Relator: Jesus Lofrano, Data de Julgamento: 31/07/2012, 3ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 01/08/2012

140 Laudo pericial acostado aos autos do processo nº 1992.51.01.056669-6

Não é porque um trabalho de parto possa durar muitas horas que a parturiente internada de madrugada e que se queixa de dores aos profissionais pode passar longo tempo sem o adequado acompanhamento, mormente quando medicada com drogas para induzir o nascimento da criança. Definitivamente e depois dos esclarecimentos periciais, pode-se afirmar que, no caso, não bastava aplicar substância para induzir o parto e esquecer a paciente sozinha em um quarto de hospital até amanhecer.¹⁴¹

16. Alimentação inadequada

Identifica os casos em que, sem justificativa médica, a parturiente teve alimentação escassa ou prescrita dieta zero. Em um dos casos, a ausência de alimentação por mais de 24 horas contribuiu para o estado de fraqueza da parturiente. Em outro, a alimentação deficitária durante o período prolongado do parto foi reconhecida como falha do hospital em sentença.

Destaque-se o disposto na DNAPN: "Dieta durante o trabalho de parto: 22. Para parturientes de risco habitual, recomenda-se a ingestão oral de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto."¹⁴²

A restrição alimentar é ainda uma prática comum em muitas maternidades. Na década de 1940, estudos demonstraram elevada mortalidade em gestantes que foram submetidas a anestesia geral para cesariana e estavam com líquido ou alimento no estômago (Mendelson 1946)¹⁷, sendo decorrente destes estudos o medo de aspiração de conteúdo estomacal durante uma anestesia. No entanto, com as técnicas atuais de anestesia, com taxas baixas de utilização de anestesia geral na obstetrícia (menos de 5%), a aspiração do conteúdo estomacal é um evento muito raro. E, se considerarmos o contexto das gestações de risco habitual, as taxas de anestesia geral são menores ainda. Por essas razões, a alimentação durante o trabalho de parto deve ser analisada à

141 TJ-SP - AC: 00024003920038260565 SP 0002400-39.2003.8.26.0565, Relator: Enio Zuliani, Data de Julgamento: 12/05/2011, 4ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 12/05/2011

142 BRASIL, 2022, Op. Cit., p.8

luz dos conhecimentos atuais, avaliando os seus reais riscos e benefícios para definirmos a melhor recomendação.¹⁴³

17. Demora na transferência

A demora na transferência de parturientes com complicações no parto contribuiu para o agravamento da situação. Em alguns casos, houve negligência da equipe, que demorou para detectar a importância de transferir a paciente para unidade com infraestrutura para atendimentos de maior complexidade. Em outros, questões estruturais de falta de leitos concorreram para a demora na transferência (ver categoria 26 “ausência de vagas, para transferência ou internação na própria unidade”). Destaque-se relato de médico que buscou por muitas horas alguma unidade que contasse com centro cirúrgico, mas esbarrou na “dificuldade de transferência para outros hospitais, porque os hospitais não aceitam pacientes do SUS.”¹⁴⁴

18. Humilhações

Identifica os casos em que as parturientes foram submetidas a situações humilhantes ou constrangedoras como: grosseria de funcionários, piadas proferidas por membros da equipe médica, ameaças e ironias.

O supracitado médico disse para [a] autora que não era a hora do parto, pois não havia dilatação necessária, mandando-a sair do consultório com sua roupa íntima [sic] nas mãos, fazendo-a passar por inteiro constrangimento, vergonha deixando-a aos prantos, diante da enorme fila de espera que havia neste dia. (...) Indignados, os pacientes que estavam na fila de espera começaram a “gritar” por socorro e atendimento imediato vendo a situação da autora.¹⁴⁵

Ressalte-se que a segunda autora foi destrutada pela médica que a atendia, já que, esta, num gesto de insensibilidade e demons-

143 *Ibidem*, p. 21

144 Depoimento ressaltado em sentença no processo nº 2004.873.000839-2

145 Petição inicial no processo nº 0100533-03.2016.8.19.0001

trando impaciência e descaso com as expressões de dor da segunda autora, disse-lhe: "***Se você ficar gritando vai ter o filho sozinha***".¹⁴⁶

Em todo o período a autora gritava pedindo auxílio, e esporadicamente aparecia um estagiário de medicina que limitava-se [sic] a fazer novos toques vaginais. Apenas às 10:00hs da noite, depois de todo o dia de sofrimento, e quando a autora já havia defecado de dor e estava produzindo líquido esverdeado e sanguinolento que era expelido da sua vagina, é que foi levada à sala de parto por um estudante de medicina, que debochadamente indagou se a autora ainda teria forças para expelir a criança.¹⁴⁷

19. Demora para realizar a curetagem/tratamento da infecção

Identifica os casos em que houve negligência no atendimento rápido e eficaz para realizar curetagem ou tratar infecção. A demora se deu, conforme exemplos abaixo, pela recusa de atendimento em uma unidade hospitalar e pela falta de atenção da equipe médica a queixas de dores por parte da paciente.

Afirma que retornou ao hospital, mas ele recusou-se a atendê-la, tendo sido atendida pelo Complexo Hospitalar Saint Joseph. Afirma que ficou internada neste hospital com infecção, tendo feito transfusão de sangue antes da curetagem.¹⁴⁸

Data vênia, o serviço público não foi prestado a contento, porque não é razoável que uma paciente, após um parto normal/natural, necessite ficar internada por 22 dias com dores abdominais, febre, perda de sangue tendo que se submeter à curetagem para retirada de restos do parto.¹⁴⁹

(...) o médico-requerido não deu maior atenção às suas queixas posteriores, deixando de realizar um exame mais detalhado mui-

146 Petição inicial no processo nº 0455209-95.2011.8.19.0001

147 Sentença no processo nº 0073026-87.1998.8.05.0001 (mimeo)

148 Sentença no processo nº 0150056-41.2006.8.26.0000 (mimeo)

149 TJ-PB 00000522220158150181 PB, Relator: JOAO BATISTA BARBOSA, Data de Julgamento: 08/05/2018, 3ª Câmara Especializada Cível, p. 4.

to embora o quadro anormal, permitindo a formação de abscessos de graves proporções, que exigiu a transferência daquela para outros centros de saúde e a sua imediata submissão a nova intervenção cirúrgica, que em razão da gravidade do quadro infeccioso, ocasionou a retirada do seu útero.¹⁵⁰

20. Manutenção de gravidez de feto sem viabilidade extrauterina

Esta categoria identifica um único caso, incomum na amostra, marcado pela violência institucional praticada contra mulher grávida obrigada por decisão judicial a manter a gestação de feto portador de síndrome sabidamente incompatível com a vida extrauterina.

21. Tricotomia

A tricotomia no parto consiste na raspagem dos pelos ou cabelos de uma zona do corpo, geralmente antes de uma cirurgia ou intervenção semelhante. No parto, consiste na raspagem dos pelos pubianos. Segundo a DNAPN, a prática rotineira de tricotomia não é recomendada antes do parto vaginal.

22. Recusa de atendimento médico

Nesta categoria agrupamos os casos em que houve recusa na prestação de serviço de atenção à saúde ou atendimento médico. A parturiente, de forma diversa aos casos identificados na categoria 27 (mandar para casa) sequer foi atendida.

Segundo a norma técnica,

52. Todas as mulheres que se apresentam a uma unidade de saúde em trabalho de parto devem ser avaliadas clinicamente de acordo com a prática clínica recomendada, que inclui a realização de um exame de toque vaginal digital, mediante consentimento da mulher, para ser avaliada quanto ao trabalho de parto.¹⁵¹

¹⁵⁰ TJMT. Recurso de Apelação nº 16153/2006 (mimeo).

¹⁵¹ BRASIL, 2022, Op. Cit., pp. 11-12

Colacionamos abaixo casos considerados nesta categoria:

Com muitas dores, a autora ainda insistiu para ser atendida por outro médico, (Dr. V.), o que foi negado pelo Dr. C. (prontuário anexo). Ocorre que antes mesmo de deixar a unidade médica, a autora sentou-se no banco do corredor com tonteiras e fraquezas musculares, com aumento de perda de líquido amniótico, onde entrou imediatamente em trabalho de parto vindo a “estourar a bolsa”.¹⁵²

Afirma que duas semanas após a alta teve febre, dores abdominais e sangramento vaginal. Afirma que retornou ao hospital, mas ele recusou-se a atendê-la, tendo sido atendida pelo Complexo Hospitalar Saint Joseph.¹⁵³

Ocorre que, dias antes do nascimento de seu filho, a mesma [sic] começou a sentir dores gestacionais muito fortes, sendo levada à Maternidade Leandro Pinho, em Madureira, onde não pode [sic] ser atendida, sob a alegação de que a mesma “estava fazendo seu acompanhamento pré-natal em outra maternidade.”¹⁵⁴

Narram que, em que pese a médica responsável pelo acompanhamento pré-natal da apelada tenha delimitado como marco inicial para o parto o dia 17.01.2000, ao buscar atendimento nos hospitais da rede pública de saúde lhe foi [sic] negado atendimento ante a suposta ausência dos sintomas naturais ao trabalho de parto. Acrescem que buscaram atendimento no dia 17.01.2000 na Maternidade Albert Sabim; no dia 26.01.2000 no Tsylla Balbino, no dia 06.02.2000 e no dia 15.02.2000 no IPERBA, quando fora constada a morte fetal. O laudo pericial acostado às fls. 144/148 atesta que “*aparentemente houve conduta procrastinadora sem a devida documentação de vitalidade fetal adequada nos 03 atendimentos entre 17.01.2000 e 06.02.2000.*”¹⁵⁵

¹⁵² Petição inicial no processo nº 0100533-03.2016.8.19.0001 (mimeo).

¹⁵³ Sentença no processo nº 0150056-41.2006.8.26.0000 (mimeo).

¹⁵⁴ Petição inicial no processo nº 0455209-95.2011.8.19.0001 (mimeo).

¹⁵⁵ TJBA - APL: 00569736020008050001, Relator: MARCIA BORGES FARIA, 2ª VICE-PRESIDÊNCIA, Data de Publicação: 11/04/2022

23. Tortura

Identifica os casos em que as parturientes foram submetidas a tratamentos cruéis, desumanos e degradantes na gestação e parto. Considerou-se tortura: a obrigação de manter gestação de feto sem viabilidade extrauterina por força de decisão judicial, a contragosto da vontade da gestante, o ato de amarrar a parturiente na cama, sob justificativa de que estava “muito brava” e a ocorrência simultânea de diversas ações e omissões descritas nesta lista capazes de configurar imposição de extremo sofrimento e dor à parturiente.

A declarante diz que na situação [em] que se encontrava, absolutamente despida, imunda, pois não foi submetida a nenhuma assepsia, achava-se também desesperada pela dor. Encaminhada à sala de parto pelo estudante, foi por ele amarrada pelos tornozelos, embora a autora tenha mencionado que tinha problemas de circulação e não poderia ser amarrada. Ainda assim, o estagiário de medicina de prenome Mauro, mas que era apelidado de “Pastor”, respondeu que a autora precisava ser amarrada porque estava muito brava.¹⁵⁶

O ato de obrigar a mulher a manter a gestação, colocando-a em uma espécie de cárcere privado em seu próprio corpo, desprovida do mínimo essencial de autodeterminação e liberdade, assemelha-se à tortura.¹⁵⁷

A declarante é técnica de enfermagem há 10 anos e que durante 4 anos trabalha no HOSPITAL REGIONAL, porém pediu para ser transferida deste Hospital, devido ao parto de I., pois para a declarante “*não foi um parto e sim uma tortura*”, e que ficou com trauma do que presenciou durante o parto.¹⁵⁸

156 Sentença no processo nº 0073026-87.1998.8.05.0001 (mimeo).

157 STJ - REsp: 1467888 GO 2014/0158982-0, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 20/10/2016, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 25/10/2016 RJTJRS vol. 303 p. 95 RT vol. 976 p. 524

158 Depoimento em sede policial no processo nº 08009374620148120011 (mimeo).

24. Indiferença à dor

Refere-se aos casos em que as manifestações explícitas de dor e desconforto da parturiente foram ignoradas por profissionais da equipe técnica. As reações mais comuns das parturientes diante desse comportamento da equipe médica foram o desespero e o desamparo (sensação de abandono).

(...) mais uma vez o Dr. D agindo displicentemente disse textualmente que se a autora desejava sofrer, que fosse mantida numa [sic] sala juntamente com outras mulheres que aguardavam o horário do parto. (...) Acrescenta que outros médicos plantonistas aproximavam-se [sic] da autora, mas não prescreviam medicamentos, embora esta se queixasse de dores e estava impossibilitada de urinar e com o corpo inchado.¹⁵⁹

As contrações aumentaram até que a autora começou a chorar e implorar cuidados médicos, "sendo que as profissionais que estavam na sala limitaram-se a segurar suas pernas e a dizer para que a autora não respirasse (...) e não fizesse tanto barulho, pois tratava-se de lugar de descanso."¹⁶⁰

Chama a atenção o depoimento da requerente, afirmando que mal chegou a conhecer a plantonista ADRIANA, não foi medicada e nem examinada, foi colocada sozinha em uma sala suja e com poça de sangue, passou a ter contrações, já sentia a cabeça da criança se exteriorizando, sendo que pedia socorro e apenas foi atendida por enfermeira, que lhe pedia para não gritar, dizendo que já chamaria a médica, que estaria dormindo.¹⁶¹

10. Não obstante as queixas de fortes dores e a agonia da acionante diante da situação que se mostrava preocupante, o médico se mostrava indiferente e apenas receitou uma injeção intravenosa, sem esclarecer sua necessidade. Em reação à substância injetada, a acionante sentiu o batimento cardíaco acelerar, deformação na boca e visão embaçada. Ao ser indagada sobre

¹⁵⁹ TJBA. Apelação Cível no processo nº 0073026-87.1998.8.05.0001 (mimeo).

¹⁶⁰ Apelação Cível nos autos do processo nº 0205822-36.2007.8.26.0100 (mimeo).

¹⁶¹ TJSP - AC: 00024003920038260565 SP 0002400-39.2003.8.26.0565, Relator: Enio Zuliani, Data de Julgamento: 12/05/2011, 4ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 12/05/2011, p. 3

aqueles sintomas, a enfermeira respondeu que tudo aquilo era normal e logo o desconforto cessaria, apenas orientou que a acionante respirasse profundamente.¹⁶²

J: Está relatado na inicial que foi colocada no quarto sozinha e que ela gritava que estava sentindo dor e que inclusive gritando por socorros e acabou por urinar e defecar na cama a senhora tem conhecimento disso? (sic)

D: Mas isso não justifica.

J: A senhora foi até lá ver o que estava acontecendo?

D: Não, em relação a urinar e defecar pode acontecer.

J: Mas ela disse que gritava e chamava por socorro e porque sentia dor e ninguém veio ao socorro dela? (sic)

D: A gente faz a evolução, faz o acompanhamento. Se nós formos todas as vezes que a paciente chamar e solicitar, a gente tem que ficar do lado o tempo todo porque todas em trabalho de parto solicita isso (sic).¹⁶³

Neste último caso, o magistrado ressalta a “adoção de um comportamento mecânico” e “de pouca atenção às queixas da paciente” que, não obstante as inúmeras dificuldades enfrentadas no SUS, não deve ser admitido, já que “os profissionais da área de saúde lidam com vidas, sendo que a desatenção aos reclamos do paciente e suas peculiaridades pode configurar negligência, como se verifica no caso em questão”.¹⁶⁴

Os relatos contrariam o disposto pela DNAPN, que recomenda a orientação “sobre estratégias de alívio da dor disponíveis e oferecer informações para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela.”¹⁶⁵ Há uma seção destinada ao manejo da dor, que pode ser farmacológico (analgésia epidural ou opióides parenterais, como fentanil,

¹⁶² Petição inicial no processo nº 0138910-53.2010.8.19.0001 (mimeo).

¹⁶³ *Ibidem*, pp. 10-11.

¹⁶⁴ *Ibidem*, p. 11.

¹⁶⁵ BRASIL, 2022, Op. Cit., p. 7.

dimorfina e petidina) e/ou não farmacológico (técnicas de respiração e relaxamento, massagem, aplicação de compressas mornas, banhos de chuveiro, musicoterapia).

26. Os profissionais de saúde devem comunicar às mulheres as opções disponíveis para alívio da dor em suas instalações de parto e discutir as vantagens e desvantagens dessas opções, de acordo com as convicções da mulher, salvaguardando a segurança materna e fetal.

35. A solicitação materna por analgesia de parto é motivo suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação, inclusive para a analgesia epidural, salvo contraindicação médica e após esgotados os métodos não farmacológicos disponíveis.¹⁶⁶

25. Omissão ou falta de clareza nas informações

Reúne os casos em que as parturientes narram que as informações prestadas pela equipe médica foram evasivas ou omitidas a respeito de: 1) resultados de exames, a exemplo de uma parturiente que não foi informada de problemas identificados em cardiocotografia realizada 3 dias antes do parto e 2) diagnósticos pós-parto, como alguns casos de pais que encontraram dificuldades para obter informações sobre a gravidade do quadro do recém-nascido, após complicações no trabalho de parto.

Como se tanto não bastasse, os pais não foram comunicados dos ferimentos sofridos pelo recém-nascido; a mãe teve alta e o bebê foi mantido internado, sob falsas alegações. No centro de terapia intensiva, em visita ao recém-nascido, seus pais se aperceberam de que o bebê ficava sempre na mesma posição e, ao tocarem sua cabeça, havia um afundamento no crânio e uma bossa sanguínea do lado esquerdo. Somente então foram informados pelo pediatra da UTI de que o autor havia sofrido fratura de crânio e aguardava ser submetido à cirurgia.¹⁶⁷

¹⁶⁶ BRASIL, 2022, Op. Cit., p. 9.

¹⁶⁷ TJSP - AC: 05419774819968260100 SP 0541977-48.1996.8.26.0100, Relator: Cesar Ciampolini, Data de Julga-

Todas faziam várias perguntas, queriam saber quanto tinham de dilatação e a que horas o bebê nasceria. A resposta da médica era sempre a mesma: “não posso dizer nada.”¹⁶⁸

As narrativas da falta de esclarecimento sobre os procedimentos adotados (como quais medicamentos estavam sendo ministrados e por quê) por parte da equipe médica diante dos questionamentos das parturientes também foram consideradas.

A autodeterminação, entendida como a escolha consciente e livre da mulher sobre seu corpo e a forma como deseja parir (até o limite em que não haja risco de vida à mãe e bebê), depende da informação clara e precisa. Assim, a omissão de informação impacta no respeito à autonomia da vontade e, por isso, vincula-se à categoria 30 “ausência de consentimento ou respeito à vontade da parturiente”.

Destacamos três recomendações da DNAPN:

8. Oferecer as informações de que necessitam de forma clara e concisa, evitando termos técnicos de difícil compreensão e utilizando materiais educativos quando necessário para comunicar processos ou procedimentos

11. Apoiar a mulher a entender que ela tem escolhas e que serão apoiadas, encorajando-a a expressar suas dúvidas, necessidades e preferências, e atualizando-a regularmente, bem como ao acompanhante, sobre o que está acontecendo.

17. Antes do parto informar as [sic] mulheres sobre as seguintes questões:

a) Benefícios e riscos da indução do parto (indicações médicas e eletivas);

b) A necessidade de escolha de um acompanhante pela mulher para o apoio durante o parto. Este acompanhante deve receber as informações importantes;

- c) Estratégias de manejo da dor e métodos disponíveis na unidade, descrevendo os riscos e benefícios de cada método (farmacológicos e não farmacológicos);
- d) Organização do local de assistência ao parto, limitações (física, recursos disponíveis) relativas à unidade, bem como disponibilidade de certos métodos e técnicas;
- e) Os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe para auxiliar as mulheres em escolhas bem informadas.¹⁶⁹

26. Ausência de vagas, para transferência ou internação na própria unidade

Reúne os casos em que o atendimento eficaz à parturiente foi dificultado pela superlotação de unidades e conseqüentemente pela ausência de vagas, seja na unidade para onde a parturiente seria transferida, seja na própria unidade hospitalar onde deu entrada (falta de leito nas salas de espera ou centros cirúrgicos).

Esta categoria guarda estreita relação com a de nº 7, "liberação ou alta médica indevida" ou "demora na transferência"

34 – Há registro no prontuário da paciente Márcia Ferreira de Oliveira de alguma intercorrência durante o período expulsivo do trabalho de parto?

R – SIM, às 21:40hs. foi realizada amniotomia, fluindo líquido meconial espesso, e sendo diagnosticado formação de bossa serossanguinolenta, indicado a interrupção da gravidez por cesariana [sic], que não foi realizada, por falta de sala cirúrgica disponível.¹⁷⁰

Que, constou no prontuário a solicitação de vaga em CAMPO GRANDE-MS, o que foi feito por três vezes, todas negadas pela CENTRAL DE REGULAÇÃO, a qual informou que não tinham vagas.¹⁷¹

¹⁶⁹ BRASIL, 2022, Op. Cit., 7 e ss.

¹⁷⁰ TJDF 07043815720188070018 DF 0704381-57.2018.8.07.0018, Relator: ANA CANTARINO, Data de Julgamento: 06/10/2021, 5ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE: 19/10/2021, pp. 6-7.

¹⁷¹ TJMS. Apelação Cível: 08009374620148120011 - MS 0800937-46.2014.8.12.0011, Relator: Des. Alexandre Bas-

Com efeito, a prova colhida em audiência de instrução e julgamento evidencia que a pressão arterial da paciente foi estabilizada, recebendo alta hospitalar em vista da superlotação do setor de emergência.¹⁷²

27. Mandar para casa

Nesta categoria, agrupamos os casos que revelam que a parturiente chegou ao hospital e, ingressado formalmente ou informada na recepção, foi enviada de volta para casa em desacordo com a recomendação nº 48 da DNAPN:

48. Até que mais evidências estejam disponíveis, uma gestante que se apresenta às instalações de saúde em trabalho de parto deve ser admitida e apoiada adequadamente, mesmo no início do trabalho de parto, a menos que sua preferência seja aguardar o trabalho de parto ativo em casa.¹⁷³

Embora parecida com a categoria 7 ("liberação ou alta médica indevida"), aqui a alta médica, quando houve ingresso formal na unidade, ou ação de solicitar a espera de evolução parto em casa – quando a parturiente sequer chegou a ser admitida formalmente na instituição – não está diretamente vinculada ao agravamento do quadro.

Notou-se que em alguns casos as mulheres foram liberadas sem informações sobre a evolução do trabalho de parto e o momento ideal de retorno.

Cientes da falta de infraestrutura de muitos hospitais e maternidades, que também padecem com a falta de recursos humanos e vagas, optamos por identificar os casos em que as gestantes/parturientes são enviadas para casa por contrariarem a recomendação contida na DNAPN:

Adiar a internação para o parto não significa adiar a admissão em áreas de espera da maternidade, onde as mulheres na fase latente do trabalho de parto possam aguardar o trabalho a fase

tos, Data de Julgamento: 12/07/2019, 4ª Câmara Cível, Data de Publicação: 16/07/2019.

¹⁷² Sentença no processo nº 0711598-15.2014.8.01.0001 (mimeo).

¹⁷³ BRASIL, 2022, Op. Cit., p. 11.

ativa. Adiar a admissão também não significa atraso no primeiro contato com um profissional de saúde ou retardar a assistência. Uma avaliação materna e fetal abrangente, por um profissional de saúde, quando a parturiente procura uma unidade de saúde, é essencial para garantir que complicações não diagnosticadas ou em desenvolvimento sejam excluídas.¹⁷⁴

28. Limitar o contato da mãe com o recém-nascido

Refere-se a um único caso em que o bebê não pôde ficar com a mãe em procedimento realizado após o parto para reverter perfuração da bexiga da parturiente sob a justificativa de que não havia acomodações e de que o “plano não cobria”. No caso, a impossibilidade de contato fez com que a amamentação natural do recém-nascido fosse forçadamente interrompida.

A respeito do tema, destacamos as recomendações nº 115: “Na ausência de complicações maternas ou neonatais, deve ser garantido o contato pele a pele no parto a termo com recém-nascido saudável.” E nº 116: “O aleitamento materno, dentro de uma hora após o nascimento deve ser garantido.”¹⁷⁵

29. Dificuldade de acesso a documentos

Identifica os casos em que, após o parto, o acesso ao prontuário ou resultado de exames foi dificultado por parte do nosocômio.

Outrossim, imprescindível destacar que o Hospital Pedro II reteve a ultra-sonografia [sic] que acusou a circular cervical de cordão umbilical, negando-se a devolver para a acionante. Outro passo, na Declaração de Nascido Vivo emitida pelo citado nosocômio público não há registro de qualquer anomalia ou máformação [sic] congênita, tampouco faz menção à circular cervical diagnosticada anteriormente. Nem mesmo declara que a criança nasceu com quadro de asfixia e/ou com a presença de bactérias, conforme se atesta na cópia anexa. Da mesma forma,

174 *Ibidem*, p. 62-63

175 BRASIL, 2022, Op. Cit., p. 19

o hospital suso não forneceu o boletim médico da acionante nem de sua filha recém-nascida, do período em que esta permaneceu internada na UTI- Neonatal.¹⁷⁶

Relatou que tentou por diversas vezes contato com a parte demandada para obtenção do prontuário médico da sua filha, o que só foi obtido após envio de ofício pela Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul.¹⁷⁷

30. Ausência de consentimento ou respeito à vontade da parturiente

Identifica os casos em que a vontade da mãe não foi considerada ou em que não foi obtido o consentimento para realização de procedimento. Em um relato, a parturiente é acusada de não fazer força por desejar parto cesariano e, em seguida, culpabilizada (categoria seguinte). Outro revela a ausência de consentimento para realização de histerectomia (no processo não há notícia de que era procedimento que salvaguardaria a vida materna – e se fosse, a paciente sequer foi informada). Existem pelo menos três relatos de parturientes que ao ingressarem nas unidades de saúde fornecem informações relevantes para definição do tipo de parto e são ignoradas, por ex.: que em gravidezes anteriores houve complicações na tentativa de parto normal e acabou-se optando pela cesárea e que uma cirurgia anterior no útero (traquelectomia) era indicativo de parto por via alta. Em todos eles, houve complicações decorrentes da falta de escuta.

(...) não bastasse a morte do feto, a autora ainda foi, sem sua autorização, submetida a uma histerectomia, ou seja, a autora foi esterilizada, procedimento este que lhe impedirá de gerar outros filhos. No passo, destaca-se que não poderia o médico realizar tal procedimento sem autorização da autora e [que], ainda, que essa fosse condição para salvar a vida da mesma - o que não era -, esse quadro seria plenamente evitável, acaso no primeiro

¹⁷⁶ Petição inicial no processo nº 0138910-53.2010.8.19.0001 (mimeo).

¹⁷⁷ TJRS - AC: 70060634785 RS, Relator: Luís Augusto Coelho Braga, Data de Julgamento: 19/11/2015, Sexta Câmara Cível, Data de Publicação: 25/11/2015, p.2.

atendimento prestado a [sic] autora, fosse verificado com maior acuidade o estado de saúde da mesma, o que possibilitaria, também, se evitar o evento morte de sua filha, desencadeado pela negligência médica.¹⁷⁸

Que tanto a requerente como seu marido informaram ao primeiro requerido que a parturiente deveria ser submetida a uma cesariana, já que no primeiro parto este teria ocorrido através de cesariana, porque a requerente não tinha passagem suficiente. Todavia, mesmo alertado pelos autores do ocorrido no parto anterior o primeiro réu optou pela realização do parto de forma normal pedindo a [sic] requerente que esta se esforçasse para provocar o nascimento do bebê já que pelos exames até então realizados na parturiente a evolução era para parto normal.¹⁷⁹

Segundo a recomendação nº 12 da DNAPN, “os procedimentos devem ser explicados à mulher e deve ser obtido o seu consentimento informado verbal e, quando apropriado, por escrito para alguns procedimentos.” Optamos por incluir os casos em que as parturientes demandaram analgesia e não foram escutadas na categoria de nº 24 “indiferença à dor”.

31. Culpabilização da mãe por danos causados

Identifica os casos em que houve culpabilização da mãe pelos danos causados após um parto malsucedido ou pressão sobre a parturiente ao atribuir-lhe a responsabilidade sobre o êxito do parto (ex., se não fizer força, você será responsável pelo fracasso do trabalho de parto).

que estando a parturiente desejando que seu parto fosse realizado através de uma cesária, não cooperava, o que dificultava a evolução do parto; que, vendo que a paciente não estava colaborando solicitou a enfermeira M. que auxiliasse, pressionando a barriga de Luciana; que mesmo diante disso a criança não nascia.¹⁸⁰

¹⁷⁸ Sentença no processo nº 0021487-02.2005.8.26.0309 (mimeo)

¹⁷⁹ Sentença no processo nº 0266503-35.2003.8.13.0209 (mimeo)

¹⁸⁰ Sentença no processo nº 0266503-35.2003.8.13.0209 (mimeo)

Em certo momento a acionante declarou que não agüentava mais e que estava muito preocupada com a demora do parto e com a condição de sua filha estar com o cordão em volta do pescoço, o receio era de que a criança se sufocasse e não conseguisse coroar chegou a ponto de pedir ao médico que fizesse cesareana [sic]. Em resposta, o médico voltou a afirmar que o cordão circular não era problema e que o parto seria normal, só dependendo da acionante para acontecer.¹⁸¹

4.2 Resultados

4.2.1 Deficiências estruturais dos serviços de saúde

A revisão dos processos confirmou realidade já sabida no acesso à saúde no país: ausência de infraestrutura e recursos humanos nos serviços de saúde, especialmente os públicos. A abordagem individualizante mascara um contexto mais amplo ao qual estão submetidos os profissionais de saúde que muitas vezes figuram como réus nos processos.

A falta de vagas em unidades hospitalares mais complexas e/ou maternidades, a ausência de equipe médica completa e a de equipamentos para realização de exames conformam um cenário favorável à prática de violência obstétrica.

As condições estruturais impactam diretamente na sobrecarga de trabalho de muitos profissionais de saúde. Há relatos de médicos responsáveis por grande número de pacientes, situação que tem como consequência direta a impossibilidade humana de brindar atenção mínima estabelecida nas recomendações do Ministério da Saúde.

O acesso à saúde se revelou mais prejudicado nas cidades do interior do país, cujas unidades hospitalares com mais frequência sofrem com equipe médica incompleta, sobretudo com ausência de anestesista. A carência de recursos humanos resulta na dependência de um sistema eficaz de transferências para unidades hospitalares mais complexas (normalmente localizadas nas capitais ou cidades

181 Petição inicial no processo nº 0138910-53.2010.8.19.0001 (mimeo).

maiores) em casos de necessidades de intervenção cirúrgica ou emergências obstétricas que esbarram, por sua vez, na superlotação e falta de vagas.

Citamos um caso, ocorrido em Varre-Sai, em que parturiente dá entrada em hospital que não conta com pediatra e anestesista. Mesmo sabendo desta carência, a equipe médica local decide esperar a evolução do parto normal, que depois de horas se agrava, necessitando da interrupção via intervenção cirúrgica. Diante da ausência de anestesista, busca-se uma transferência para outras unidades hospitalares que demora a ocorrer por ausência de vagas ou por "não aceitarem pacientes do SUS". A criança nasce em hospital em Natividade, município vizinho, com sérias sequelas atribuídas a sofrimento fetal por parto prolongado. Este caso demonstra como a negligência se associa a dificuldades estruturais para produção de um contexto de violência obstétrica.

Há um contexto estrutural de falta de equipe médica e estrutura para realização de cesáreas no hospital e dificuldade de transferência emergencial para outras unidades. Por outro lado, sabendo destas dificuldades, a equipe optou, de forma negligente, pela realização do parto na unidade hospitalar. A médica obstetra demorou a chegar e três cortes perineais foram feitos na mãe antes da transferência efetiva. Nenhum dos médicos foram responsabilizados na ação penal que apurou prática de lesão corporal culposa. No entanto, em âmbito cível, houve a responsabilização da entidade hospitalar e dos médicos pela negligência.

4.2.2 Violência indenizável

A responsabilidade civil do Estado, disposta no artigo 37, § 6º, da Constituição da República,¹⁸² se fundamenta na Teoria do Risco Administrativo, para a qual é despicienda a demonstração de dolo ou culpa do agente público, pois a partir do momento em que o Estado passa a realizar uma atividade administrativa, responde pelos prejuízos que esta prestação de serviços eventualmente venha a causar aos indivíduos, direta e indiretamente.

¹⁸² § 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

Argumentos frequentes utilizados pela defesa pugnam pelo reconhecimento da ausência denexo causal entre os danos alegados e o serviço médico prestado e, por consequência, pelo não preenchimento dos elementos configuradores da responsabilidade civil.

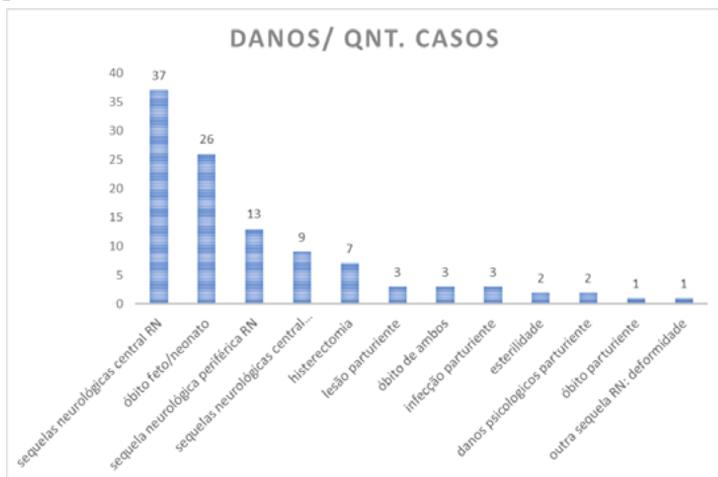
Quanto à responsabilidade civil dos médicos, deve ser apurada mediante a verificação da culpa. A responsabilidade médica e hospitalar de natureza contratual é fundada, via de regra, em obrigação de meio, ou seja, o médico assume a obrigação de prestar os seus serviços de acordo com as regras e os métodos da profissão, com os recursos de que dispõe e com o desenvolvimento atual da ciência, de modo a proporcionar ao paciente todos os cuidados e conselhos tendentes à recuperação da sua saúde. Por ser uma obrigação de meio e não de resultado, a responsabilização decorrerá da demonstração de imperícia, imprudência ou negligência na conduta médica.

Todas as demandas judiciais buscaram indenizações decorrentes da falha de prestação do serviço do município, estado e União (no caso de hospitais públicos), das empresas privadas e da equipe médica que tenha agido com imperícia, imprudência ou negligência.

Portanto, os procedimentos e ritos judiciais objetivam a constatação (ou não), em primeiro lugar, da ação/omissão e, em segundo lugar, do liame causal entre ela e o dano ou resultado gravoso argumentado. No caso da responsabilização dos médicos, busca-se, ainda, a verificação de imperícia, negligência ou imprudência na conduta.

No gráfico abaixo, quantificamos os danos argumentados nos processos sobre os quais recaem a verificação de responsabilidade dos entes e, por ventura, da equipe médica. O processo é orientado para esta análise, isto é, todos os procedimentos e produção de provas buscam verificar se a ação ou omissão existiu e se foi responsável pelo dano argumentado.

Figura 2 - Quantidade de casos x danos argumentados nos processos



Fonte: STJ. Elaborado pelas próprias autoras.

O dano mais presente nos processos foi a paralisia cerebral de recém-nascido, identificado acima como "sequelas neurológicas centrais RN" ($n = 37$). Em 9 casos, os processos trazem notícia de falecimento das vítimas com poucos anos de idade com causas associadas à paralisia cerebral. Se considerarmos as duas categorias, esta seqüela esteve presente em quase metade de todos os casos ($n = 46$). O segundo dano mais presente nos processos foi o óbito fetal ($n = 26$), seguido das sequelas neurológicas no sistema nervoso periférico ($n = 13$). Em todos os casos, verificou-se a lesão no plexo braquial (lesão obstétrica) provocada por estiramento dos troncos nervosos ou avulsão radicular em decorrência da distocia de ombro. A lesão comprometeu a função motora de membros superiores e se deu, até onde se tem notícia nos processos, de forma permanente.

A histerectomia ($n = 7$) foi identificada como consequência de infecção que acometeu a gestante ($n = 3$) e desassociada de processo infeccioso ($n = 4$). Em todos os processos em que a histerectomia esteve associada a outro dano, foi reconhecido o dever de indenizar em razão da perda da capacidade reprodutiva. Em todos os casos, a indenização em decorrência da histerectomia se ancorou mais em uma dimensão

preditiva ("que por este fato não pode ela ter mais filhos, o que trouxe consequência grave para o seu futuro, sem retorno")¹⁸³ do que pela violência de ter o órgão extirpado, em um dos casos sem justificativa médica e sem consentimento. Embora a retirada da chance de uma mulher poder ter filhos seja um dano irreparável e indenizável, chama a atenção este ter sido o único de todos os danos argumentados conjuntamente com outros que tenha logrado êxito. Questiona-se se a lesão à capacidade reprodutiva da mulher não é uma violência mais visível já que atinge um papel social, em uma dimensão estereotipada da mulher.

A infecção de parturiente (n= 3) foi apresentada como dano principal, isto é, desassociada de outros, em 2 casos em decorrência de restos placentários no útero. Em um caso foi citado como dano associado a sequelas neurológicas no sistema nervoso central de recém-nascido. Neste último caso, no processo de nº 0604784-31.2008.8.26.0053, a sentença fixa danos morais em valores iguais para pai e mãe embora reconheça que a genitora "não permaneceu no Hospital apenas por querer ficar perto do filho, mas sim em virtude de fortes dores abdominais (...), fato indicativo de infecção hospitalar oriunda da própria intervenção cirúrgica."¹⁸⁴

A lesão à parturiente identificou as sequelas físicas ligadas à perfuração de algum órgão ou laceração do períneo (n= 3). O reconhecimento da sequela à saúde física da mãe como indenizável ocorreu quando este foi o dano principal argumentado no processo, isto é, não esteve associado a dano em recém-nascido. Em diversos casos, houve menção expressa a sequelas decorrentes das complicações no trabalho de parto, como dores no períneo, que dificultam relacionamento íntimo e necessidades fisiológicas da mãe que não foram levadas em consideração como um dano passível de indenização.

Com o mesmo número de casos, observamos o óbito de mãe e nascituro (n= 3). Em seguida, danos psicológicos à parturiente (n= 2), em um caso determinado pela manutenção forçada de gravidez de feto sem viabilidade de vida extrauterina e em outra pelo "trauma psíquico

183 Sentença no processo nº 0141328-37.2005.8.19.0001 (mimeo).

184 Sentença no processo nº 0604784-31.2008.8.26.0053 (mimeo).

sofrido pela autora”, em decorrência da morosidade no atendimento, que “no aguardo do seu médico acabou por iniciar o parto independentemente de assistência, tendo inclusive a sua primeira filha nascido na maca em que estava esperando pelo médico, sendo a dor e o sofrimento decorrentes dessa situação passíveis de indenização”.¹⁸⁵

Por fim, identificou-se, em menor número, óbito da parturiente (n= 1) e deformidade no recém-nascido (n= 1).

Dos 105 danos morais e físicos apresentados nos processos, 88 afetam a integridade física e/ou psicológica do recém-nascido e 17 a integridade física e/ou psicológica da mãe. Embora os relatos, especialmente nas petições iniciais, expressem uma pluralidade de danos à integridade física e psicológica da mãe, na imensa maioria, o resultado mais grave foi considerado na fixação de indenizações. O sofrimento psíquico de mãe e pai são indenizáveis como dano moral reflexo ou ricochete – expressões utilizadas em algumas ações –, pelo impacto em suas vidas da perda ou padecimento do/a filho/a.

Há, de forma evidente na ampla maioria dos processos, uma invisibilidade das violências sofridas pelas parturientes. Nos casos em que são expressamente reconhecidas nas decisões, à exceção da histerectomia, não são indenizáveis. Quando mãe e pai figuram como autores, a regra foi a fixação de valores indenizatórios idênticos, salvo quando se comprovou, como será melhor abordado adiante, impacto diferenciado na vida da mãe, que teve que abandonar emprego e abrir mão de renda própria (lucro cessante).

No processo 0028470-93.2015.8.07.0018, ajuizados por mãe, pai e filha, além das sequelas motoras, os autores argumentam lesões físicas e morais à mãe em decorrência de laceração do períneo. Embora na sentença seja reconhecido danos morais “em decorrência das condutas praticadas pelos profissionais de saúde que atuaram no atendimento da gestante, esta padeceu de fortes dores; teve laceração de períneo, posteriormente suturado sob o efeito de anestesia”¹⁸⁶, o valor é fixado de forma igual a pai e mãe.

¹⁸⁵ Sentença no processo nº 0002735-23.2005.8.26.0554 (mimeo).

¹⁸⁶ Sentença no processo nº 0028470-93.2015.8.07.0018

Entende-se que estas violências indenizáveis são o resultado de um conjunto de práticas ou omissões. No entanto, os relatos revelam violências que serviram como meio e concorreram diretamente para o resultado final. Estas, narradas sobretudo nas petições iniciais, são, ao longo do processo, invisibilizadas, esquecidas e desimportantes no processo. Isto porque ao se orientar para a verificação da existência de ação ou omissão e do liame causal com relação ao dano argumentado, o processo coloca luz em uma parte da narrativa. Outras violências, consideradas acessórias, que não contribuem para o resultado final, como humilhações, são raras vezes consideradas ao longo do processo. Em um caso ou outro, bastante grave, o sofrimento impingido é referenciado para fixar indenização.

4.2.3 Violências invisíveis

Por todo o exposto, julgamos importante abordar os processos desde uma perspectiva feminista, que busca identificar as narrativas de violências, não somente as passíveis de indenização. Assim, orientadas pela “pergunta pela mulher”¹⁸⁷ e a partir da leitura dos documentos, construímos categorias de ações e omissões que podem configurar ou agravar a violência obstétrica. No início do capítulo, descrevemos as 31 categorias e delimitamos a abrangência de cada uma, identificando algumas interações entre elas.

O objetivo da construção das categorias foi identificar, de forma qualitativa, como a violência obstétrica se apresenta nos processos judiciais. A dimensão quantitativa restou prejudicada devido ao acesso desigual às peças processuais. Algumas condutas vinculadas às categorias como “alimentação”, “negativa de acompanhante”, “dificuldade no acesso a documentos” (e demais categorias que aparecem ao final da tabela abaixo) com frequência são descritas nas petições iniciais e, por não serem consideradas graves ou relevantes, perdem-se ao longo do processo. Ainda assim, consideramos importante quantificar as condutas e a frequência de ocorrência nos casos.

187 BARTLETT, K. T. (2020). Métodos jurídicos feministas. En F. C. Severi, E. W. Castilhos y M. C. Matos (orgs.), *Tecendo fios das Críticas Feministas ao Direito no Brasil II: direitos humanos das mulheres e violências: volume 1, os nós de ontem: textos produzidos entre os anos de 1980 e 2000* (pp. 242-342). Ribeirão Preto: FDRP-USP

Na tabela abaixo, associamos as condutas associadas à violência obstétrica com a quantidade de ocorrências nos processos.

Tabela 6 - Tipo de ação/omissão e quantidade de ocorrência

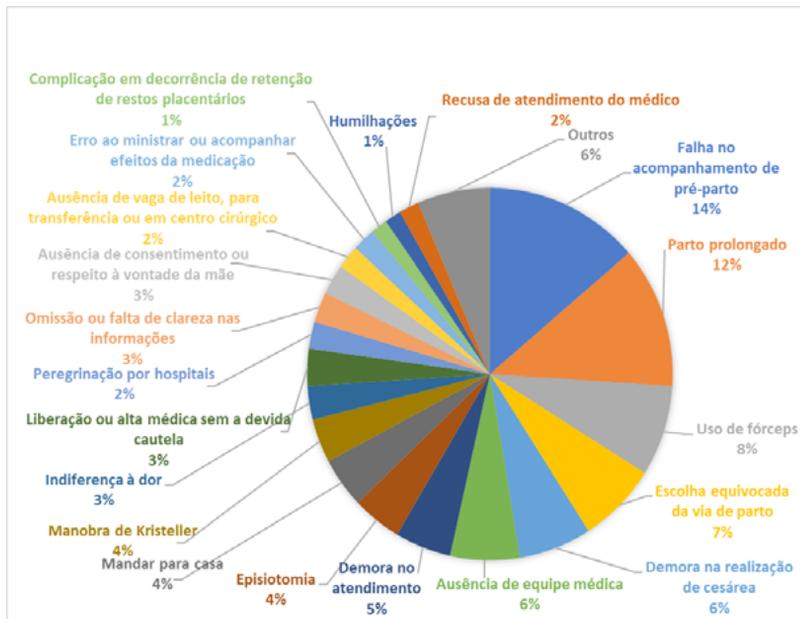
Conduta associada à violência obstétrica	Ocorrências
Falha no acompanhamento de pré-parto	47
Parto prolongado	42
Uso de fórceps	27
Escolha equivocada da via de parto	24
Demora na realização de cesárea	22
Ausência de equipe médica	21
Demora no atendimento	17
Episiotomia	15
Mandar para casa	15
Manobra de Kristeller	13
Indiferença à dor	10
Liberação ou alta médica sem a devida cautela	11
Peregrinação por hospitais	8
Omissão ou falta de clareza nas informações	9
Ausência de consentimento ou respeito à vontade da mãe	9
Ausência de vaga de leito, para transferência ou em centro cirúrgico	7
Erro ao ministrar ou acompanhar efeitos da medicação	7
Complicação em decorrência de retenção de restos placentários	5
Humilhações	5
Recusa de atendimento do médico	6
Pariu/esperou em local inapropriado	4
Alimentação	3
Demora para curetagem/tratamento de infecção	3

Demora na transferência	2
Tortura	3
Dificuldade de acesso a documentos	2
Negativa de acompanhante da parturiente	1
Manutenção de gestação de feto sem viabilidade extrauterina	1
Tricotomia	1
Limitar o contato da mãe com o recém-nascido	1
Culpabilização da mãe por danos	1
Total	342

Fonte: STJ. Elaborado pelas autoras.

A falha no acompanhamento pré-parto (n= 47; 14%) e o parto prolongado (n= 42; 12%) correspondem a ¼ do total de condutas que configuram a violência obstétrica e que estão a ela associadas. Técnicas invasivas, algumas consideradas ultrapassadas, também se destacaram: uso de fórceps (n= 27; 8%), episiotomia (n= 15; 4%) e manobra de Kristeller (n= 13; 4%). Categorias vinculadas a condições estruturais dos serviços de saúde, como ausência de equipe técnica (n= 21; 6%), ausência de vaga ou leito (n= 7; 2%) e demora na transferência (n= 2; <1%) representaram menos de 10% das ocorrências. No entanto, os impactos na eficiência do serviço, bem-estar das equipes e conseqüentemente na mitigação da violência obstétrica não deve ser menosprezado.

Abaixo, gráfico com as principais categorias, excluídas as que contaram com menos de 5 ocorrências (abaixo identificadas como "outros").

Figura 3 Gráfico condutas associadas à violência obstétrica

Fonte: STJ. Elaborado pelas próprias autoras.

Constrangimentos, procedimentos realizados sem analgesia, sequelas físicas nas mães e humilhações, de forma geral e salvo os casos de histerectomia, quando mencionados nas decisões judiciais não foram reconhecidos como um dano capaz passível de indenização.

Destacamos um caso em que resta evidente a invisibilidade das condutas que atentam contra a integridade física da parturiente. Na ação, as Autoras (mãe e filha) buscam indenização decorrente de erro médico na condução do parto que gerou lesões no períneo da primeira e paralisia cerebral da segunda em decorrência do prolongamento do parto. Mãe e filha foram atendidas por médicos sem especialização em obstetrícia e o hospital não estava preparado para realização de cirurgias. A transferência das duas não foi efetivada a tempo, houve uma tentativa infrutífera de forçar a realização do parto normal e as complicações provocaram um quadro na recém-nascida de tocotraumatismo com hemorragia intracraniana, subluxação mandibular, sepse, anemia e desconforto respiratório.

Os médicos peritos do Instituto Médico Legal concluíram que a intervenção cirúrgica de cesariana era a única indicação para o caso e que o Hospital de Varre-Sai não estava preparado para este tipo de procedimento. A demora na transferência pode decorrer de um contexto objetivo, como a ausência de vagas, ou de aspecto subjetivo, como a crença, baseada em estereótipo, de que o trabalho de parto deve ser laborioso e que, por isso, não há problema se parturiente for submetida a diversas tentativas de parto normal antes de ser transferida. No caso, a leitura revela que ambos contribuíram para a demora: a equipe médica só solicitou a transferência após inúmeras tentativas de evolução do parto por via baixa e, quando já estava configurada a emergência com sofrimento fetal, há relatos de tentativas de transferência sem sucesso diante da ausência de vagas.

A mãe relata que sua vagina foi mutilada e sente muitas dores em decorrência dos três cortes genitais para tentativa de retirada da filha. A falha da instituição foi reconhecida devido à demora na transferência e à ausência de médico anestesista. A indenização foi fixada para a criança, mas não para a mãe. Sobre a argumentação da lesão na mãe, o magistrado de primeiro grau afirma que: “não restou demonstrado qualquer dano à integridade física da autora em decorrência do parto, eis que as cicatrizes decorrem de procedimento normal relacionado ao parto normal e cesariana.”¹⁸⁸

Se havia indicação absoluta de cesárea, procedimento não realizado pelo hospital e que embasou a condenação em decorrência das sequelas provocadas na criança, por que o mesmo raciocínio não pode ser realizado para a mãe? Se a cesariana era procedimento correto, desnecessária foi a episiotomia que gerou dores e cicatrizes comprovadas em AECD.

Em outro processo, a narrativa trazida na inicial de situação constrangedora em que a parturiente é colocada para fora da sala de consulta com as roupas íntimas, momento em que começa a chorar, sequer é retomada no restante do processo. Somente os danos à bebê, que nasceu com paralisia cerebral, são considerados e indenizáveis.

188 Sentença no processo nº 0000307-68.2005.8.19.0035 (mimeo).

4.2.4 Impactos e consequências na vida das mães

Desde o início da leitura das decisões judiciais, uma consequência dos casos de violência obstétrica chamou a atenção: o impacto diferenciado na vida das mães que passaram a ser cuidadoras integrais de crianças com paralisia cerebral.

Frise-se que em quase metade dos casos as crianças padeceram de graves sequelas neurológicas. Foram suas mães que abandonaram seus empregos para se dedicarem exclusivamente aos cuidados constantes de uma criança com deficiência, ainda que o companheiro desempenhasse atividade informal e elas tivessem vínculo empregatício com a empresa, inclusive com renda superior à dele. As informações trazidas nos processos apontam para maior vulnerabilidade social, na medida em que a maioria das mulheres se dedicavam a empregos com baixa remuneração: empregadas domésticas, faxineiras, funcionárias de lojas de departamento, costureiras, atendentes de telemarketing. De todos os casos em que se teve notícia do abandono dos empregos das mães, apenas em um não foi verificada hipossuficiência: a mãe trabalhava como psicóloga e teve que abandonar o doutorado que cursava na UNIFESP.

Em 2001, à época da concepção, João Cleiton – pai de Karia Vitória – auferia rendimento equivalente a 01 salário mínimo na pequena oficina de consertos de bicicletas que mantinha em sua residência. Mas Jane ostentava situação contrária a [sic] do companheiro, porque mantinha vínculo de emprego com a empresa DE MILLUS, exercendo a função de costureira e com o salário que recebia, ajudava o companheiro na manutenção do lar; Confirmada sua gravidez, ao tempo e modos legais Jane foi afastada de suas atividades, em licença-maternidade, retornando no término da referida licença Apesar da necessidade incontestada de manter o emprego, Jane não conseguiu dar continuidade ao mesmo, porque não conseguia cumprir com suas responsabilidades, ante as necessidades de sua criança que reclamavam assistência constante; Assim, não obstante a tolerância manifesta pelo empregador, alternativa diversa não houve senão a rescisão do seu contrato de trabalho em julho/2004. À época recebia

salário de R\$ 423,29 (quatrocentos e vinte. três reais e vinte nove centavos), equivalentes a 1,6 salários-mínimos [sic], porquanto este tinha vigência no valor de R\$ 260,00 (duzentos e sessenta reais); (...) O pai de Karia continua em situação de desemprego, sobrevivendo de pequenos biscates oriundos de consertos de bicicletas, onde atualmente consegue auferir um rendimento médio mensal de R\$ 400,00 (quatrocentos reais). E sua mãe não pode trabalhar porque está obrigada a acompanhá-la permanentemente. O desfalque no orçamento doméstico ocasionado pela impossibilidade de Jane retornar ao mercado de trabalho é evidente, corroborando as dificuldades financeiras impostas ao grupo familiar que garante a sobrevivência com o concurso dos familiares e amigos próximos.¹⁸⁹

O pensionamento materno é abordado pelo STJ em Recurso Especial que buscou reformar decisão do tribunal *a quo*, que entendeu pela prescrição da pretensão indenizatória formulada pela mãe (REsp 1733243 / SP). Ao afastar a incidência do CDC, posto que não era vigente à época dos fatos, a Corte reconheceu o dever de indenizar os danos morais e a pensão devida à mãe. O pedido formulado na inicial, de 2/3 do salário mínimo, pelo período relativo a idade correspondente dos 14 aos 25 anos, foi justificado pela “efetiva contribuição dos filhos ao sustento da casa paterna, na qual permanecem residindo até constituírem famílias próprias”.¹⁹⁰

No processo de nº 0000163-64.2013.8.19.0019, o menor, representado pelos genitores, ajuíza ação para reconhecimento da responsabilidade do Município do Rio de Janeiro pelos danos decorrentes da falha na prestação de serviço de saúde. Além da indenização por danos morais, pleiteia-se a pensão mensal do primeiro autor e de sua mãe, que abandonou seu emprego para cuidar integralmente da criança, que sofre de paralisia cerebral. A sentença julgou parcialmente procedente os pedidos para condenar o réu a pagar compensação de danos morais no valor de R\$ 100.000,00 e pensão mensal ao primeiro

189 Petição inicial no processo nº 0031681-71.2010.8.19.0021

190 STJ - REsp: 1733243 SP 2018/0076305-9, Relator: Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Data de Publicação: DJ 01/12/2021, p.9

autor equivalente a um salário mínimo, até que complete a idade de catorze anos e em seguida, 2 salários mínimos. O pedido de pensão foi julgado improcedente por ausência de previsão legal.

Interpostos recursos de apelação de ambas as partes, o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro negou provimento a ambos. No que concerne à pensão, sustentou o seguinte:

Quanto ao pedido da 2ª Autora de receber também pensão mensal na forma de lucros cessantes (sic, fls. 220/verso), a mesma não se sustenta, haja vista a [sic] que, por primeiro, não se admite indenização pelo exercício do poder-dever parental, dos pais, para com seus filhos. Por segundo, não obstante a argumentação processual de ter a mesma deixado de exercer profissão remunerada para atendimento ao primeiro autor, resta comprometida, haja vista a que esta obrigação de cuidado é de ambos os genitores, e não exclusivamente da mãe. [sic] Daí que em se considerando o contexto socioeconômico em que os fatos se passaram, se entende que a indenização mensal deferida visa também ao atendimento desta afirmada necessidade, motivo pelo qual se rejeita a mesma. (grifos no original).¹⁹¹

O entendimento é mantido no STJ, que conhece do Agravo em Recurso Especial nº 2033680 / RJ, avalia o mérito e confirma a decisão. O raciocínio elaborado pelo relator da apelação demonstra as limitações de uma abordagem da igualdade do ponto de vista formal. Embora o dever de cuidado seja de fato de ambos os genitores, é inquestionável que as tarefas domésticas e de cuidados culturalmente recaem sobre as mulheres. Assim, se alguém deve se afastar da vida laboral, por óbvio, em uma sociedade patriarcal, será a mulher-mãe que o fará; ainda que tenha vínculo de emprego formal e o marido não; ainda que ganhe mais. Não à toa, não há relatos de pais que abandonaram suas atividades laborais.

191 TJRJ - APL: 00001636420138190019, Relator: Des(a). PEDRO FREIRE RAGUENET, Data de Julgamento: 18/02/2020, VIGÉSIMA PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 2020-02-27, p. 5.

4.2.5 Formas de violência obstétrica: SIDH x processos judiciais

Por fim, procedemos com a comparação entre as categorias construídas a partir das leituras dos processos e as formas de violência obstétrica reunidas na revisão dos Informes Temáticos e precedentes do Sistema Interamericano de Direitos Humanos. Identificamos uma série de possíveis associações e compatibilidades, apresentadas na tabela abaixo.

Tabela 7 - Formas de violência obstétrica: SIDH x processos judiciais

Sistema Interamericano de Direitos Humanos	Processos Judiciais
Trato desumanizante (indiferença à dor, longa espera pelo parto, imobilização do corpo e partos sem anestesia, falta de confidencialidade)	1) falha no acompanhamento pré-parto
	2) demora na realização de cesárea
	3) parto prolongado
	4) demora no atendimento
	6) peregrinação por hospitais
	7) liberação ou alta médica sem a devida cautela
	24) indiferença à dor
	27) mandar para casa
	14) pariu/esperou em local inapropriado
	22) recusa de atendimento médico
	23) tortura
Medicação excessiva ou patologização dos processos fisiológicos (práticas invasivas, medicação injustificada, utilização de técnicas de aceleração desnecessárias)	15) erro ao ministrar ou acompanhar efeitos da medicação
	8) uso de fórceps
	12) episiotomia
	21) tricotomia
	10) manobra de Kristeller
	16) alimentação

Maltrato psicológico (piadas, humilhações verbais, omissão de informação e infantilização)	18) humilhações
	25) omissão ou falta de clareza nas informações
	29) dificuldade de acesso a documentos
	28) limitar o contato da mãe com recém-nascido
	31) culpabilização da mãe por danos
	20) manutenção de gravidez de feto sem viabilidade extrauterina
	13) negativa de acompanhante da parturiente
Ausência de consentimento da mulher (realizar cesárea sem consentimento quando há condições para o parto natural, esterilização ou “ponto do marido”)	30) ausência de consentimento ou respeito à vontade da parturiente
Não observação de especificidades socioculturais (formas ancestrais de parir de mulheres indígenas)	-

Fonte: CIDH e STJ. Elaborado pelas próprias autoras

Houve maior número de condutas associadas ao trato desumizante, maus-tratos psicológicos e medicação excessiva ou patologização dos processos reprodutivos. A ausência de consentimento da mulher foi identificada com uma categoria que corresponde à histerec-tomia realizada sem consentimento. A não observação de especificidades socioculturais não foi associada com qualquer conduta observada nos processos.

As categorias “complicação em decorrência de retenção de restos placentários”, “escolha equivocada da via de parto”, “ausência de vaga de leito, para transferência ou em centro cirúrgico”, “falta de equipe médica”, “demora na transferência” e “demora para curetagem/tratamento de infecção” não guardaram correspondência direta com as formas de violência obstétrica apontadas no SIDH.

4.3. Casos

4.3.1 Caso 20: Isamara

1	Falha no acompanhamento pré-parto
4	Demora no atendimento
5	Falta de equipe médica
7	Liberação ou alta médica indevida
10	Manobra de Kristeller
11	Escolha equivocada da via de parto
12	Episiotomia
23	Tortura
26	Ausência de vaga de leito, para transferência ou em centro cirúrgico
27	Mandar para casa
30	Ausência de consentimento ou respeito à vontade da parturiente

4.3.1.1. Descrição fática

O pré-natal de Isamara foi realizado no Hospital Regional de Coxim e acompanhado pelo obstetra L.. A parturiente expressou a vontade de realizar o parto cesariano em razão das dores sentidas no nascimento de seu primeiro filho. No início de agosto, L. disse que Isamara poderia entrar em contato com sua secretária do consultório para verificar valores para o parto cesariana. No prontuário médico existente no Hospital em relação à paciente, já constavam informações de que a gestante estava em sua quarta gestação e que em duas delas houve abortos, e em outra, um parto normal prematuro (item 1).

No dia 15 de agosto de 2013, com idade gestacional de 36 semanas e após a gestante experimentar dores intensas e perder líquido amniótico, ela decidiu ir ao Hospital Regional de Coxim. Lá, ela foi atendida pela médica plantonista, que imediatamente chamou o ginecologista de plantão. O médico J. demorou sete horas para atender ao chamado e, ao chegar, solicitou uma ultrassonografia, que indicou a presença abundante de líquido amniótico. Apesar disso, o médico in-

formou que Isamara poderia ir para casa, prescreveu Inibina, Buscopan e Ambicilina e pediu que a paciente esperasse até a 38ª semana. Segundo depoimento em sede policial, o médico consultou o prontuário da paciente, no qual constava a solicitação de vaga na capital por três vezes, todas negadas pela central de regulação sob o argumento de que não havia vagas (item 26). **Uma semana depois, no dia 22 de agosto de 2013, às 19h30, devido a dores intensas, Isamara decidiu ir ao hospital novamente. Ao chegar lá, foi atendida por um médico diferente, que verificou pressão arterial alta da paciente e recomendou, diante do risco de eclâmpsia, que o parto fosse cesariano. Afirmou que o bebê era prematuro, que a pressão arterial estava alta e que, por tais motivos, não poderia realizar a cirurgia naquele momento. Ele prescreveu alguns medicamentos e deu alta à paciente (itens 7 e 27).**Dois dias depois, no dia 24 de agosto de 2013, Isamara sentiu, novamente, fortes dores e começou a urinar um líquido espesso, quando pediu para o seu marido que a acompanhasse novamente até o hospital. O casal chegou ao hospital à 01:30h da madrugada e permaneceram do lado de fora por 3 horas, no relento, sem qualquer tipo de atendimento, atenção ou socorro (item 4). Depois de muita demora, finalmente foi examinada por um médico, que não realizou a ausculta (item 1), a despeito da recomendação da DNAPN. Após a avaliação da situação crítica, encaminhou a paciente à sala de cirurgia e solicitou a presença de L. para iniciar o parto normal (item 30).

Iniciado o trabalho de parto, a equipe solicitou que a vítima fizesse força para poder expelir sua filha, contudo, a gestante estava muito fraca. O médico A. narra que realizou a manobra de Kristeller (item 10) a pedido de L.. Isamara afirma se recordar de que sentiu a cabeça de sua filha sair, em virtude de a obstetra não ter utilizado anestesia para realizar o parto (item 23), “nem mesmo para dar os piques”¹⁹², referindo-se à episiotomia, procedimento contrário às recomendações técnicas. Nesse ponto, válido destacar parte do Acórdão:

Para a cesariana seria necessária a presença do anestesista. Entretanto, ficou incontroverso nos autos que não tinha nenhum

192 Depoimento em sede policial (mimeo).

profissional dessa área escalado no nosocômio no momento do parto,; e tampouco algum de sobreaviso, porquanto o(s) profissional(is) estava(m) de férias. Assim, a ausência de anestesista impediria o procedimento de cesária." **(item 5).**¹⁹³

Diante da ausência de anestesista na cidade, os médicos começaram a tentar usar as próprias mãos para retirar a criança, tendo em vista que os ombros do bebê não passavam pelo canal vaginal, quando, já desconfiada, a vítima perguntou ao médico se a criança estava morta, e lhe foi respondido: "Infelizmente, filha." **(item 23)**

Uma técnica de enfermagem que trabalhava no hospital há 4 anos, em declaração prestada em sede policial, afirma que "não foi um parto, mas sim uma tortura"¹⁹⁴ e que logo após o parto de Isamara pediu transferência do hospital. Informa que, mesmo após exames no centro cirúrgico revelarem a ausência de batimentos cardíacos, o obstetra forçou o parto normal, que tinha como fator complicador o peso do bebê (4,650kg). Sobre a dinâmica, narra que "o médico L. puxava fortemente o pescoço do nenê e A. puxava L., para retirar o feto.; que L. ordenava para a declarante que subisse na barriga de Isamara, fazendo força para baixo, para que a criança descesse, mas a criança não descia pois era muito grande"¹⁹⁵. Ao final, descreve que a sala "ficou parecendo uma cena de terror, sangue para todo lado"¹⁹⁶ e que ânus e vagina da parturiente ficaram deformados.

Após terminar os trabalhos de parto, Isamara começou a suspeitar dos procedimentos realizados pelos médicos, visto que sua filha estava com a clavícula quebrada e o pescoço roxo.

O laudo de exame de corpo de delito de necropsia, realizado imediatamente após o parto, concluiu que o bebê sofreu asfixia mecânica externa, estrangulamento produzido por ação de agente compressivo. Diversamente do que afirmou o obstetra, o perito legista constatou que a criança não estava morta quando a mãe ingressou na unidade

193 TJMS. Apelação Cível: 08009374620148120011 - MS 0800937-46.2014.8.12.0011, Relator: Des. Alexandre Bastos, Data de Julgamento: 12/07/2019, 4ª Câmara Cível, Data de Publicação: 16/07/2019.

194 Depoimento em sede policial (mimeo).

195 *Ibidem*.

196 *Ibidem*.

hospitalar, mas foi asfixiada e estrangulada no momento de seu nascimento pelos médicos que fizeram o parto.

Vale destacar que também houve processo criminal para apurar os fatos narrados, restando comprovado que os médicos, em especial L., agiram com negligência e descaso com a gestante e sua filha, visto que estava mais do que claro no caso que o parto normal oferecia riscos à saúde da mãe e do bebê e que o procedimento correto seria o parto cesariano **(item 11)**.

No prontuário, havia registro da situação de alta gravidade e grande risco de sua atual gestação. É relevante destacar, ainda, que, em razão de complicações nessa gestação, Isamara havia sido internada naquele hospital uma semana antes (15/8/2013), sendo certo que na oportunidade foram feitas tentativas de transferi-la para uma vaga em algum hospital de Campo Grande/MS que tivesse melhores recursos para dar continuidade ao atendimento médico-hospitalar **(item 26)**.

4.3.1.2. Processo judicial:

Isamara ajuizou ação indenizatória em desfavor de L., médico obstetra, e A., clínico geral do Hospital Regional de Coxim e Município de Coxim.

A sentença de primeiro grau julgou improcedentes os pedidos formulados pela autora com base em perícia realizada 2 anos após o fato que concluiu que na hora do parto o feto já estava morto. Não foi possível apontar se a morte se deu em decorrência da espera para o atendimento.

Em 2019, o Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul julgou parcialmente procedente a apelação interposta pela vítima para condenar os réus ao pagamento de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) à apelante a título de compensação por danos morais e de R\$ 3.209,79 (três mil duzentos e nove reais e setenta e nove centavos) por indenização de danos materiais. O entendimento foi mantido pelo STJ.

A primeira falha evidenciada no serviço foi a liberação da paciente após a 2ª entrada no hospital com contrações de 10 em 10 minutos, perda de líquido, fortes dores e histórico de gestações de risco (culminando com dois abortos): "a conduta médico-hospitalar esperada era,

no mínimo, a internação da apelante com posterior reiteração do pedido de vaga e transferência para uma unidade hospitalar com melhores recursos para o devido e efetivo atendimento à gestante"¹⁹⁷.

A segunda falha na prestação de serviço decorre da impossibilidade de realização de cesariana, diante da ausência de anestesista no nosocômio ou de sobreaviso. Em depoimento, as enfermeiras asseveraram que o bebê estava em processo de expulsão, mas não estava coroado e, portanto, seria possível a realização do parto cesariano que, ainda que não salvasse o bebê, poderia ter minorado o sofrimento da parturiente.

Este é um dos poucos julgados que considera de forma expressa e reiteradas vezes o sofrimento impingido à mãe. A indenização decorre não somente da morte da nascitura, mas do intenso sofrimento que poderia ser minorado caso o atendimento fosse prestado de forma eficiente. A DNAPN, elaborada pelo Ministério da Saúde, é citada no voto relator para afirmar que, mesmo nos partos normais, a analgesia peridural e a analgesia combinada raqui-peridural poderiam aliviar as dores do parto.

Ao fixar o quantum indenizatório, o acórdão faz referência ao depoimento da equipe médica, especialmente de enfermeiras que, "em visível sentimento de empatia, narraram que presenciaram cenas de tortura, terror, sangue para todo lado, laceração vaginal na parturiente, etc. – situação que afirmaram jamais ter visto em todos os anos de serviços por elas prestados na área"¹⁹⁸.

A divergência se dá quanto à culpa dos médicos. Diante da ausência de anestesista, o relator concluiu não ser possível a atribuição de culpa do obstetra de forma segura, indene de dúvida. O voto do 1º vogal entende ser inafastável a culpa dos médicos diante da imperícia na retirada do bebê, que resultou no estrangulamento e nas lesões de pescoço e axila atestadas pelo legista. Este entendimento foi acompanhado pelo 3º vogal, e ambos restaram vencidos.

197 TJMS, Op. Cit., p.7

198 *Ibidem*, p. 12.

4.3.2. Caso 86: Tania

1	Falha no acompanhamento de pré-parto
3	Parto prolongado
4	Demora no atendimento
7	Liberação ou alta médica indevida
9	Complicação em decorrência de retenção de restos placentários
10	Manobra de Kristeller
11	Escolha equivocada da via de parto
14	Pariu/esperou em local inadequado
18	Humilhações
21	Tricotomia
22	Recusa de atendimento médico
23	Tortura
24	Indiferença à dor
27	Mandar para casa

4.1.1.1 Descrição fática

No caso em questão, Tania narra que no dia 29 de abril de 1997 sentiu contrações em casa e se dirigiu ao hospital, onde chegou por volta das 6:00h. Ali permaneceu à espera de atendimento médico, do lado de fora, enquanto sofria, de fortes dores (**item 4**). Os exames pré-natais da paciente estavam normais, com indicação de parto cesáreo em detrimento de estreitamento do canal vaginal.

Ao chegar ao hospital, foi questionada sobre se era beneficiária de plano de saúde. Quando disse que não, foi informada que o hospital não tinha vaga para alojá-la, orientando que buscasse outro estabelecimento para efetuar o parto (**item 22**). Neste momento, Tania já estava impossibilitada até mesmo de andar e, desesperada em razão das dores, forçou a entrada no hospital.

A parturiente foi encaminhada até a sala do médico plantonista, identificado depois como Dr. D., que realizou breve exame de toque, sendo certo que se recusou a interná-la sob o argumento de que não

haveria dilatação necessária para a realização do parto (**item 7**). Durante o exame de toque, a bolsa amniótica se rompeu.

A gestante mostrou ao médico documentação fornecida por outra maternidade que indicava o parto cesariano como ideal. O médico não deu importância aos documentos e amassou os papéis (**item 1 e 18**). Além disso, informou novamente que não estava no momento do parto, recomendou que ela voltasse para sua residência e tomasse um analgésico (**item 7 e 22**). Uma auxiliar de enfermagem que percebeu a gravidade do caso contestou a ordem médica e intercedeu pela parturiente, já que a bolsa já estava rompida e o trabalho de parto já estava em curso. À funcionária, D. respondeu que: "se [Tania] desejasse sofrer, que fosse mantida em uma sala de espera com outras mulheres até que chegasse a hora do parto".¹⁹⁹

A parturiente ficou supervisionada por estudantes de medicina, sem formação técnica adequada para lidar com o quadro clínico apresentado. Segundo Tania, esta foi a punição por ter constrangido o médico a interná-la (**item 24**).

A parturiente chegou ao hospital às 6:00h. Após 4 horas, foi atendida pelo Dr. D. e, durante o resto do dia, permaneceu em uma sala de espera (**item 14**). Segundo consta de seu depoimento, médicos se aproximavam dela e eram indiferentes quando afirmava que sentia fortes dores (**item 24**).

Apenas às 22:00h, depois de um dia inteiro de sofrimento e angústia (**item 23 e 24**), quando a gestante já havia defecado e estava produzindo um líquido esverdeado e sanguinolento que era expelido da sua vagina, foi finalmente levada à sala de parto por um estudante de medicina, que debochadamente indagou se a paciente ainda teria forças para parir o bebê (**item 18**).

Antes de iniciar o parto, Tania estava desesperada, despida e imunda, pois não foi submetida a nenhuma assepsia mesmo suja de sangue e fezes. Quando precisava urinar, tinha que se arrastar até o banheiro. Encaminhada à sala de parto pelo estudante, foi por ele amarrada pelos tornozelos, embora tenha mencionado que tinha pro-

199 TJBA. Apelação Cível no processo nº 0073026-87.1998.8.05.0001

blemas de circulação e não poderia ser amarrada. Ainda assim, o estagiário de medicina de nome M., mas que era apelidado de "Pastor", respondeu que precisava ser amarrada porque estava "muito brava" **(item 18 e 23)**.

Uma das enfermeiras que assistia todo o parto teve a iniciativa de chamar um outro médico, Dr. H., que, ao se deparar com o estado da paciente, perguntou ao colega como havia permitido que a situação se agravasse dessa forma e que passou todo o dia ouvindo os gritos da paciente pelo hospital. Quase 20 horas após ingressar na unidade hospitalar, o bebê ainda não havia nascido, momento em que o médico D. aplicou um soro na veia da paciente, enquanto o Dr. H. se debruçava sobre seu ventre para forçar a criança a ser expelida **(itens 3, 8 e 10)**.

Em uma das tentativas, o feto foi expulso, já completamente roxo, e, embora estimulado, não chorou. Enquanto a criança era limpa pelos enfermeiros, foi colocado o oxigênio para auxiliar a respiração da recém-nascida.

Tania foi mantida na sala de parto aos cuidados do estudante de medicina, que começou a suturar sua vagina, momento em que foi lembrado de que a placenta não havia sido expelida. Depois de novo esforço e finalmente expelida a placenta que deu causa ao rompimento dos pontos, foi iniciada nova sutura na área vaginal, resultando em enorme dilaceramento do canal vaginal **(item 9)**. Tania permaneceu mais quatro dias internada no hospital, juntamente com a filha.

A parturiente foi ainda vítima de uma grande infecção pós-parto e, ainda assim, recebeu alta hospitalar **(item 7)**. A recém-nascida permaneceu doze dias internada no hospital, com convulsões e problemas respiratórios. Ao final, o médico D. disse que a criança superaria os problemas iniciais pós-parto.

Dias depois, Tania ainda teve que retornar ao hospital, visto que apresentava forte inchaço na região genital, expelindo desagradável mal cheiro pela vagina. Ao voltar ao Hospital da Sagrada Família, encontrou-se novamente com o Dr. D., e este, agindo mais uma vez de forma displicente, limitou-se a prescrever uma pomada vaginal e comprimidos anti-inflamatórios e analgésicos. Após adquirir a pomada, que

chegou a ser aplicada pelo então marido de Tania, ela afirma que sentiu fortíssimas dores, semelhantes às do dia do parto, e disse que, após a aplicação, expeliu um material esverdeado do útero, em forma de bola, com grande mau cheiro. Após 5 meses, Tania afirma que o corpo ainda estava inchado, fato que a deixou acamada, e que era comum a presença de líquido vaginal esverdeado e sanguinolento.

Aos 5 meses, a recém-nascida não abria as mãos e mantinha a cabeça pendente para um dos lados. Submetida a exame de tomografia, foi constatada paralisia cerebral, em decorrência de período expulsivo prolongado, circunstância que comprometeu a oxigenação do cérebro do feto (anóxia perinatal).

Em decorrência da grave sequela neurológica, Tania, única cuidadora da filha, ficou impossibilitada de trabalhar, e o marido abandonou o lar conjugal. O sustento de Tania e sua filha Fabiane é proveniente de pensão fornecida pelo ex-marido e de aposentadoria do INSS.

Além dos impactos negativos da situação na saúde mental, Tania teve sua saúde física fragilizada. Em razão da paralisia cerebral, Fabiane não anda e precisa ser carregada por sua mãe. O excesso de esforço causou problemas de saúde nos ligamentos musculares do braço esquerdo de Tania, que realizou uma cirurgia reparadora dos tendões.

A convivência conjugal com o marido foi mantida pela requerente um ano e meio depois do nascimento da filha e, durante esse período, embora Tania não tenha feito qualquer método anticonceptivo, não conseguiu engravidar, acreditando ela que, depois do parto, tenha ficado estéril.

4.3.2.2. Processo judicial:

A ação de indenização foi ajuizada contra o Hospital Sagrada Família e o médico D.. Após superar questões preliminares acerca da arguição de ilegitimidade passiva do hospital, o magistrado inicia a análise de mérito reprovando o teor da contestação para minimizar os fatos e afirma que “a atitude da acionante é semelhante à do esmoler que, ao invés de curar a perna sanguinolenta, a expõe, objetivando a comisseração pública”.

A sentença destaca depoimento de enfermeira que reconhece que o período em que a paciente permaneceu na sala de parto foi longo, assistida, de forma irregular, somente por estudantes de medicina, sem médico presente.

A perita afirma não ter encontrado relato escrito sobre a evolução completa do trabalho de parto e que os documentos apresentados não têm assinatura ou carimbo que identifique os nomes dos médicos e respectivos números de registros (no CRM) que acompanhavam o procedimento, prática que afronta o Código de Ética Médica. De igual forma, afirma que configuram infrações éticas as rasuras no prontuário.

Quando quesitada sobre a existência de negligência médica, a perita afirma conduta irregular a partir das 18:25, quando as contrações se tornaram mais frequentes e o colo apresentava 5cm de dilatação. A perita afastou outras causas de anóxia perinatal no caso, atribuindo-a exclusivamente ao período expulsivo prolongado. Por fim, afirma que o diagnóstico de sofrimento fetal poderia ser realizado por diferentes métodos de monitoramento sistemático de batimentos cardíacos fetais, prática que não consta no prontuário.

O magistrado descreve o conjunto fático como uma “maratona dantesca, que lastimavelmente traduz o caótico quadro da saúde pública neste espoliado país, amiudamente experimentado por pessoas de baixa renda” e atribui o ocorrido ao falido Sistema Único de Saúde, “cujo modelo, defasado e ineficiente, mantido pelo Governo Federal de forma e acintosa [sic] donde espocam escândalos e desvios financeiros com revoltante frequência”. Esta equipe de pesquisa registra as conclusões do magistrado e se reserva o direito de discordar, já que, não obstante as deficiências e carências de investimento no SUS, as pessoas de baixa renda encontrariam mais óbices à realização do direito à saúde caso este não existisse. A existência de um Sistema Único de Saúde no país é resultado de um processo de décadas de luta por dignidade e acesso efetivo à saúde, e as carências e eventuais desvios praticados por uma minoria não podem ser justificativas para seu desmonte.

De volta aos argumentos trazidos na sentença, o magistrado menciona as omissões e deboches do médico ao desprezar informações

sobre o estreitamento vaginal da paciente e submetê-la à “via crucis de sofrimento, de dor, de omissão e de deboche, negando-a atendimento e agindo com superlativo descaso”.

Qualquer analista, depois de ler tal conteúdo, vê-se transportado para o trevoso período da Idade Média, em plena época da inquisição. Outrossim o relato da suplicante, bem que poderia ser tido como oriundo de Campo de Concentração nazista, ante a similitude dos métodos “médicos” adotados pelo famigerado Dr. Mengele, e seus fiéis escudeiros, também profissionais de medicina. Mas, no Brasil, país de povo hospitaleiro, habitualmente cultivador da paz, de maioria cristã e praticante do humanismo (mesmo inconscientemente), custa a crer que um seguidor de Hipócrates tenha, de forma proposital, até criminoso, protagonizado tantos desatinos em um só dia de plantão.

A sentença foi prolatada no ano de 2004, e os pedidos julgados procedentes. A indenização a ser paga pelo hospital foi fixada da seguinte forma: 100 salários mínimos a títulos de danos físicos e igual quantia a título de danos morais, acrescidos de pensão mensal vitalícia no valor de 1 salário mínimo, a partir do nascimento. A indenização a ser paga pelo médico D. foi assim fixada: 150 salários mínimos a título de danos físicos, igual quantia a título de danos morais acrescidos de pensão mensal vitalícia de 1 salário mínimo, a partir do nascimento.

O Tribunal de Justiça do Estado da Bahia manteve a decisão ao negar provimento ao recurso de apelação dos réus. Destacamos a ementa que resume a sequência de violências praticadas contra Tania, que “parecem ter ocorrido na idade média”:

APELAÇÃO CÍVEL. INDENIZATÓRIA. PARTO. ATENDIMENTO DESUMANO RECEBIDO PELA MÃE. COMPROMETIMENTO DE OXIGENAÇÃO NO CÉREBRO DA CRIANÇA. NASCIMENTO COM ENCEFALOPATIA DECORRENTE DE PERÍODO EXPULSIVO PROLONGADO. RESPONSABILIDADE DO MÉDICO. IMPERÍCIA E NEGLIGÊNCIA. HOSPITAL: RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. CÓDIGO DO CONSUMIDOR. DANO MORAL. OCORRÊNCIA. VALOR. CRITÉRIOS: PENSÃO VITALÍCIA. É de

causar estupefação e incredulidade eventos que narrados pela parturiente parecem ocorridos na idade média e não numa casa de saúde em pleno século XXI. Chegar num hospital às quatro horas da manhã sentindo dores de parto e somente ser o atendimento realizado à uma e meia da madrugada do dia seguinte; ou ainda permanecer com dores agonizantes durante todo esse tempo e ter que suplicar a presença de um médico para assistência sem conseguir; ou ficar depois do parto com forte mau cheiro em regiões íntimas e desta forma ser mandada para casa; ou ser submetida a indiscriminados exames de toques, inclusive em pé, sendo alvo de ironia; ou ter efetuada tricotomia em partes íntimas de forma agressiva e aviltante; ou ver realizado parto a destempo, apesar dos clamores, gerando como consequência o nascimento de filha com lesão cerebral permanente impeditiva de uma vida normal à genitora e ao rebento, tudo isso são alegações que acaso comprovadas revelam o total descompromisso com a vida humana por quem a perpetrou, nada deixando a dever aos praticantes de torpes crimes que se encontram encarcerados em penitenciárias. Age o médico com imperícia, sem a diligência necessária e a cautela exigível quando não detecta o momento oportuno e deixa de realizar parto cesário ao constatar sofrimento da parturiente e do feto, quando poderia evitar sequelas advindas tanto na mãe quanto no neonato resultantes de período expulsivo prolongado e carência de oxigenação, evidenciando postura omissa do facultativo identificadora de culpa grave, cujas consequências de ordem moral são passíveis de reparação. Se o Hospital não fiscaliza os procedimentos médicos adotados no interior de sua sede, no tocante a possibilitar um atendimento ágil, humanizado e adequado aos doentes que ali acorrem para buscar alívio e tratamento de suas moléstias, as consequências de tal conduta podem ensejar a obrigação de reparar dano ocorrente.²⁰⁰

O STJ inadmitiu recurso especial, mantendo a sentença em seus próprios fundamentos. Nenhuma das instâncias mencionou o termo “violência obstétrica”.

200 TJBA *apud* STJ - REsp: 1195656 BA 2010/0094662-0, Relator: Ministro MASSAMI UYEDA, Data de Julgamento: 16/08/2011, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: Dje 30/08/2011

As irregularidades da conduta do médico D. foram apuradas em processo ético profissional julgado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. Constatou-se a infração do art. 29 do CEM²⁰¹ pelos seguintes atos: primigesta mal acompanhada e mal orientada, supervisionada por estudantes, “não examinada adequadamente, feto não auscultado, queixas não valorizadas, uma possível intervenção cirúrgica – cesariana – não foi cogitada em nenhum momento”. Segundo a sentença, a pena aplicada foi a de “Censura Pública em Publicação Oficial”.

A ação judicial iniciada em 1998 transitou em julgado em 2023.

4.3.3. Caso 98: Roseli

1	Falha no acompanhamento de pré-parto
3	Parto prolongado
4	Demora no atendimento
11	Escolha equivocada da via de parto
12	Episiotomia
25	Omissão ou falta de clareza nas informações

4.3.3.1. Descrição fática:

Leonildo era companheiro de Roseli há cinco anos e, com ela, constituiu família. Dessa união tiveram um filho. Em 13 de agosto de 1997, levou Roseli, na condição de gestante, para a Fundação Hospitalar Santa Otília, diante das fortes dores que sentia. Durante a internação, Roseli realizou exame de ultrassonografia obstétrica, que revelou quadro de polidrâmnio (excesso de líquido amniótico) e má formação fetal (ascite, hidrocefalia e hidrotórax). Na ocasião, o médico afirmou que a criança apresentava deformações e, considerando a idade gestacional, indicou-lhes a realização de uma cesariana, que foi agendada para o dia 18 de agosto.

201 Art. 29 – Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Entretanto, ao adentrar o centro cirúrgico, no dia 18 de agosto de 1997, o médico acabou sugerindo que procedimento fosse realizado apenas na primeira semana de setembro, a fim de esperar um pouco mais o desenvolvimento do feto, para que pudesse nascer com vida.

Assim, no dia 19 de agosto de 1997, Roseli recebeu alta médica e foi para casa medicada. Doze dias depois, na madrugada do dia 31 de agosto de 1997, às 2h10, a gestante chegou à emergência do mesmo hospital e somente foi atendida após 6 horas de espera (**item 4**). A demora foi atribuída a queda de energia elétrica.

De acordo com o boletim médico de internação, a paciente tinha sinais de que já havia entrado em trabalho de parto (perda de líquido amniótico), entretanto, o procedimento solicitado pela médica foi o parto normal (**item 11**). Assim, a parturiente ficou aos cuidados das enfermeiras desde aquela ocasião até que, somente às 8h da manhã, a médica foi ao seu quarto para avaliá-la.

Roseli esperou por horas em condições de sofrimento quando finalmente foi atendida, às 8h da manhã. No entanto, a médica não encaminhou a paciente à sala de parto, tampouco deu informações sobre a posição da criança, com o propósito de constatar a necessidade ou não de ser realizada uma cesariana (**item 25**).

Às 10h30, a médica plantonista constatou que os pés do bebê estavam para fora. Encaminhada às pressas para a sala de parto, a médica optou pelo parto pela via baixa, com a realização de uma episiotomia, o que levou, nas palavras da própria médica em depoimento, a parturiente a um choque hemorrágico com necessidade de transfusão de sangue (**item 3, 11 e 12**). A criança, por sua vez, nasceu sem vida.

As complicações do parto tiveram como consequência a ruptura uterina, que levou a paciente a, pelo menos, três choques hipovolêmicos, o primeiro às 13h, o segundo por volta das 16h, quando foi chamado o médico anestesiologista para a realização de uma laparotomia exploradora, e outro, às 17h, quando o procedimento de histerectomia foi iniciado para a retirada do útero, mas, segundo depoimento médico, a paciente já tinha morte cerebral nesta ocasião, vindo a óbito às 21h.

4.3.3.2. Processo judicial:

Leonildo Graci, companheiro de Roseli, aforou ação de indenização por danos morais contra M., médico que realizou o acompanhamento pré-natal; A., médica plantonista; e Fundação Hospitalar Santa Otília. O pedido articulado na inicial foi julgado procedente e estabeleceu o quantum indenizatório em R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) a ser dividido pelos três réus.

Interposto recurso de apelação, o Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina deu parcial provimento para isentar de qualquer responsabilização o médico M., reduzir o valor da indenização para R\$ 100.000,00 e excluir a aplicação da multa de que trata o art. 538, parágrafo único, do CPC.

Segundo o voto do relator, duas circunstâncias ensejaram a responsabilização da médica e do nosocômio. A primeira, fruto de negligência, caracterizada pela longa espera da paciente, sem supervisão médica por quase todo o tempo do pré-parto. Restou incontroverso que Roseli recebeu uma visita da médica plantonista que sabia das condições de risco da gravidez, já que havia acompanhado a internação da gestante por cerca de uma semana. Por ser a médica responsável pelo plantão, como ela afirma, o magistrado entendeu que sobre ela recaíram as responsabilidades advindas da internação dos pacientes durante seu período de trabalho e que esta, podendo requerer o auxílio de colega de profissão, preferiu não o fazer.

A segunda circunstância caracteriza a imperícia, na medida em que a médica deveria ter avaliado as condições do feto (proporção e posição) enquanto a paciente aguardava o momento do parto. O atendimento eficaz teria permitido a conclusão pela necessidade ou não da cesariana, que, segundo a própria médica, em caso de urgência, poderia ser realizada com ou sem energia elétrica no hospital. O entendimento se amparou em informações trazidas pelo assistente técnico indicado pelos réus de que "haveria indicação formal de cesariana em gestante com ou sem polidrâmnio nos seguintes casos: "(a) feto transverso [...]; (b) feto pélvico em primigiesta [...]; (c) desproporção céfalo pélvica [...]; (d) sofrimento fetal [...]." O voto cita entendimento de perito

e auxiliar técnico de que o tamanho do bebê seria fator de risco para ruturas uterinas, fato que não foi observado pela médica.

A ficha de acompanhamento do estado gravídico da paciente revela que, ao contrário das normas estabelecidas na DNAPN, das oito horas em que esteve no hospital, somente foram coletados dados às 2h10, quando Roseli ingressou no hospital. A escolha do parto normal, portanto, somente poderia ter sido tomada com avaliação médica escoreita, através do correto acompanhamento da evolução do parto, o que não ocorreu no caso. Daí a responsabilização da médica e do nosocômio pela imperícia.

O recurso especial foi inadmitido e a decisão mantida pelo STJ em julgamento de AResp.

4.3.4. Caso 62: Ana Cristina

violências identificadas	
1	Falha no acompanhamento pré parto
3	Parto prolongado
6	Peregrinação por hospitais
10	Manobra de Kristeller
12	Episiotomia
22	Recusa de atendimento médico
18	Humilhações
24	Indiferença à dor
26	Ausência de vagas, para transferência ou internação na própria unidade
27	Mandar para casa

4.3.4.1. Descrição fática

Inicialmente, cumpre destacar que a autora Ana Cristina trilhou caminho semelhante ao de Alyne Pimentel, peregrinando por hospitais da rede pública municipal em busca de informações e cuidado para as fortes dores que sentia.

Ana Cristina estava grávida quando, na 40^a semana, em função das fortes dores que sofria, buscou a maternidade Leandro Pinho, onde teve atendimento negado sob a justificativa de que não havia realizado seu acompanhamento pré-natal naquela unidade (**item 22**). Após retornar ao lar e com a intensificação das dores, a parturiente buscou atendimento em uma segunda maternidade (Leila Diniz), onde novamente não foi atendida, pois o hospital estaria cheio (**item 26**).

Apenas na madrugada de 20 de fevereiro de 2009, a autora conseguiu ser atendida na Maternidade Carmela Dutra, ocasião em que se verificou a dilatação do canal vaginal e recomendou-se o retorno ao hospital quando as contrações ocorressem no intervalo de cinco em cinco minutos (**itens 6 e 27**).

Na noite do mesmo dia, retornou à maternidade com contrações a cada dois minutos. Da entrada no hospital às 21:40 até o parto às 03:10 do dia 21 de fevereiro de 2009, o cuidado com a paciente e com o feto que gerava foi negligenciado e suas dores minimizadas (**item 3**).

Com contrações de 2 em 2 minutos e sem dilatação, a equipe médica decidiu romper a bolsa gestacional. Em nenhum momento, do ingresso da gestante ao parto, foi realizada a ausculta dos batimentos fetais (**item 1**). Ana Cristina, mesmo com fortes contrações, foi mantida no soro sem qualquer medicação para aliviar as dores. Após uma nova verificação da dilatação, a médica afirmou à paciente: "*Se você ficar gritando vai ter o filho sozinha*". (**itens 18 e 24**).

Durante o parto, a manobra de Kristeller foi aplicada diante da ausência de movimentos do bebê. Diante da dificuldade apresentada, a equipe recorreu à episiotomia para enfim retirar a criança do útero materno (**itens 10 e 12**).

Após o momento expulsivo, o primeiro autor, R.S.M, nasceu roxo e sem sinais vitais, motivo pelo qual precisou ser reanimado e ressuscitado imediatamente.

Apenas após o terceiro dia do parto, a genitora teve ciência de que o seu filho sofreu lesões no sistema nervoso central em razão da falta de oxigenação cerebral ocasionada pela demora na realização do parto.

O recém-nascido recebeu o diagnóstico de grave comprometimento neurológico, encefalopatia hipóxico-isquêmica e paralisia cerebral espástica. De acordo com os laudos periciais, a condição é irreversível, o paciente vive internado em UTI neonatal, acamado e não há expectativa de vida sem recursos externos, tal como a ventilação mecânica, bem como perspectiva de cura.

4.3.4.2. Processo judicial

A ação de responsabilidade civil foi ajuizada em 2011 pela segunda autora Ana Cristina, em nome próprio, e como representante legal do primeiro autor, R.S.M, seu filho. O pleito autoral buscou o reconhecimento da responsabilidade objetiva do Município do Rio de Janeiro em razão dos inúmeros danos sofridos pelos autores da ação durante a fase final da gestação e o parto.

A ação foi ajuizada após parecer da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CREMERJ, que concluiu pela inadequação da assistência obstétrica prestada à paciente, tendo em vista a duração prolongada do período expulsivo e a ausência de qualquer medida de avaliação do parto²⁰².

Aos quatro anos de idade, R.S.M foi submetido a perícia. O laudo final fez menção a uma série de elementos probatórios reunidos nos autos. Dentre eles, há menção ao prontuário hospitalar que constatou o histórico de parto vaginal com complicações, tais como a aspiração de líquido amniótico meconial e necessidade de manobras de ressuscitação, APGAR 1-6-7 e dependência de ventilação mecânica.

Em resposta à quesitação, o perito concluiu ser “possível considerar que não houve uma condução adequada do trabalho de parto - parto vaginal com período expulsivo prolongado sem descrição de avaliações periódicas da evolução do mesmo (partograma) e nem do estado do feto ”.²⁰³

Concluiu também que a doença se iniciou no período neonatal, descartando sua pré-existência. Salienta-se também a resposta do que-

²⁰² Parecer da Câmara Técnica de Obstetrícia do CREMERJ descrito na inicial (mimeo).

²⁰³ Laudo pericial anexado aos autos processuais (mimeo).

sito nº 4 da parte ré, por meio da qual o perito afirma que, dependendo do caso, as avaliações durante o parto devem ocorrer a cada uma hora.

Após reconhecer a responsabilidade objetiva do município, a indenização foi fixada pelo magistrado da seguinte forma: R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais), a título de danos morais e pensionamento mensal de um salário mínimo, vitalício, com início aos 14 anos do autor.

Não há na sentença qualquer referência a eventual perícia realizada na segunda autora ou menção ao relato dela no que toca às violações sofridas por ela. A título de exemplo, não houve nos autos análise da adequação do parto normal, a ausência de medidas que diminuíssem as dores, a utilização da manobra de Kristeller e da episiotomia.

Do trecho acima, verifica-se que a única menção à segunda autora está em destacar a sua angústia em relação às condições de saúde do menor. Portanto, torna-se evidente a ausência de qualquer reconhecimento de suas próprias dores e de qualquer nomeação dos fatos como condutas caracterizadoras de violência obstétrica.

O Município do Rio de Janeiro impugnou a sentença e requereu a reforma do julgado, sustentando a ausência do nexo causal e questionando a fixação do dano moral e dano estético em valores excessivos e de forma cumulada, bem como o marco temporal do pagamento da pensão e a condenação em honorários.

O Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro manteve a sentença no que respeita ao reconhecimento da responsabilidade civil do apelante e os valores fixados. A reforma da sentença abrangeu somente os honorários de sucumbência, reduzidos para quinze mil reais.

Novamente, embora tenha reconhecido a ausência de justificativas pela situação vivida pelos autores, não houve menção às violações sofridas pela mulher.

Contra o acórdão, o recorrente interpôs recurso especial, cujo seguimento foi negado. O agravo interposto contra essa decisão também não teve provimento. Negou-se seguimento ao posterior agravo regimental. Em 8 de outubro de 2015, seis anos após os fatos, o feito transitou em julgado.

4.3.5. Caso 72: Fernanda

Violências identificadas	
1	Falha no acompanhamento pré-parto
8	Uso de fórceps
14	Pariu ou esperou em local inapropriado
15	Erro ao administrar ou acompanhar efeitos da medicação
18	Humilhações
24	Indiferença à dor

4.3.5.1. Descrição fática:

Fernanda, com 9 meses de gestação, após sentir dores que indicavam primeiros sinais de parto, Fernanda buscou o Pronto Socorro Central de São Caetano por volta de 00:00 do dia 12 de maio de 2000. Primeiro, foi atendida pelo médico plantonista de maneira inadequada e grosseira, o que ensejou a solicitação do auxílio de autoridades policiais.

Cerca de duas horas depois, após constatarem que o feto estava bem, foi transferida ao Hospital e Maternidade Nova Gerty. Após os primeiros cuidados providenciados por uma enfermeira, Fernanda permaneceu sozinha, com dores do parto, até que sentiu o bebê coroando (**itens 1 e 14**). O parto foi induzido com "soro ocitócito", e a gestante permaneceu desassistida (**item 15**). Afirma a parturiente que gritava de dor e por ajuda, mas a médica plantonista não promoveu seu socorro (**item 24**).

Somente às 8:00, após o fim do horário de plantão, Fernanda recebeu atendimento de outro médico plantonista. Neste lapso temporal, urinou, defecou e sangrou sozinha (**item 18**). Ao ser consultada, o médico plantonista constatou a inexistência de sinais vitais do feto, e a encaminhou para o centro cirúrgico. Nesta ocasião, o feto foi retirado por meio da utilização de fórceps e submetido a tentativas de reanimação (**item 8**). Em que pese não tenha ficado comprovado, a autora afirmou

que escutou uma conversa entre a médica ré e o médico plantonista que lhe atendeu posteriormente, onde ela teria narrado que não fez o parto, pois não se sentia preparada.

Fernanda passou a sofrer de depressão e síndrome do pânico em razão da forma como perdeu o filho.

4.3.5.2. Processo judicial:

Fernanda ajuizou ação de indenização por danos morais e materiais em face da médica A. e da Clínica São Caetano Ltda., buscando a responsabilização de ambos pelo óbito do feto que esperava.

A primeira ré sustentou que não houve culpa, na medida em que o óbito decorreu de causa indeterminada, não havendo sinais anteriores de sofrimento fetal. Já a segunda ré sustentou, em suma, a sua ilegitimidade passiva e a ausência de falha na prestação do serviço.

Durante a instrução probatória, foram produzidas provas pericial e testemunhal, bem como foi tomado o depoimento pessoal da autora e da primeira ré. Findo tal momento processual e deduzidas as alegações finais, foi proferida sentença que julgou os pedidos parcialmente procedentes. Ambos os réus foram condenados ao pagamento de trezentos salários mínimos a título de danos morais. O pleito de indenização pelos danos materiais não foi acolhido.

A segunda ré apelou ao Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo visando à exclusão de sua responsabilidade, sustentando ter cumprido a sua obrigação de meio e a inexistência de culpa e nexo de causalidade, pois a autora teria sido atendida por quatro vezes. Ainda, sustenta que, diante da inexistência da necropsia, o perito não poderia ter concluído pela ocorrência de hipoxia intra-uterina. Por último, sustentou a necessidade de redução do quantum indenizatório.

De acordo com o voto vencedor, a condenação deve ser mantida, pois ficou comprovado que ambos os réus teriam agido com culpa e concorrido para a morte do feto. Quanto à primeira ré, foi destacada uma conduta desidiosa. No que toca à conduta do estabelecimento hospitalar, a responsabilização deriva do dever de zelar pela qualificação e capacidade dos profissionais que lhe são subordinados, bem

como pela supervisão dos serviços prestados no local, já que a paciente buscou o hospital, não a plantonista para realização do parto.

O depoimento pessoal da ré A. revela uma minimização das queixas de parturientes, na medida em que, após questionada sobre o relato de gritos por socorro, afirma: "Se nós formos todas as vezes que a paciente chamar e solicitar, a gente tem que ficar do lado o tempo todo porque todas em trabalho de parto solicitam isso"²⁰⁴. Ademais, a médica afirmou que não foi ver o que estava acontecendo, pois pode acontecer da parturiente urinar e defecar.

A respeito da indução do parto por ocitocina, esclarece o perito:

A resposta do útero à ocitocina, entretanto, é muito individual, sendo de grande valia, especialmente em partos induzidos a infusão regulada por bomba elétrica. Clinicamente (através do exame desarmado, sem equipamentos) a resposta satisfatória à ocitocina é caracterizada pela presença de contrações que duram entre 50 e 70 segundos (boa intensidade), exibem frequência de 3-4/10 minutos e mostram bom relaxamento uterino após a contração (tônus normal). A contratilidade eficiente dilata o colo sem perturbar a homeostase fetal; doses mais elevadas do hormônio podem levar a hipertonia uterina por polissistolia e/ou hipertonia, com asfixia do concepto" (...) "Ao ser admitida, a parturiente deve ser submetida a cuidadoso exame, clínico e obstétrico, procedendo-se a seguir à confecção do respectivo prontuário e ao preparo para o trabalho de parto. Examina-se o útero e o tipo de contração; as contrações e o tono devem ser avaliados periodicamente tendo-se em vista que o útero normalmente permite a identificação do seu conteúdo ao palpar, a duração e a frequência das contrações. Para a ausculta dos batimentos cardíacos do feto usa-se atualmente o Sonar-Doppler sendo que a mesma deve ser feita a cada 30 minutos, antes, durante e depois das contrações uterinas. Grande avanço em obstetrícia foi a introdução da monitoragem contínua intraparto que permite o controle simultâneo dos batimentos cardíacos fetais e das contrações uterinas (cardiotocografia). Esse equipamento per-

mite detectar mais facilmente o sofrimento fetal agudo decorrente das contrações uterinas não habituais.²⁰⁵

A perícia convocada pelo juízo confirma o resultado do exame de corpo de delito de necropsia que apontou como causa mortis o sofrimento agudo fetal em consequência de hipóxia intrauterina durante a indução do parto.

A falha no acompanhamento da fase pré-parto também é destacada, especialmente após administrar ocitocina e não haver acompanhamento médico em período subsequente. Importante destacar que a utilização da ocitocina, *per se*, não é apontada como conduta negligente, mas sim o ato de administrar a substância com a subsequente falta de assistência, associada à ausência de acompanhamento dos batimentos fetais.

A autora depois de ser internada no Hospital rei e de ter sido medicada com soro glicosado e syntocinon gota a gota intravenoso às 4h:00 para indução do trabalho de parto, evoluiu com dilatação do colo uterino e com descida do feto **sem um monitorização adequada e eficaz através da coleta de dados clínicos (frequência e intensidade das contrações uterinas e dos batimentos cardíacos fetais)** e/ou mecânico, isto é, sem a utilização de monitorização com a cardiotocografia, procedimento este utilizado há muitos anos, o qual na ausência da evolução clínica do parto feita diretamente pelo médico assistente a cada 30 minutos, seria o único método capaz de dar segurança na avaliação do controle da evolução do trabalho de parto, ou seja, na prevenção e no reconhecimento do sofrimento fetal. (...) o parto da autora depois do início da indução evoluiu em algum momento com sofrimento fetal agudo (hipoxia) não detectado pelo médico assistente e finalmente com óbito do concepto. Esse momento ocorreu mais provavelmente entre as 6h:00 e as 7h00/7h15. **Com uma monitorização adequada a detecção precoce do sofrimento fetal agudo poderia ter levado a médica assistente a intervir e tomar outra conduta**, bem como medidas para salvaguardar a integridade fetal e levar o parto a bom termo.²⁰⁶

205 *ibidem*

206 *Ibidem*, p. 12-13

A ausência de equipamentos mais eficientes para acompanhar a evolução fetal no período pré-parto, como o aparelho de cardiocografia, e a ausência de acompanhamento médico a cada meia hora após administrar ocitocina, conforme recomendado pela literatura médica, são circunstâncias citadas que ensejam a responsabilização dos réus:

Não é porque um trabalho de parto possa durar muitas horas que a parturiente internada de madrugada e que se queixa de dores aos profissionais pode passar longo tempo sem o adequado acompanhamento, mormente quando medicada com drogas para induzir o nascimento da criança. Definitivamente e depois dos esclarecimentos periciais, pode-se afirmar que, no caso, não bastava aplicar substância para induzir o parto e esquecer a paciente sozinha em um quarto de hospital até amanhecer. Vê-se que na hipótese, além de não existir no hospital aparelho já conhecido que permite o controle simultâneo dos batimentos cardíacos fetais e das contrações uterinas (cardiotocografia), não houve nem mesmo o devido acompanhamento médico de 30 em 30 minutos recomendado pela literatura médica, sendo que a própria plantonista, segundo o prontuário, determinou que as avaliações só ocorressem de 6 em 6 horas.²⁰⁷

Quanto aos danos morais, destacou-se que, embora fixados em valor expressivo, era uma compensação justa diante do evidente descaso dos profissionais que lidam com a gestante naquele momento de extrema vulnerabilidade, de modo que lhe foi retirada a real oportunidade de ter um parto com sucesso.

Assim, o TJSP, seguindo orientação jurisprudencial, converteu a indenização fixada – trezentos salários mínimos – em moeda corrente, o que à época significava o quantum de cento e sessenta e três mil e quinhentos reais.

²⁰⁷ *Ibidem*, p. 13-14

4.3.6. Caso 97: Tatiele

Violências identificadas	
20	Manutenção de gestação de feto sem viabilidade extrauterina
23	Tortura
30	Ausência de consentimento ou respeito à vontade da parturiente

4.3.6.1. Descrição fática:

Exame de pré-natal diagnosticou má-formação condizente com a Síndrome de *Body Stalk*. A gestante pediu autorização judicial para interromper a gestação, ante a inviabilidade de vida extrauterina. Expedido alvará para a interrupção, a gestante foi internada para realizar a interrupção terapêutica do parto. No entanto, dois dias após a internação, um padre impetrou *habeas corpus* em favor do feto, que foi deferido (item 30). O tratamento de indução do parto foi interrompido em 14/10/2005 (item 20). Em 22/10/2005, a paciente volta ao hospital em trabalho de parto e dá à luz bebê que falece 1h e 40 minutos após o nascimento em decorrência da já sabida má-formação incompatível com a vida extrauterina (item 23).

4.3.6.2. Processo judicial:

O casal ajuizou ação de compensação por danos morais em desfavor de L. C. L. da C., tanto pela responsabilidade processual objetiva, decorrente de danos advindos pelo uso de medida processual de urgência e pelo uso abusivo do direito de ação. O pedido foi julgado improcedente, por não vislumbrar, na hipótese de impetração de *habeas corpus*, em favor do nascituro, abuso de direito do recorrido. O entendimento somente foi revertido pelo STJ ao julgar recurso especial.

A Corte utilizou a ADPF nº 54 como precedente e estendeu o entendimento a outros casos de má-formação fetal que inviabilizam a vida extrauterina, não somente a anencefalia.

Na situação vivida pelos recorrentes, reproduziu-se todo o pacote de dores e angústias descritos em inúmeras passagens do

acórdão, que demonstram que o intenso sofrimento vivido pela mãe, após o diagnóstico de uma síndrome que incompatibiliza a vida do feto com o ambiente extrauterino, é de tal quilate, que faz preponderar o particular direito dela à própria intimidade, liberdade e autodeterminação na condução de sua vida privada. Leia-se, também aqui, cabia só a ela, pela similaridade das condições apresentadas, dizer, diante de sua realidade emocional, da fé que professava, ou não professava, das expectativas que nutria, ou diante daquelas que deixara de alimentar, se deveria ou não interromper a gestação.²⁰⁸

O abuso de direito é cotejado com a laicidade do Estado e caracterizado pela imposição, via ação estatal, de valores religiosos a terceiros.

Nessa linha, e sob a égide da laicidade, tocando diretamente à questão de possível abuso de direito no comportamento do recorrido, que se arrostou contra o direito à liberdade, à intimidade e a disposição do próprio corpo da recorrente, brandindo a garantia constitucional ao direito de ação e à defesa da vida humana, mesmo que ainda em estágio fetal e mesmo com um diagnóstico de síndrome incompatível com a vida extrauterina, cabe, inicialmente, sopesar os direitos inerentes à inviolabilidade da intimidade, da vida privada e da honra das pessoas em contraponto ao direito de ação que tinha por objeto impedir a interrupção da gravidez. Assentado que foi, anteriormente, que a interrupção da gestação da recorrente, no cenário apresentado, era lícito, sendo opção do casal – notadamente da gestante – assumir ou descontinuar a gestação de feto sem viabilidade de vida extrauterina, há uma vinculada remissão à proteção constitucional aos valores da intimidade, da vida privada, da honra e da própria imagem dos recorrentes (art. 5º, X, da CF).²⁰⁹

Portanto, o ônus da responsabilidade pelos danos que porventura venha a produzir a concessão do pleito em tutela de urgência, segun-

208 STJ - REsp: 1467888 GO 2014/0158982-0, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 20/10/2016, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 25/10/2016 RJTJRS vol. 303 p. 95 RT vol. 976 p. 524

209 *Ibidem*.

do entendimento do STJ, recai sobre quem a maneja. No caso, houve violação da intimidade e vida privada do casal, que foi submetido a vontade eclesial em relação à interrupção da gestação, da honra, já que no pleito o padre denomina a interrupção de assassinato, além da imposição de grande sofrimento psicológico, em especial à mãe.

Por fim, o entendimento restou firmado no Informativo nº 592: "Caracteriza abuso de direito ou ação passível de gerar responsabilidade civil pelos danos causados a impetração do habeas corpus por terceiro com o fim de impedir a interrupção, deferida judicialmente, de gestação de feto portador de síndrome incompatível com a vida extrauterina".

CONCLUSÕES

O direito à saúde sexual e reprodutiva é parte do direito à saúde, intimamente vinculado ao exercício da autonomia e liberdade da mulher, no sentido do direito de tomar decisões sobre planejamento de vida, seu corpo e sua saúde sexual e reprodutiva, livre de violência, coerção e discriminação. A violência obstétrica é uma forma de violência de gênero que se configura como grave violação de direitos humanos das mulheres, mais especificamente dos direitos sexuais e reprodutivos.

Nas últimas décadas, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) se manifestou em casos de violação de direitos sexuais e reprodutivos praticados em contexto de violência obstétrica, tais como: esterilização forçada, realização de procedimentos cirúrgicos sem o consentimento informado, negativa de interrupção terapêutica da gravidez, práticas desumanizantes em partos de mulheres indígenas e privadas de liberdade e ausência de atendimento de qualidade em casos de emergência obstétrica. A CIDH reconhece o impacto dos estereótipos de gênero na discriminação de gestantes e puérperas. Aponta também que fatores socioculturais como pobreza, o pertencimento a determinada etnia ou a situação de prisão agravam as dificuldades para acessar os serviços de saúde durante a gravidez.

Os informes e as recomendações realizadas aos Estados (nos 9 casos com Solução Amistosa, Informe ou Sentença condenatória) en-

volvem: 1) a regulamentação da sanção de práticas de violência obstétrica, 2) a realização de campanhas de sensibilização para que mulheres conheçam seus direitos e identifiquem esta forma de violência, 3) a criação de mecanismos de denúncia e que permitam o efetivo acesso à justiça, 4) acesso à informação que garanta a autonomia e possibilite a participação das mulheres na livre escolha sobre procedimentos relativos à gravidez e 5) o estabelecimento de mecanismos regulares de formação de profissionais de saúde sobre a proteção dos direitos das mulheres em seus processos reprodutivos.

Já as medidas de não repetição reuniram recomendações de estruturação de políticas públicas, alterações legislativas, programas para prevenção e investigação de possíveis casos de violência obstétrica considerando os padrões interamericanos sobre a matéria. As medidas de não repetição estabelecidas nas recomendações aos Estados-partes que podem ser úteis à estruturação de políticas públicas, leis e boas práticas no Brasil envolveram: a ampliação do acesso à informação, a capacitação de operadores do direito profissionais da saúde, a ampliação de infraestrutura, a alteração de legislação, a adoção de protocolos nas unidades de saúde para garantir tratamento humanizado e atendimento eficaz de casos de violência obstétrica e outras.

No que tange aos projetos de lei analisados neste trabalho, consideramos que, de forma geral, os projetos de lei que criam políticas públicas tratam as mulheres como um conjunto homogêneo, sem identificar grupos que necessitam de ação/atenção prioritária. Exceção à regra é o PL 5546/2023, que estabelece a garantia de acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar e assistência ao parto seguro para mulheres que vivem em áreas rurais, quilombolas, indígenas e de comunidades tradicionais. A ausência de tratamento normativo que considere as distintas realidades das mulheres brasileiras e do acesso diferenciado à saúde reforça a necessidade de realização e divulgação de estudos sobre a situação da violência obstétrica no Brasil, tendo-se em vista os perfis e as vulnerabilidades específicas das mulheres por ela afetadas.

Destacamos o PL 7633/2014, que, a nosso ver, é o que mais se aproxima das recomendações da Corte IDH, sendo também o entendimento ao qual chegamos ao longo da produção desta pesquisa. Com efeito, conforme dito acima, não nos opomos a que seja criminalizada a violência obstétrica, devendo tal criminalização ser restrita a casos em que haja desrespeito à condição da mulher, mediante falas impróprias e atitudes que denotem indiferença ao seu sofrimento.

Ainda com relação à legislação, vale mencionar, conforme já foi explicitado neste relatório de pesquisa, a nossa posição contrária à inclusão de dispositivos que tratem da violência obstétrica no ECA, pelos motivos acima mencionados, bem como a inclusão da violência obstétrica na Lei Maria da Penha, por ser situação completamente diversa do contexto doméstico e familiar.

A Lei 14.737/2023 representou retrocesso nos direitos humanos das mulheres devido à restrição do direito a acompanhantes em centros cirúrgicos e unidades de terapia intensiva conforme disposto pelo § 4º, do art. 19-J da Lei 8.080/1998. Observamos que alguns projetos de lei sobre o tema ainda tramitam no Congresso Nacional e consideramos relevante a revogação do referido dispositivo.

A análise dos processos judiciais evidenciou a grande deficiência de insumos na rede pública de saúde, bem como de profissionais que estejam disponíveis para prestar atendimento quando necessário. Ainda, também foi evidente o despreparo das equipes médicas ao lidar com mulheres, grupo este socialmente vulnerável por si só, pela sua condição de gênero, e que, em uma situação de gravidez e parto, por conta das circunstâncias físicas e psíquicas em que a mulher se encontra, torna-se ainda mais vulnerável. Assim, verificou-se toda sorte de abusos e violências, muitas vezes não reconhecidas como tais pelos seus agentes e, também, pelas próprias vítimas.

Nesse sentido, além de uma melhor estrutura nos hospitais, especialmente públicos, faz-se necessária a conscientização por meio de uma educação adequada acerca dos direitos das mulheres, notadamente o seu direito de escolha. Tal educação deve ser fornecida especialmente aos profissionais de saúde, que irão lidar diretamente com

tais situações, mas, também, às próprias mulheres, que, por desconhecimento, muitas vezes assumem como naturais determinados comportamentos e formas de tratamento que configuram violência obstétrica contra a mulher.

Em um momento de fragilidade física e psíquica, é imprescindível que a mulher seja recebida por uma equipe efetivamente preparada para tanto, seja no quesito técnico, com insumos adequados, higiene e profissionais capacitados para prestar o atendimento necessário, seja no quesito humano, com profissionais conscientes da situação de vulnerabilidade em que aquela mulher se encontra, seja pela desigualdade que muitas vezes se coloca na relação médico-paciente, seja pela própria cultura machista, que deve ser superada, com a crença de que mulheres "merecem" ou "devem aguentar caladas" as dores do parto.

Dessa forma, a criminalização de condutas cometidas por profissionais de saúde contra mulheres em situação de enfermidade e, notadamente, aquelas em situação de gravidez ou parto, não deve ser a regra, mas sim a exceção, haja vista a enorme dificuldade, muitas vezes, dos profissionais de saúde de oferecer um atendimento adequado, simplesmente pela falta de materiais nos hospitais públicos.

No entanto, entendemos que a criminalização é necessária em casos em que é cometida efetiva violência contra a mulher, seja verbal, seja física, que importe em desvalorização da sua pessoa, do momento do parto, ou de seu esforço físico e psíquico durante esse momento. Assim, entendemos como necessária a criminalização do uso de tratamento inadequado, mediante vocabulário ofensivo, por exemplo, assim como em situações de negativa em fornecer analgesia, água, alimento e outras medidas que possam reduzir o sofrimento da mulher.

Ainda, entendemos ser de vital importância que os termos "violência obstétrica" sejam inseridos na legislação, para que esse tipo de violência se torne um fenômeno visto e reconhecido no mundo jurídico. Grande dificuldade ao longo dessa pesquisa foi, justamente, em encontrar jurisprudência relativa a esse tipo de violência, pois se trata, em grande medida, de uma violência sem nome, que é tratada muitas vezes apenas na medida em que o feto ou o nascituro é afetado pela vio-

lência cometida contra sua mãe. Assim, percebe-se, claramente, uma lógica que pouco ou não reconhece a violação dos direitos da mulher, mas apenas a violação dos direitos do feto.

A ausência de reconhecimento dos direitos da mulher nos casos de violência obstétrica pelos tribunais brasileiros impressiona e corrobora com a mentalidade machista e misógina que permeia a nossa sociedade até os dias de hoje, em que a mulher é vista como um objeto, cuja função, dentre outras, seria dar à luz um filho, este sim sujeito de direitos. Dentro dessa lógica, a capacidade feminina de gestar parece vir acompanhada apenas do ônus de aguentar em silêncio não somente as mudanças fisiológicas daí decorrentes, mas também toda sorte de tratamento inadequado, revelador da premência de capacitação para um tratamento humanizado.

De todo o material aqui analisado, reforçamos o conteúdo das decisões e acordos produzidos no âmbito da Corte IDH, os quais mencionam, em diversos casos, os pontos nesta conclusão elencados, quais sejam, a necessidade de atendimento médico de qualidade, com insumos adequados e profissionais qualificados, bem como a necessidade de capacitação das equipes médicas para lidar com pacientes em estado de gravidez ou parto, de modo que não sejam reproduzidas dinâmicas de violência contra essas mulheres. Ainda, no mesmo sentido, a Corte reforça a importância de se prestar esclarecimentos e educação adequada à população como um todo e, em especial, às mulheres, para que possam conhecer seus direitos e reconhecer as situações de violação aos mesmos.

RECOMENDAÇÕES

Recomendações e propostas elaboradas com base nas Recomendações Gerais do Comitê CEDAW, do Sistema Interamericano de Direitos Humanos e da análise dos processos judiciais:

- 1) A inclusão da perspectiva de gênero em todas as políticas públicas e programas que afetem a saúde das mulheres;
- 2) A criação de campanhas educativas de prevenção à violência obstétrica, visando a assegurar a eliminação de todas as barreiras no

acesso das mulheres aos cuidados de saúde, à educação e à informação, incluindo na área da saúde sexual e reprodutiva e em particular;

3) A criação de mecanismos de registro e transparência dos dados sobre casos de violência obstétrica como contexto, tipos de violência, perfil das vítimas, perfil dos profissionais envolvidos, dos estabelecimentos hospitalares onde ocorre, fatores associados, entre outros;

4) A exigência de que todos os serviços de saúde, públicos e privados, sejam respeitosos aos direitos humanos das mulheres, incluindo os direitos à autonomia, privacidade, confidencialidade, consentimento e escolhas informadas;

5) A inclusão nos currículos de formação dos profissionais de saúde de disciplinas/ cursos de caráter amplo, obrigatórios e sensíveis aos direitos humanos e saúde das mulheres e em particular, sobre violência baseada no gênero;

6) A regulamentação da sanção de práticas de violência obstétrica;

7) A realização de campanhas de sensibilização para que as meninas e mulheres conheçam seus direitos e identifiquem esta forma de violência, que garantam a autonomia e que possibilite a participação das mulheres na livre escolha sobre procedimentos relativos à gravidez (CIDH);

8) A criação de mecanismos de denúncia, ouvidorias e comitês que permitam o efetivo acompanhamento dos casos e o direito de acesso à justiça;

9) A fiscalização efetiva dos serviços de saúde privados, a obrigação de estabelecer mecanismos de denúncia oportunos, adequados e eficazes que reconheçam a violência obstétrica como uma forma de violência contra as mulheres;

10) O dever de investigar os casos de violência obstétrica com a devida diligência, punir eventualmente os autores da referida violência e proporcionar à vítima uma indenização efetiva com reparação dos danos.

11) O desenvolvimento de programas de capacitação no âmbito da segurança pública, Ministério Público e no Poder Judiciário para investigação, processo e julgamento de possíveis casos de violência

obstétrica levando em consideração os padrões interamericanos em matéria de devida diligência e prazo razoável, bem como com a perspectiva de gênero;

12) A realização de programas de formação e educação continuada destinados a estudantes de medicina, enfermagem e profissionais que trabalham com saúde reprodutiva, em centros de saúde públicos e privados, sobre os direitos à saúde materna e a discriminação com base em estereótipos de gênero, além da investigação e prevenção de casos de violência obstétrica com base nas normas interamericanas sobre a matéria;

13) A criação de políticas públicas que incorporem os sete princípios propostos pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em relação às mulheres indígenas: o empoderamento, a interseccionalidade, a autodeterminação, a participação ativa, a incorporação de suas perspectivas, a indivisibilidade e a dimensão coletiva (CIDH);

14) Em relação às mulheres privadas de liberdade, especialmente vulneráveis a sofrer violência obstétrica, deverão ser reforçadas medidas para prevenir tal violência nos serviços de saúde obstétrica prestados a esta população (CIDH);

15) A criação de salas de acolhimento humanizado em todas as unidades de saúde, públicas e privadas, composta por equipe multidisciplinar que envolvam profissionais de saúde, psicologia e serviço social, para promover uma cultura de respeito aos direitos reprodutivos e à autonomia das mulheres em todas as etapas da maternidade, garantindo que todas as mulheres tenham acesso a um cuidado obstétrico seguro e respeitoso;

16) A criação de um comitê interinstitucional de enfrentamento à violência obstétrica em todos os Tribunais, com a participação do Ministério Público, da OAB, da Defensoria Pública e da sociedade civil, para acompanhamento e monitoramento dos casos existentes de violência obstétrica;

17) A edição de uma legislação integral de enfrentamento à violência obstétrica, que leve em conta a prevenção, a assistência às vítimas, a punição e a reparação dos danos decorrentes da prática de vio-

lência obstétrica, seguindo as legislações existentes em outros países da América Latina;

18) A edição de recomendação pelos Tribunais para que ocorra a nomeação desta forma de violência em decisões judiciais com indicação dos estândares internacionais que devem ser aplicados;

19) A aplicação do protocolo para julgamento com perspectiva de gênero nos casos que envolvam violência obstétrica, em esferas cíveis ou criminais, implica em considerar a integralidade dos relatos das mulheres, com todas as violências narradas, para identificação dos danos e fixação de valor indenizatório;

20) A edição de recomendação pelos Tribunais para que nas ações cíveis em que forem constatados indícios de condutas que configurem crimes, o/a magistrado/a deverá enviar cópia dos autos ao Ministério Público.

21) A revogação do §4º do art. 19-J da Lei 8.080/1990, introduzido pela Lei 14.737/2023

REFERÊNCIAS

ACHUR. Informe sobre Mortalidad y Morbilidad Maternal Prevenible y Derechos Humanos. A/HRC/14/39. 16 de abril de 2010.

AGUIAR, Janaina Marques. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 215f. Tese (Doutora do em Ciências). Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, USP, São Paulo, 2010

AMNISTÍA INTERNACIONAL. Violencia obstétrica en contextos de crisis de salud. 2 de agosto de 2017.

ARGENTINA. Ley 25.929. Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y

de la persona recién nacida. Sancionada en agosto 25 de 2004. Promulgada en septiembre 17 de 2004. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm> Acesso em 20 nov. 2023.

BARTLETT, Katharine T. Métodos jurídicos feministas. En F. C. Severi, E. W. Castilhos y M. C. Matos (orgs.) *Tecendo fios das Críticas Feministas ao Direito no Brasil II: direitos humanos das mulheres e violências: volume 1, os nós de ontem: textos produzidos entre os anos de 1980 e 2000.* (pp. 242-342). Ribeirão Preto: FDRP-USP, 2020.

BORGES, Caroline. Médico é preso em flagrante por importunação sexual de paciente de 19 anos em hospital de SC. G1 SC, 6 de dezembro de 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2022/12/06/medico-e-preso-em-flagrante-por-importunacao-sexual-de-paciente-de-19-anos-em-hospital-de-sc.ghtml> Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 422/2023. Dispõe sobre a violência obstétrica, e sobre o dever dos diversos Poderes dos entes da Federação de promover políticas públicas integradas para a sua prevenção e repressão, alterando a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília: DF, 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 6.888/13. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências". Proposta apresentada em: 0314/1210/2013. Brasília: DF, 2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 7633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília: DF, 2014.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 9749/2018. Altera a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências" para permitir à gestante e à parturiente o acompanhamento por uma pessoa de sua preferência e

uma enfermeira obstétrica autônoma durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato. Brasília: DF, 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 4.021/2019. Dispõe sobre a fixação de placas de conscientização às mulheres grávidas sobre o parto humanizado e altera a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 e a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Brasília: DF, 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 8.219/2017. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Brasília: DF, 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Sessão plenária deliberativa. Brasília-DF: Câmara dos Deputados, 7 de março de 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/67185> Acesso em 20 jan. 2024.

BRASIL. Lei 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Lei 9656, 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1998.

BRASIL. Lei Federal 14.737 de 27 de novembro de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. DF: Diário Federal da União, 2023.

BRASIL. Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha) de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Con-

venção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (...). Brasília: DF, 2006.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: DF, 1990.

BRASIL. 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: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Projeto de Lei 2.556/2022. Determina o monitoramento de vídeo nos locais onde se executam procedimentos de saúde com sedação de pacientes, estabelece critérios, tipifica a conduta de exposição não autorizada das imagens produzidas e cria canal exclusivo para apresentação de denúncias. Apresentada em: 04/10/2022. Brasília: DF, 2022.

BRASIL. Senado Federal. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção. Brasília: DF, 2022.

BUENO, Winnie de Campos. Processos de resistência e construção de subjetividades no pensamento feminista negro: uma possibilidade de leitura da obra *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment* (2009) a partir do conceito de imagens de controle. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos, São Leopoldo, 2019.

BUENO, Winnie de Campos. *Imagens de Controle: um Conceito do Pensamento de Patricia Hill Collins*. Porto Alegre: Zouk Editora, 2020.

CARNEIRO, Silvia. *Mulheres em movimento*. *Estudos Avançados*, v. 17, n. 49, p. 117–133, set. 2003.

CARRARO, Telma Elisa *et al.* *Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres*. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 15, n. spe, p. 97–104, 2006.

CARVALHO, Vanessa Franco *et al.* *Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil*. *Rev. Rene*, v.11, Número Especial, p. 92-98, 2010.

CARVALHO, Denise; MEIRINHO, Daniel. *O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde*. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 656-680, jul./set. 2020.

CEDAW. *Observación General No.14 sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto grado posible de salud*. E/C.12/2000/4. 2000., párrs. 8, 44(a).

CEPAL. *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. 12 al 15 de agosto de 2013.

CEPAL. *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. Natalia Gherardi. *Serie Asuntos de Género No. 141*. LC/L.4262, 2016.

CIDH (COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, OEA documentos oficiales, OEA Ser.L/V/II. Doc.61, 22 noviembre 2011.

CIDH (COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos., OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69 7 junio 2010.

CIDH (COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Audiencia sobre Denuncias sobre violencia obstétrica en Costa Rica celebrada el 23 de octubre de 2015 en el marco del 156 periodo de sesiones. *In*: Informe sobre el 156 Período de Sesiones de la CIDH. OEA: Washington, 2015.

CIDH (COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Comunicado de Prensa No. 024/15. En el Día Internacional de la Mujer, CIDH urge a los Estados a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. 6 de marzo de 2015.

CIDH (COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Informe No. 166/22. Petición 2287-15. Admisibilidad. M.T.R. y otras. El Salvador. 11 de julio de 2022. Disponible em: https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2022/SVAD_2287-15_ES.PDF Acceso em: 20 dez. 2023.

CIDH (COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Informe No. 35/14, Petición1334-09. Admisibilidad. Eulogia y su hijo Sergio. Perú. 4 de abril de 2014 Disponible em: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2014/PEAD1334-09ES.pdf>. Acceso em: 03 mar. 2024.

CIDH (COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Informe No. 39/22. Petición 1621-15. Admisibilidad. Carmen Helena Pardo Noboa. Ecuador. 1º de marzo de 2022. Disponible em: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2022/ECAD1621-15ES.pdf> Acceso em: 20 dez. 2023.

CIDH (COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Informe No. 57/22. Petición 85-16. Admisibilidad. Jacqueline Edith Grosso Nuñez y otros. Uruguay. 20 de marzo de 2022.

CIDH (COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Informe sobre el 156 período de sesiones de la CIDH. 2015; Audiencia sobre Salud materna y denuncias de violencia obstétrica en México celebrada el 27 de marzo de 2014 en el marco del 150 periodo de sesiones. In: Informe sobre el 150 Período de Sesiones de la CIDH. OEA: Washington, 2014. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/docs/informe-150.pdf> Acesso em: 20 dez. 2023.

CIDH (COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Medidas cautelares No. 216-21. 7 mujeres embarazadas de la etnia Wichí respecto de Argentina, 16 de abril de 2021. Disponível em: https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/mc/2021/Res_32-21_MC_216-21_AR_ES.pdf Acesso em 30 mar. 2024.;

CIDH (COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Relatório no 71/03. Petição 12.191. Solução Amistosa. María Mamérita Mestanza Chávez vs. Peru, 10 de outubro de 2003. Disponível em: <http://www.cidh.org/annualrep/2003port/Peru.12191.htm> Acesso em 10 out. 2023.

CIDH. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69 7 junio 2010.

COLLINS, Patricia Hill. Pensamento feminista negro. Trad. Jamile Pinheiro Dias. Boitempo, 2019.

COOK, Rebecca J.; CUSACK, Simone. Estereotipos de género: perspectivas legales transnacionales. Traducción al español: Andrea Parra. Profamilia, 2010.

COOK, Rebecca J.; DICKENS, Bernard M.; FATHALLA, Mahmoud F. Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho, Oxford, 2003.

CORTE IDH (CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Caso Brítez Arce y otros vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 16 de noviembre de 2022. Disponível em: <https://>

www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_474_esp.pdf Acesso em 10 out. 2023.

CORTE IDH (CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Caso Cuscul Pivara y ortros vs. Guatemala. Excepción preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de agosto de 2018. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_359_esp.pdf. 51. Acesso em 30 nov. 2023.

CORTE IDH (CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Caso da comunidade indígena Xákmok Kásek vs. Paraguai. Mérito, Reparações e Custas. Sentença de 24 de agosto de 2010. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_214_por.pdf. Acesso em: 03 out. 2024.

CORTE IDH (CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Caso I.V. vs Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf Acesso em 15 jan. 2024.

CORTE IDH (CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS). Opinión Consultiva OC 29/22 - Solicitada pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos com enfoques diferenciados a respeito de pessoas privadas de liberdade, 30 de maio de 2022. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_29_esp.pdf Acesso em: 15 nov. 2023.

FBSP (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA). Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil - 4ª edição - 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-relatorio.pdf> Acesso em 15 mar. 2024.

FONSECÁ, Sandra Costa *et al.* Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa?. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 15, n. 2, p. 209–217, abr. 2015.

FORO INTERNACIONAL DE MUJERES INDÍGENAS. Mairin Iwanka Raya: Mujeres Indígenas Confrontan la Violencia, Informe complementario al estudio sobre violencia contra las mujeres del Secretario General de las Naciones Unidas, 2007.

FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976) / Michel Foucault: tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Org., introdução e revisão técnica de Roberto Machado - 4a ed. Rio de Janeiro: Terra e Paz, 1984.

FREDERICI, Silvia. Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva / Tradução: coletivo Sycorax São Paulo: Elefante, 2017.

FREIRE, Felipe. Andres Oñate: quem é o médico preso por abusar de pacientes sedadas e investigado por pornografia infantil. TV Globo, 16 de janeiro de 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2023/01/16/andres-onate-quem-e-o-medico-presos-por-abusar-de-pacientes-sedadas-e-investigado-por-pornografia-infantil.ghtml> Acesso em: 20 jan. 2024.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Núcleo de Opinião Pública. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. *In*: Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: pesquisa de opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.

GONZALEZ, Lelia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *In*: Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 1984.

INTER-AMERICAN COMMISSION ON HUMAN RIGHTS. Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas / Comisión Interamericana de Derechos Humanos. OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/V/II, 2017. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/MujeresIndigenas.pdf> Acesso em: 10 out. 2023.

JARDIM, Danubia Mariana Barbosa; MODENA, Celina Maria. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, p. e3069, 2018.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00078816, 2017.

LIBORIO, Barbara *et. al.* *Elas no Congresso*. Disponível em: <https://www.elasnocongresso.com.br/propostas-e-votacoes> Acesso em 20 fev. 2024.

LIMONGI, Fernando. *Access to electoral rights: Brazil*. [GLOBALCIT], EUDO Citizenship Observatory, 2016.

MIRA QUE TE MIRO. *Informe del monitoreo social de los compromisos en derechos sexuales y derechos reproductivos del consenso de Montevideo*, 2018. Disponível em: https://miraquetemiro.org/downloads/mira_que_te_miro_resumen_global.pdf?v=oct18-3 Acesso em: 10 fev. 2024.

NACIONES UNIDAS. *Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto grado posible de salud física y mental*. A/61/338. 13 de septiembre de 2006.

NETO, Francisco Lima. *Técnico de enfermagem é preso em flagrante por estupro de paciente em SP*. Folha de S. Paulo, 17 de janeiro de 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/01/tecnico-de-enfermagem-e-preso-em-flagrante-por-estupro-de-paciente-em-sp.shtml> Acesso em: 20 jan. 2024.

OAS (ORGANIZATION OF AMERICAN STATES). *Inter-American Commission on Human Rights. Informe 52/14. Petición 112-09. Admisibilidad*. F.S. Chile. 21 de julio de 2014. Disponível em: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2014/CHAD112-09ES.pdf> Acesso em 30 out. 2023.

OAS (ORGANIZATION OF AMERICAN STATES). Inter-American Commission on Human Rights. Informe sobre mujeres privadas de libertad en las Américas. OEA/Ser.L/V/II Doc. 91/23 8 marzo 2023. Washington, 2023.

OAS (ORGANIZATION OF AMERICAN STATES). Inter-American Commission on Human Rights. Derechos de los pueblos indígenas y tribales sobre sus tierras ancestrales y recursos naturales: normas y jurisprudencia del sistema interamericano de derechos humanos (...). OEA/Ser.L/V/II. Doc. 56/09 30 diciembre 2009. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/indigenas/docs/pdf/tierras-ancestrales.esp.pdf> Acesso em: 10 out. 2024.

OAS (ORGANIZATION OF AMERICAN STATES). Inter-American Commission on Human Rights. Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe, 2019 : Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 14 de noviembre de 2019, OEA/Ser.L/V/II. Doc.233/19, 2019. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf> Acesso em 20 jul. 2023.

OAS. Inter-American Commission on Human Rights. Medidas cautelares 2002. Washington DC: CIDH, 2002. Disponível em: <https://www.cidh.org/medidas/2002.sp.htm> Acesso em 28 nov. 2023.

OEA (ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS). Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe No 66/00 caso 12.191 Maria Mamérita Mestanza Chávez vs. Perú 3 de octubre de 2000, pr.3. Disponível em: https://cidh.oas.org/annualrep/2000sp/CapituloIII/Admisible/Peru12.191.htm#_ftn1 Acesso em 10 jan. 2024.

OEA (ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS). MESECVI. Segundo Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas del MESECVI. 23 al 24 de octubre de 2014.

OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. 20 de junio de 2014.

PAHO (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION). Evaluating the Impact of Health Reforms on Gender Equity – a PAHO Guide, Draft 2, 23.4.001. e

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. Cadernos Pagu, n. 49, p. e174907, 2017.

PEREIRA, Wilza Rocha. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. Texto Contexto Enferm., v.13, n.3, p.391-400, 2004.

PRECIADO, Paul B.. Texto Junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. Traduzido por: Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: Editora n°1, 2018.8.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica "Parirás com dor": dossiê elaborado para a CPMI da violência contra as mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012.

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 - Comunicação, Saúde, Educação, v. 23, p. e180487, 2019.

STJ - AgRg no AREsp: 69698 RN 2011/0249627-4, Relator: Ministro MARCO BUZZI, Data de Julgamento: 15/05/2012, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 22/05/2012

STJ - REsp: 1467888 GO 2014/0158982-0, Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 20/10/2016, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 25/10/2016 RJTJRS vol. 303 p. 95 RT vol. 976.

STJ - REsp: 1733243 SP 2018/0075305-9, Relator: Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Data de Publicação: DJ 01/12/2021.

STJ. - REsp: 1467888 GO 2014/0158982-0., Relator: Ministra NANCY ANDRIGHI, Data de Julgamento: 20/10/2016, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 25/10/2016.6.

TJ-DF 00284709320158070018 DF 0028470-93.2015.8.07.0018, Relator: JOSÉ DIVINO, Data de Julgamento: 30/10/2019, 6ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE: 14/11/2019.

TJ-PB 00000522220158150181 PB, Relator: JOAO BATISTA BARBOSA, Data de Julgamento: 08/05/2018, 3ª Câmara Especializada Cível.

TJ-SP - AC: 00024003920038260565 SP 0002400-39.2003.8.26.0565, Relator: Enio Zuliani, Data de Julgamento: 12/05/2011, 4ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 12/05/2011

TJ-SP - AC: 00024003920038260565 SP 0002400-39.2003.8.26.0565, Relator: Enio Zuliani, Data de Julgamento: 12/05/2011, 4ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 12/05/2011

TJ-SP - APL: 308647420078260196 SP 0030864-74.2007.8.26.0196, Relator: Jesus Lofrano, Data de Julgamento: 31/07/2012, 3ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 01/08/2012

TJAM - APL: 02034210920128040001 AM 0203421-09.2012.8.04.0001, Relator: Aristóteles Lima Thury, Data de Julgamento: 30/11/2015, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 30/11/2015.

TJBA - APL: 00569736020008050001, Relator: MARCIA BORGES FARIA, 2ª VICE-PRESIDÊNCIA, Data de Publicação: 11/04/2022

TJBA *apud* STJ - REsp: 1195656 BA 2010/0094662-0, Relator: Ministro MASSAMI UYEDA, Data de Julgamento: 16/08/2011, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 30/08/2011

TJDF. 07043815720188070018 DF 0704381-57.2018.8.07.0018, Relator: ANA CANTARINO, Data de Julgamento: 06/10/2021, 5ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE : 19/10/2021.

TJDF. 07043815720188070018 DF 0704381-57.2018.8.07.0018, Relator: ANA CANTARINO, Data de Julgamento: 06/10/2021, 5ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE : 19/10/2021.

TJDF. 07043815720188070018 DF 0704381-57.2018.8.07.0018, Relator: ANA CANTARINO, Data de Julgamento: 06/10/2021, 5ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE : 19/10/2021.

TJDF. 07043815720188070018 DF 0704381-57.2018.8.07.0018, Relator: ANA CANTARINO, Data de Julgamento: 06/10/2021, 5ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE : 19/10/2021.

TJDFT 00034644820148070009 - 0003464-48.2014.8.07.0009, Relator: ANGELO PASSARELI, Data de Julgamento: 25/08/2021, 5ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE : 10/09/2021

TJMS. Apelação Cível: 08009374620148120011 - MS 0800937-46.2014.8.12.0011, Relator: Des. Alexandre Bastos, Data de Julgamento: 12/07/2019, 4ª Câmara Cível, Data de Publicação: 16/07/2019.

TJMS. Apelação Cível: 08009374620148120011 - MS 0800937-46.2014.8.12.0011, Relator: Des. Alexandre Bastos, Data de Julgamento: 12/07/2019, 4ª Câmara Cível, Data de Publicação: 16/07/2019.

TJPR - APL: 11309970 PR 1130997-0 (Acórdão), Relator: Desembargador José Sebastião Fagundes Cunha, Data de Julgamento: 21/08/2014, 8ª Câmara Cível, Data de Publicação: DJ: 1433 13/10/2014

TJRJ - APL: 00001636420138190019, Relator: Des(a). PEDRO FREIRE RAGUENET, Data de Julgamento: 18/02/2020, VIGÉSIMA PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 2020-02-27.

TJRJ - APL: 01389105320108190001 RIO DE JANEIRO CAPITAL 9 VARA FAZ PUBLICA, Relator: MARIA HELENA PINTO MACHADO, Data de Julgamento: 07/02/2018, QUARTA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 15/02/2018.

TJRS - AC: 70060634755 RS, Relator: Luís Augusto Coelho Braga, Data de Julgamento: 19/11/2015, Sexta Câmara Cível, Data de Publicação: 25/11/2015.

TJSC. AC: 20080286776 - Orleans 2008.028677-6, Relator: José Volpato de Souza- Quarta Câmara de Direito Público. , Data de Julgamento: 05/07/2012., Quarta Câmara de Direito Público.

TJSP - AC: 05419774819968260100 SP 0541977-48.1996.8.26.0100, Relator: Cesar Ciampolini, Data de Julgamento: 03/02/2015, 10ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 06/02/2015.

TJSP - APL: 01279224920088260000 SP 0127922-49.2008.8.26.0000, Relator: Cesar Ciampolini, Data de Julgamento: 11/03/2016, 10ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 06/04/2016

TJSP. AC: 00024003920038260565 SP 0002400-39.2003.8.26.0565, Relator: Enio Zuliani, Data de Julgamento: 12/05/2011, 4ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 12/05/2011.

TJSP. APL: 00020517520108260602 SP 0002051-75.2010.8.26.0602, Relator: Rosângela Telles, Data de Julgamento: 30/08/2016, 2ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 01/09/2016.

TJTO. Apelação Cível, 0020242-89.2019.8.27.0000, Rel. MAYSA VENDRAMINI ROSAL, 4ª TURMA DA 1ª CÂMARA CÍVEL, julgado em 09/12/2020, DJe 17/12/2020 15:54:04.

TRF-4 - APELREEX: 50060245520114047200 SC 5006024-55.2011.4.04.7200, Relator: CÂNDIDO ALFREDO SILVA LEAL JUNIOR, QUARTA TURMA, Data de Julgamento: 20/10/2015.

TRF. Ação Civil Pública nº 5061750-79.2019.4.02.5101/RJ. Justiça Federal. Seção judiciária do Rio de Janeiro, 12ª Vara Federal, Data: 13/12/2019. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/rj/sala-de-imprensa/docs/pr-rj/sentenca-plano-de-parto.pdf> Acesso em 10 fev. 2024.

VENEZUELA. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, nº 38.668. Caracas, lunes 23 de abril de 2007. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf Acesso em 18 nov. 2023.

VIEIRA, Danilo *et al.* Anestesista é preso em flagrante por estupro de uma paciente que passava por cesárea no RJ. TV Globo. 11 de julho de 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/07/11/anestesista-e-preso-em-flagrante-por-estupro-de-paciente-no-hospital-da-mulher-no-rj.ghtml> Acesso em 20 jan. 2024.