



UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

GABRIELA LIMA VALENÇA ALMEIDA

A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E O COMBATE À VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA: A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL NA DEFESA
DA MULHER E DO SEU DIREITO AO PARTO RESPEITOSO

SANTOS/SP
ANO (2023)

GABRIELA LIMA VALENÇA ALMEIDA

**A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E O COMBATE À VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA: A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL NA DEFESA
DA MULHER E DO SEU DIREITO AO PARTO RESPEITOSO**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, sob orientação do Prof. Dr. Luciano Pereira de Souza

SANTOS/SP

ANO (2023)

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

Ministério Público Federal; Violência Obstétrica; Parto Humanizado; Direitos Humanos; Violência de Gênero.

(Ficha catalográfica)

Lima Valença Almeida, Gabriela.

A humanização do parto e o combate à violência obstétrica: a atuação do Ministério Público Federal na defesa da mulher e do seu direito ao parto respeitoso/ Gabriela Lima Valença Almeida.

-- 2023.

214 folhas.

Orientador: Luciano Pereira de Souza.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Santa Cecília, Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, Santos, SP, 2023.

1. Ministério Público Federal. 2. Violência Obstétrica. 3. Parto Humanizado
4. Direitos Humanos. 5. Violência de Gênero. I. Pereira de Souza, Luciano, orient. II. A humanização do parto e o combate à violência obstétrica: a atuação do Ministério Público na defesa da mulher e do seu direito ao parto respeitoso

Elaborada pelo SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas - Unisanta

GABRIELA LIMA VALENÇA ALMEIDA

**A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E O COMBATE À VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA: A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL NA DEFESA
DA MULHER E DO SEU DIREITO AO PARTO RESPEITOSO**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas.

Aprovado(a)

Santos, ____ de _____ 202__.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luciano Pereira de Souza (orientador)

Universidade Santa Cecília

Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto

Universidade Santa Cecília (avaliadora interna)

Profa. Dra. Ana Carla Vasco de Toledo

(UNIBR – Faculdade de São Vicente - convidada)

DEDICATÓRIA

Marcelo e Luísa,

Dedico esta dissertação a vocês, meus pequenos.

Eu amei vocês, desde o teste de farmácia positivo. Eu renasci, quando vocês nasceram. Eu aprendi (e aprendo) mais com vocês do que com livros, estudos randomizados, teses ou tratados. Vocês são meu maior feito e a minha melhor fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que é mãe, “sofre também de impotências, mas está sempre lá, pronto para virar as noites acordado e não deixar a gente sozinho”¹. Graças te dou, pelo teu infinito amor!

Aos meus pais, que, mesmo de tão longe, não se esquecem de rezar por mim. Amo vocês!

A André, meu parceiro há quase 18 anos, pai sempre presente dos meus filhos e, um super-pai, nos momentos em que estive ausente por conta da dissertação. *“I will hold you for as long as you like”*²!

A Bete e a Simone, por compartilharem conosco os cuidados com a casa e com os meus pequenos. Meninas, vocês são demais!

Ao meu querido orientador, Prof. Luciano Pereira de Souza, pela disponibilidade, paciência e incentivo. Serei eternamente grata!

Às professoras Rosa Maria Ferreiro Pinto e Ana Carla Vasco de Toledo por aceitarem, prontamente, o convite para integrarem a banca final da minha Dissertação. Só tenho a agradecer!

Aos demais professores da Unisanta, com quem muito pude aprender. Obrigada pelos ensinamentos com compromisso e humildade!

A Sandra Helena, pela presteza e gentileza de sempre. Muito obrigada, Sandrinha!

Ao Ministério Público Federal, órgão do qual sou servidora concursada, pelo incentivo à minha qualificação profissional.

Por fim, agradeço a todas as pessoas (amigos, colegas e familiares) que, ainda que indiretamente, foram fonte de inspiração e de estímulo para a concretização do presente estudo. A vida é melhor com vocês, pessoal!

¹ Carla Madeira, no livro Tudo é Rio (2022), traz uma das mais bonitas definições de Deus que já li.

² Paul McCartney, que, quase sempre, canta o que eu tenho vontade de te dizer.

RESUMO

Um estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo, em 2010, estimou que uma a cada quatro mulheres, nas maternidades brasileiras, sofre algum tipo de violência durante o parto. As violências praticadas se materializam sob a forma de xingamentos, comportamentos autoritários por parte dos profissionais de saúde e a realização de procedimentos dolorosos e com ausência de consentimento da parturiente. A presente dissertação tem como objetivo um levantamento, não exaustivo, dos mecanismos utilizados pelo Ministério Público, em especial, pelo Ministério Público Federal, para assegurar uma política de humanização do parto e para coibir casos de violência obstétrica. Através da análise qualitativa das Recomendações, Audiências Públicas e Ações Cíveis Públicas de autoria do Ministério Público Federal, buscou-se demonstrar como o *Parquet* federal compreende o fenômeno da violência obstétrica e como se dá, em juízo e extrajudicialmente, o combate a tal forma de violência de gênero. A seleção das Ações, Recomendações e Audiências públicas foi realizada por consulta no site institucional do MPF (<https://www.mpf.mp.br/>), entre julho de 2022 e janeiro de 2023. Outrossim, por meio de um compilado bibliográfico, doutrinário, normativo, legislativo e jurisprudencial, analisou-se quais instrumentos, nacionais e estrangeiros, são eficazes no fortalecimento de uma política pública de humanização do parto. Concluiu-se que, apesar de, no Brasil, não existir um tipo criminalizador específico para a violência obstétrica, há instrumentos legais (nacionais e provenientes das disposições de tratados e convenções de direitos humanos) para a responsabilização dos infratores, os quais podem ser utilizados pelo Ministério Público Federal. Quanto a esse ponto, foi editada a Recomendação nº 96, de 28 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional do Ministério Público, que recomenda aos ramos e às unidades do Ministério Público a observância dos tratados, convenções e protocolos internacionais de direitos humanos, das recomendações da Comissão Interamericana de Direitos Humanos e da jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos em sua atuação. Ademais, em relação ao combate à violência obstétrica, verificou-se que o Ministério Público Federal enquadra a VO como violência de gênero e tem procurado combatê-la com mecanismos majoritariamente extrajudiciais, a exemplo das atuações exitosas da Procuradoria da República no Estado de São Paulo e da Procuradoria da República no Estado do Amazonas. Assim, caminha o *Parquet* federal, pelo menos nessa temática, para o modelo de Ministério Público resolutivo.

Palavras-chave: Ministério Público Federal; Violência Obstétrica; Parto Humanizado; Direitos Humanos; Violência de Gênero.

ABSTRACT

A study carried out by the Perseu Abramo Foundation, in 2010, estimated that one out of four women, in Brazilian maternity hospitals, suffers some type of violence during childbirth. The committed violence materializes in form of cursing, authoritarian behavior by health professionals and painful procedures performance without parturient consent. This dissertation is a non-exhaustive survey of the mechanisms used by the Public Ministry, in particular by the Federal Public Ministry, to ensure a policy of childbirth humanization and to curb obstetric violence cases. Through a qualitative analysis of Recommendations, Public Hearings and Public Civil Actions authored by the Federal Public Prosecutor's Office, we sought to demonstrate how the federal Parquet understands the phenomenon of obstetric violence and how, in and out of court, the fight against this form of gender violence takes place. The Actions, Recommendations and Public Hearings selection was carried out by consulting MPF institutional website (<https://www.mpf.mp.br/>) between July 2022 and January 2023. Furthermore, through a bibliographical, doctrinal, normative, legislative and jurisprudential compilation, it was analyzed which instruments, both nationals and foreigners, are effective in strengthening public policies for childbirth humanization. It was concluded that, although, in Brazil, there is no specific criminalizing type for obstetric violence, there are legal instruments for offenders accountability, which can be used by the Federal Public Ministry. Regarding this point, Recommendation No. 96, of February 28, 2023, of the National Council of the Public Prosecutor's Office was issued, which recommends that branches and units of the Public Prosecutor's Office observe international human rights treaties, conventions and protocols, Inter-American Commission on Human Rights recommendations, and Inter-American Court of Human Rights jurisprudence in its actions. Furthermore, regarding obstetric violence combating, it was found that the Federal Public Prosecutor's Office characterizes OV as gender violence and has sought to fight it mostly with extrajudicial mechanisms, such as the successful actions of the Public Prosecutor's Office in the State of São Paulo and the Public Prosecutor's Office in the State of Amazonas. Thus, the Federal Parquet, at least in this area, moves towards the resolving Public Prosecutor's Office model.

Keywords: Federal Prosecution Service; Obstetric Violence; Humanizing Delivery; Human Rights; Gender-Based Violence.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Linha-do-tempo de alguns dos principais instrumentos normativos de proteção dos Direitos Humanos das Mulheres..... pág 34
- Figura 2-** Número de nascidos vivos, em parto domiciliar, no Brasil, no ano de 2020 pág 35
- Figura 3-** Número de nascidos vivos, em partos hospitalares, no Brasil, no ano de 2020..... pág 36
- Figura 4-** Linha-do-tempo das legislações estaduais brasileiras que trazem o conceito de violência obstétrica..... pág 61
- Figura 5-** Demonstração de episiotomias..... pág 64
- Figura 6-** Foto de médico realizando a Manobra de Kristeller na parturiente pág 67
- Figura 7-** Foto de parturiente em posição litotômica pág 68
- Figura 8 -** Banner de divulgação da Organização Mundial de Saúde sobre experiência positiva de parto pág 69
- Figura 9-** Frases ofensivas ouvidas durante o parto pelas mulheres entrevistadas pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Sesc..... pág 73
- Figura 10-** Gráficos pizza representando a porcentagem de cesarianas e de partos por via vaginal..... pág 77
- Figura 11-** Fotografia da mãe, bebê e pai, logo após parto normal, sem intervenções pág 91
- Figura 12-** Cartaz educativo elaborado pelo Ministério Público Federal (Procuradoria da República no Distrito Federal - Núcleo de Publicidade do MPF/DF), com o objetivo de serem distribuídas e afixadas cópias em toda rede hospitalar do DF. pág 101
- Figura 13-** Tabela representando o número de “denúncias” e a frequência relativa com que cada violência obstétrica foi “denunciada” ao MPF em Manaus/AM. pág 163
- Figura 14-** Mapa mental das diferenças entre o MP Demandista e o MP Resolutivo pág 169

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gráfico representando o quantitativo de recomendações publicadas e/ou noticiadas no site do MPF (<https://www.mpf.mp.br/>), ilustrando a atuação do MPF em cada Estado e no DF..... pág 124

Gráfico 2 – Gráfico representando o quantitativo de audiências públicas noticiadas no site do MPF (<https://www.mpf.mp.br/>), ilustrando a atuação do MPF em cada Estado pág 127

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Documentos do site institucional utilizados na dissertação pág 26
- Quadro 2** – Audiências públicas realizadas pelo MPF para discutir a temática da violência obstétrica pág 134
- Quadro 3** – Ações Cíveis Públicas ajuizadas pelo MPF em decorrência da prática de violência obstétrica pág 152

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACP	-	Ação Civil Pública
CDC	-	Código de Defesa do Consumidor
CEDAW	-	<i>Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women</i>
CIPD	-	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas
CF	-	Constituição Federal
CFM	-	Conselho Federal de Medicina
CNJ	-	Conselho Nacional de Justiça
CONITEC	-	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Sistema Único de Saúde
CP	-	Código Penal
CPMI	-	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
DPU	-	Defensoria Pública da União
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
Febrasgo	-	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
IC	-	Inquérito Civil
MBE	-	Medicina Baseada em Evidências
MHPNB	-	Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil
MP	-	Ministério Público
MPAM	-	Ministério Público do Estado do Amazonas
MPF	-	Ministério Público Federal
MPF/AL	-	Ministério Público Federal no Estado de Alagoas
MPF/AM	-	Ministério Público Federal no Estado do Amazonas
MPF/BA	-	Ministério Público Federal no Estado da Bahia
MPF/DF	-	Ministério Público Federal no Distrito Federal
MPF/ES	-	Ministério Público Federal no Estado do Espírito Santo
MPF/RJ	-	Ministério Público Federal no Estado do Rio de Janeiro
MPF/RO	-	Ministério Público Federal no Estado de Rondônia
MPAM	-	Ministério Público do Estado do Amazonas

MPSP	-	Ministério Público do Estado de São Paulo
MPU	-	Ministério Público da União
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PHPN	-	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PL	-	Projeto de Lei
ReHuNa	-	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TAC	-	Termo de Ajustamento de Conduta
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJSP	-	Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
TRF1	-	Tribunal Regional Federal da 1ª Região
TRF2	-	Tribunal Regional Federal da 2ª Região
TRF3	-	Tribunal Regional Federal da 3ª Região
TRF4	-	Tribunal Regional Federal da 4ª Região
TRF5	-	Tribunal Regional Federal da 5ª Região
UNFPA	-	<i>United Nations Population Fund</i>
WHO	-	<i>World Health Organization</i>
VO	-	Violência Obstétrica

Sumário

INTRODUÇÃO.....	20
1. METODOLOGIA	24
2. A PROTEÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES	28
2.1 Os DIREITOS HUMANOS DA MULHER PACIENTE	34
2.2 O DIREITO AO PARTO HUMANIZADO.....	40
2.2.1 Os VÁRIOS SENTIDOS DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO	42
2.2.1.1 A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	44
2.2.1.2 A HUMANIZAÇÃO DO PARTO COMO A LEGITIMIDADE POLÍTICA DA REIVINDICAÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DAS MULHERES.....	47
3 DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	50
3.1 DO SURGIMENTO DO TERMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	52
3.2 DO CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	58
3.3 PRÁTICAS CORRIQUEIRAS QUE CARACTERIZAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	62
3.3.1 EPISIOTOMIA.....	64
3.3.2 MANOBRA DE KRISTELLER.....	66
3.3.3 POSIÇÃO DE LITOTOMIA.....	67
3.3.4 NEGATIVA DE ANALGESIA.....	69
3.3.5 DESCUMPRIMENTO DA LEI Nº 11.108/2005	71
3.3.6 XINGAMENTOS E ABUSOS VERBAIS	73
3.3.7 CESARIANAS SEM INDICAÇÃO	75
3.3.8 ESTERILIZAÇÃO COMPULSÓRIA	78
3.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA X ERRO MÉDICO: UMA DISTINÇÃO NECESSÁRIA.....	82
3.5 A PROTEÇÃO LEGAL AOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS FEMININOS E A RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E CRIMINAL PELOS ATOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	86
4 A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL NO COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	92
4.1 O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL: ATRIBUIÇÕES E ATUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE	93
4.1.1 RECEBIMENTO DAS REPRESENTAÇÕES E TOMADA DE PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS	97

4.2 RECOMENDAÇÕES EXPEDIDAS PELO MPF EM DECORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOTICIADA	98
4.2.1 RECOMENDAÇÃO GAB-LLO DE 2016 (DISTRITO FEDERAL)	99
4.2.2 RECOMENDAÇÃO 15/2016/MPF/PR-RO/GABPRDC (RONDÔNIA).....	102
4.2.3 RECOMENDAÇÃO Nº 12, DE 13 DE JUNHO DE 2017 (OSASCO/SP).....	102
4.2.4 RECOMENDAÇÃO Nº 06/2017 (AMAZONAS).....	103
4.2.5 RECOMENDAÇÃO Nº 07/ 2017 (AMAZONAS).....	104
4.2.6 RECOMENDAÇÃO Nº 01/2018 (MARÍLIA/SP).....	105
4.2.7 RECOMENDAÇÃO Nº 07/ 2018 (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP).....	106
4.2.8 RECOMENDAÇÃO Nº 53/2018 (SÃO PAULO)	107
4.2.9 RECOMENDAÇÃO Nº 29/2019 PRSP (SÃO PAULO)	108
4.2.10 RECOMENDAÇÃO Nº 02/2019 - PRBA (BAHIA)	110
4.2.11 RECOMENDAÇÃO CONJUNTA DA DPU/PAJ Nº 2019/016-01718 E DA PRRJ/PP Nº 1.30.001.000689/2019-96 (RIO DE JANEIRO).....	110
4.2.12 RECOMENDAÇÃO Nº 44/2019, DE 25 DE SETEMBRO DE 2019 (SÃO PAULO).....	112
4.2.13 RECOMENDAÇÃO Nº 1/2020/MPF/PR-AL/8ºOFÍCIO (ALAGOAS).....	113
4.2.14 RECOMENDAÇÃO CONJUNTA Nº 01/2020 (AMAZONAS)	114
4.2.15 RECOMENDAÇÃO Nº 001/2021/12OFÍCIO/PR/AM (AMAZONAS)	115
4.2.16 RECOMENDAÇÃO Nº 1/2021/MPF/PR-AL/8ºOFÍCIO (ALAGOAS).....	115
4.2.17 RECOMENDAÇÃO Nº 2/2021/MPF/PR-AL/8ºOFÍCIO, DE 05 DE MARÇO DE 2021 (ALAGOAS).....	116
4.2.18 RECOMENDAÇÃO Nº 3/2021/MPF/PR-AL/8ºOFÍCIO (ALAGOAS).....	117
4.2.19 RECOMENDAÇÃO Nº 4/2021/MPF/PR-AL/8ºOFÍCIO (ALAGOAS).....	117
4.2.20 RECOMENDAÇÃO Nº 5/2021/MPF/PR-AL/8ºOFÍCIO (ALAGOAS).....	117
4.2.21 RECOMENDAÇÃO Nº 6/2021/MPF/PR-AL/8ºOFÍCIO (ALAGOAS).....	117
4.2.22 RECOMENDAÇÃO CONJUNTA Nº 003/2022, DE 15 DE SETEMBRO DE 2022 (AMAZONAS)	118
4.3 NOTÍCIAS DE RECOMENDAÇÕES EXPEDIDAS PELO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL....	119
4.3.1 MPF RECOMENDA MEDIDAS PARA ADEQUADO ATENDIMENTO A PARTURIENTES NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO CEARÁ (EM 10 DE MAIO DE 2018)	119
4.3.2 MPF QUER QUE MATERNIDADE DA CAPITAL PAULISTA APURE CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA (EM 26 DE OUTUBRO DE 2016)	119

4.3.3 MPF, MP-RJ E DEFENSORIA PÚBLICA COBRAM DIREITO DE ACOMPANHANTES EM PARTOS NO RJ (EM 16 DE MARÇO DE 2016)	120
4.3.4 MPF E MP/AM RECOMENDAM O CUMPRIMENTO DA LEI DO ACOMPANHANTE NO ESTADO (EM 07 DE MARÇO DE 2016).....	120
4.3.5 SAÚDE MATERNA: MPF/ES E MP/ES RECOMENDAM À SECRETARIA DE SAÚDE ADOÇÃO DE MEDIDAS URGENTES	121
4.3.6 APÓS RECOMENDAÇÃO DO MPF, HOSPITAL ESTADUAL RECONHECE QUE PRESSIONAR A BARRIGA DA MULHER COM FORÇA PARA AGILIZAR O PARTO CONFIGURA ATO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA (EM 16 DE DEZEMBRO DE 2014)	121
4.3.7 MPF EM CAMPINAS RECOMENDA QUE HOSPITAIS ASSEGUREM DIREITO DE MULHERES A ACOMPANHANTE DURANTE O PARTO E PÓS-PARTO (EM 06 DE OUTUBRO DE 2014).....	122
4.3.8 MPF/SP RECOMENDA QUE HOSPITAL UNIMED DE LIMEIRA APURE DENÚNCIAS DE VIOLÊNCIA NO PARTO (EM 12 DE MAIO DE 2014).....	123
4.3.9 AÇÃO JUDICIAL E RECOMENDAÇÕES MARCAM ATUAÇÃO DO MPF NO COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO AMAZONAS (EM 19 DE DEZEMBRO DE 2022).....	123
4.4 AUDIÊNCIAS PÚBLICAS REALIZADAS PARA DISCUSSÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ...	125
4.4.1 MPF E MP/RS DEBATERAM HUMANIZAÇÃO NO PARTO EM AUDIÊNCIA PÚBLICA	127
4.4.2 PARA MPF/SP, HÁ CONSENSO DE QUE A EPSIOTOMIA [S/C] NÃO DEVE SER USADA INDISCRIMINADAMENTE	128
4.4.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA É COMUM NAS MATERNIDADES DO AM, AFIRMAM MÃES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE	128
4.4.4 MPF/PE E MPPE REALIZAM AUDIÊNCIA PARA DISCUTIR VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	129
4.4.5 MPF/AM: COOPERAÇÃO TÉCNICA FIRMADA DURANTE AUDIÊNCIA PÚBLICA BUSCA GARANTIA DE DIREITOS CONTRA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO AMAZONAS.....	129
4.4.6 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA É TEMA DE AUDIÊNCIA PÚBLICA NO MPF/AL	130
4.4.7 MPF E MPAM REALIZAM TERCEIRA AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	131
4.4.8 AUDIÊNCIA PÚBLICA DISCUTIU A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PARAÍBA	131
4.4.9 DEBATE SOBRE O ALTO NÚMERO DE CESÁREAS NO BRASIL É RETOMADO EM SEGUNDA AUDIÊNCIA PÚBLICA	132
4.4.10 AUDIÊNCIA PÚBLICA PROMOVIDA PELO MPF DEBATE ASPECTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA MULHERES INDÍGENAS E NEGRAS	133

4.4.11 MPF: AUDIÊNCIA PÚBLICA ENCERRA ATIVIDADES DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MANAUS (AM).....	133
4.5 AÇÕES CIVIS PÚBLICAS AJUIZADAS PELO MPF EM DECORRÊNCIA DE COMPROVADA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	135
4.5.1 AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 0017488-30.2010.4.03.6100 - SÃO PAULO (MPF/SP X AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR)	136
4.5.2 AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 0001544-95.2016.4.02.5003 – ESPÍRITO SANTO (MPF/ES X UNIÃO FEDERAL, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO E RGIORI EMERGÊNCIAS MÉDICAS LTDA).....	138
4.5.3 AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 1001350-48.2017.4.01.3200 – AMAZONAS (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL X UNIÃO FEDERAL – HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE MANAUS).....	140
4.5.4 AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 1005413-82.2018.4.01.3200 – AMAZONAS (MPF/AM E MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO AMAZONAS X ESTADO DO AMAZONAS E UNIÃO FEDERAL).....	141
4.5.5 AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 5021263-50.2019.4.03.6100 (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL EM SÃO PAULO X CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA)	145
4.5.6 AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 5026644-10.2019.4.04.7200 – SANTA CATARINA (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL X CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA).....	147
4.5.7 AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 1015134-24.2019.4.01.3200 - MANAUS (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL X UNIÃO – HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE MANAUS).....	149
4.5.8 AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 5061750-79.2019.4.02.5101 – RIO DE JANEIRO (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E DPU X CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO - CREMERJ)	151
4.6 CASOS EXITOSOS DE ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL	154
4.6.1 A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL EM SÃO PAULO	155
4.6.2 A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL NO AMAZONAS	158
4.7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PELO MPF:	
MINISTÉRIO PÚBLICO RESOLUTIVO X MINISTÉRIO PÚBLICO DEMANDISTA	163
4.7.1 O MINISTÉRIO PÚBLICO DEMANDISTA	163
4.7.2 O MINISTÉRIO PÚBLICO RESOLUTIVO.....	166
4.7.2.1 O ATENDIMENTO AO PÚBLICO	169
4.7.2.2 O INQUÉRITO CIVIL	170

4.7.2.3 A AUDIÊNCIA PÚBLICA.....	171
4.7.2.4 O TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA.....	172
4.7.2.5 A RECOMENDAÇÃO.....	173
CONSIDERAÇÕES FINAIS	174
REFERÊNCIAS	180
APÊNDICES	198
APÊNDICE A – LEVANTAMENTO DA LEIS ESTADUAIS BRASILEIRAS QUE ABORDAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	198
APÊNDICE B – BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A DECISÃO DE NÃO RECEBIMENTO DA DENÚNCIA NO CASO SHANTAL VERDELHO.....	205
APÊNDICE C – CONSULTA DO TERMO “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA” REALIZADA NA JURISPRUDÊNCIA DOS TRIBUNAIS REGIONAIS FEDERAIS BRASILEIROS	212

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado apresenta-se como um dos requisitos para a obtenção do título de mestre e dá cumprimento à última fase das etapas da pesquisa *stricto sensu* no âmbito do programa de pós-graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas da Universidade Santa Cecília – UNISANTA.

O tema da pesquisa é a humanização do parto e o combate à violência obstétrica: a atuação do Ministério Público Federal na defesa da mulher e do seu direito ao parto respeitoso. Ao longo da pesquisa empreendida, buscou-se compreender como o Ministério Público Federal enxerga e luta contra esse tipo de violência, através da realização de levantamento de ações (judiciais e extrajudiciais) do Ministério Público, em especial do Ministério Público Federal, na prevenção e no enfrentamento da violência obstétrica e na concretização do direito ao parto respeitoso.

O tema acadêmico tem relevância a partir do momento que mesmo com as estatísticas apontadas pela Fundação Perseu Abramo ³, assim como, por documentos de organismos internacionais, o Brasil avançou muito pouco na conquista por um parto respeitoso, que foque na autonomia da mulher e nas evidências científicas. Outrossim, entende esta pesquisadora, que o Ministério Público Federal é órgão competente e agente de importância essencial no combate à violência obstétrica.

Aqui, questiona-se: Como o Ministério Público Federal tem agido no combate à violência obstétrica?

Observou-se que as pesquisas até então produzidas acerca do tema “violência obstétrica” foram realizadas sob um viés majoritariamente epidemiológico e, em menor escala, trazendo uma perspectiva psicológica, filosófica, antropológica, sociológica e, ainda em menor quantidade, uma visão jurídica. Outrossim, nos sítios eletrônicos pesquisados (inclusive o Repositório de Teses Capes), fazendo-se um recorte de atuação do Ministério Público Federal no enfrentamento à violência obstétrica, não foram encontradas dissertações que abordem a temática.

A escolha do tema desta pesquisa, como toda escolha, tem uma história. Sempre desejei ser mãe. Sempre desejei fazer Mestrado. No entanto, por

³ Levantamento da Fundação Perseu Abramo (pesquisa de opinião pública de 2010), em parceria com o Sesc, concluiu que 1 em cada 4 mulheres passou por algum tipo de experiência violenta durante o parto.

circunstâncias da vida, a Maternidade veio antes da Academia. Tornei-me mãe de Marcelo (2015) e de Luísa (2018). Em nenhuma das duas oportunidades, eu pari. Meus filhos nasceram lindos e saudáveis, mas ambos vieram ao mundo por meio de cesáreas (uma eletiva e a outra não agendada). No momento do parto de Marcelo, por mais que eu não tivesse identificado de pronto qualquer violência obstétrica, algo, que eu não conseguia nomear, incomodava-me. Na gestação de Luísa, que não fora planejada, na tentativa de fazer as coisas de uma maneira diferente, decidi me informar bastante e procurar uma médica (sim, eu tenho preferência por médicas ginecologistas/obstetras mulheres), que realizasse partos normais e adotasse uma assistência humanizada.

Ocorre que os nossos planos não são só nossos e aconteceu de o meu marido ser transferido, por interesse da empresa em que trabalha, para Santos/SP e eu, por conseguinte, fui removida para acompanhar cônjuge (sou servidora do quadro do Ministério Público Federal). Já em solo santista, deparei-me, aos quase seis meses de gestação, com uma dificuldade enorme de marcar exames e de encontrar profissionais de assistência humanizada⁴. Eu já sabia: não escaparia de uma cesariana. Os meus dois partos, portanto, apesar de não terem gerado um trauma, deixaram uma espécie de lacuna e eu sentia que precisava ressignificar aqueles momentos.

Em outubro de 2020, em plena pandemia, foi lançada no Ministério Público Federal uma seleção de ajuda de custo para aqueles servidores que se interessassem em cursar Mestrado ou Doutorado. Resolvi fazer a inscrição, que exigiu um projeto com temática de interesse do MPF e devidamente aprovado por uma Universidade. Como temas ligados a direitos das mulheres e à maternidade sempre me interessaram, e tendo em vista a minha experiência pessoal com dois partos medicalizados, resolvi tratar da temática envolvendo humanização do parto, violência obstétrica e o papel do Ministério Público, em especial, do Ministério Público Federal, no combate à violência obstétrica e na defesa de um parto respeitoso.

Para alcançar o objetivo do presente estudo, que é compreender o papel do Ministério Público e, em específico, do Ministério Público Federal, no combate à

⁴ Não posso afirmar que não exista uma assistência humanizada à gestante na cidade, mas, em pesquisas na Internet, falando com médicos de Recife (minha cidade natal) e de Salvador (cidade em que morei por quase 6 anos), não encontrei ou recebi qualquer indicação de equipe médica e houve, inclusive, sugestões para que eu me consultasse com médicos na cidade de São Paulo, bem como para que agendasse uma cesárea em alguma maternidade da capital paulista. O parto por via normal me pareceu inacessível na rede suplementar de saúde.

violência obstétrica e na garantia de um parto respeitoso a todas as mulheres, a construção da dissertação se deu em quatro capítulos. Ressalte-se que, apesar de o presente trabalho estar centrado no Direito, apresenta, nos capítulos iniciais (Capítulos 2 e 3), conceitos de caráter interdisciplinar, tais como: de parto humanizado, de violência obstétrica e de alguns termos médicos⁵, necessários para permitir a compreensão da pesquisa por profissionais atuantes em distintas áreas. Por oportuno, durante a elaboração desta dissertação, esta pesquisadora observou que muitos membros do Ministério Público e servidores se encontram alheios às políticas públicas de parto humanizado e à existência do tipo de violência aqui abordado.

O primeiro capítulo é dedicado à metodologia. Em resumo, a metodologia aqui utilizada consistiu no levantamento bibliográfico e análise da produção científica que trouxe os conceitos de humanização do parto e de violência obstétrica, bem como das legislações estaduais brasileiras e projetos de lei nacional sobre o tema. Outrossim, no período de julho de 2022 a janeiro de 2023, foi realizada pesquisa de dados no *site* institucional do Ministério Público Federal, utilizando-se, no campo “busca”, o termo “violência obstétrica”, tendo sido encontrados 321 documentos datados entre 2014 e 2022. Em seguida, foi realizada uma análise detalhada das recomendações, audiências públicas e das Ações Civis Públicas de lavra do MPF.

No capítulo 2, estabeleceu-se uma linha evolutiva da proteção dos direitos humanos das mulheres, sendo apresentados os principais documentos, tratados e convenções internacionais que tratam do enfrentamento à violência contra a mulher, desembocando no direito ao parto humanizado e nos vários sentidos da humanização do parto.

No capítulo 3, tratou-se propriamente da violência obstétrica, com o esboço da história do surgimento do termo, exposição da conceituação, dos principais documentos que apontam as mais relatadas formas de violência sofridas pelas gestantes e parturientes nas instituições hospitalares, contendo a exposição das mais relevantes. Foram expostos os marcos referenciais da Organização Mundial de Saúde e sua incorporação às políticas públicas brasileiras. Por ser de salutar importância ao objeto desta dissertação, fez-se uma breve diferenciação entre a violência obstétrica

⁵ Para abordar as formas de violência obstétrica foi imprescindível trazer a lume alguns conceitos médicos como episiotomia, litotomia, Manobra de Kristeller, dentre outros.

e o erro médico, bem como foram sugeridas estratégias de combate a tal forma de violência.

No quarto e último capítulo, tratamos de listar algumas atribuições do Ministério Público brasileiro e, mais detalhadamente, do Ministério Público Federal. O olhar que defendemos para o Ministério Público é de um Ministério Público resolutivo e não o de mero acusador. Nesse sentido, foram analisadas, qualitativamente, as Ações Cíveis Públicas em que houve a atuação do órgão público e seus desdobramentos na realidade das mulheres atingidas, a fim de abordarmos a judicialização da violência obstétrica pela instituição pública. Ademais, foram analisadas várias recomendações expedidas pelo Ministério Público Federal e algumas atas e informes das audiências públicas realizadas pelo *Parquet* federal e por alguns MPs estaduais para discutir a violência obstétrica e o direito ao parto humanizado.

É importante que se diga que as conclusões desta pesquisa de natureza documental qualitativa se limitam a uma amostra selecionada a partir das publicações constantes no site do Ministério Público Federal, quando, na ferramenta de busca, foi digitada a expressão “violência obstétrica”. Portanto, esta dissertação serve de norte para novas pesquisas, com amostras mais significativas, relativas à temática aqui proposta, que possam direcionar a uma atuação ministerial cada vez mais resolutiva no combate à violência obstétrica, com o objetivo de consolidar o caráter de transformador social que detém o Ministério Público.

1. METODOLOGIA

“Existiria uma possibilidade concreta de tratarmos de uma realidade da qual nós próprios, enquanto seres humanos, somos agentes? Essa ordem de conhecimento não escaparia radicalmente a toda possibilidade de objetificação?

E, será que buscando a objetificação própria das ciências naturais, não estaríamos descaracterizando o que há de essencial nos fenômenos e processos sociais, ou seja, o profundo sentido dado pela subjetividade?” (MINAYO, 2011, p. 15)

Trata-se de uma pesquisa documental exploratória, cuja análise foi realizada a partir das demandas que envolvem a prática de violência obstétrica e que provocaram a atuação do Ministério Público Federal, que, por sua vez, em algumas dessas demandas, agiu em conjunto com o Ministério Público Estadual respectivo, cujos principais referenciais teóricos foram Diniz (2004, 2005, 2009, 2014 e 2015), Leal *et al* (2014), Federici (2019), Goulart (2021), Grobério (2022), entre outros.

A pesquisa pretendida enfrentou os desafios em relação à duração máxima de prazos do Programa de Pós-Graduação a que está vinculada, bem como às adaptações em decorrência da pandemia Covid-19.

O material bibliográfico utilizado na presente dissertação abarca artigos e trabalhos depositados nas bases de dados Scielo, PubMed, LILACS (Literatura Latino-americana do Caribe em Ciências da Saúde), Google Acadêmico e repositório de dissertações/teses CAPES, tendo a busca sido realizada por meio da utilização dos seguintes descritores: “violência obstétrica no Brasil”; “violência obstétrica e o Ministério Público”, “violência obstétrica e o Ministério Público Federal”, “Humanização do Parto”, “parto respeitoso”, “parto humanizado” e demais terminologias semelhantes.

Na metodologia adotada, a partir de levantamento bibliográfico, realizaram-se, também, leituras de obras sobre Direitos Humanos, bem como trabalhos que abordam a relação entre gênero e violência, dentre os quais, destaquem-se os das autoras Sílvia Federici (2019), Nancy Fraser (2019) e Grobério (2022). O universo a ser representado em nossa pesquisa levou em conta o documentado estatisticamente pela Fundação Perseu Abramo, pelo relatório Nascer no Brasil e pelo dossiê “Parirás com Dor”, assim como, dados presentes em documentos de organismos

internacionais, sendo os mais relevantes as Declarações expedidas pela ONU relativas às diversas práticas de violência contra as mulheres e a Agenda 2030.

Foram igualmente relevantes para construção da pesquisa a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), de 1979, a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher (Declaração e Programa de Ação de Viena - 1993) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (a Convenção de Belém do Pará de 1994).

Considerando que o Ministério Público, após a Constituição de 1988, possui *status* de guardião da ordem jurídica, temos por fundamental entender como o Poder Legislativo tratou a violência obstétrica, motivo pelo qual foi realizado um compilado, não exaustivo, das legislações estaduais que definem a VO, apresentando-se maiores detalhes de tais diplomas legais no Apêndice A. Outrossim, resalte-se que o levantamento das leis estaduais que disciplinem a violência obstétrica foi executado pela necessidade de se avaliar se o Ministério Público Federal dispõe de instrumentos normativos suficientes para combater a violência obstétrica.

Realizou-se, ademais, uma análise documental qualitativa de ações civis públicas, recomendações e audiências públicas, respectivamente, promovidas, expedidas e presididas pelo Ministério Público Federal, sem recorte temporal pré-estabelecido, com o objetivo de observar como a instituição entende a VO e atua no combate a tal forma de violência. As ações civis públicas, recomendações e audiências públicas foram selecionadas através de pesquisa no site institucional do Ministério Público Federal.

Sobre a referida análise, deve ser aduzido que, no período de julho de 2022 a janeiro de 2023, no site institucional do Ministério Público Federal (<https://www.mpf.mp.br/>), ao digitar o termo “violência obstétrica” no campo busca do site, em julho de 2022, foram mostrados 305 (trezentos e cinco) resultados. Considerando o caráter dinâmico do site do MPF, estabeleceu-se que seriam analisadas as ocorrências encontradas até o final de janeiro de 2023. Em janeiro de 2023, foi obtido o total de 321 (trezentos e vinte e um) resultados.

Previamente, esta pesquisadora decidiu que seriam estudadas as iniciais de Ações Civis Públicas, as Recomendações, os Termos de Ajustamento de Conduta (TACs) e as audiências públicas de autoria do MPF. Ao fim da análise, não foram

encontrados TACs firmados sobre a temática, mas, pelo teor das notícias lidas e dos documentos estudados, tem-se que houve propositura de TACs pelo Ministério Público Federal em São Paulo⁶.

Outrossim, tendo em vista que havia o intuito de examinar todas as ocorrências, não foi pré-estabelecido um recorte temporal para as datas dos documentos a serem examinados.

Das 321 (trezentas e vinte e uma) ocorrências encontradas, em 213 (duzentas e treze), havia discussão sobre a violência obstétrica e, em 108 (cento e oito), não houve discussão específica sobre o tema. Das 213 (duzentas e treze) ligadas à temática, 33 (trinta e três) versavam sobre votos proferidos em Inquéritos Cíveis ou demais expedientes relativos aos ICs (portarias, por exemplo) e não foram utilizadas no texto desta dissertação, pois não haveria tempo hábil para esta pesquisadora avaliar a atuação do órgão federal nos inquéritos cíveis, os quais, geralmente, são volumosos e tramitam sob sigilo. Foram também descartadas 2 (duas) ocorrências que tratavam de caso internacional de VO. Em relação àquelas ocorrências que serviram ao objetivo desta pesquisa, tem-se que 10 (dez) apresentavam informações em duplicidade. No total, foram utilizadas para a construção da dissertação 168 (cento e sessenta e oito) ocorrências.

Realizada a triagem e leitura dos documentos encontrados nos 168 resultados, fez-se a seleção e comentários detalhados das Recomendações emitidas pelo *Parquet* federal, das Ações Cíveis Públicas ajuizadas, bem como das audiências públicas presididas por membros do Ministério Público Federal, todas abarcando o tema violência obstétrica. A seguir, um quadro que resume os documentos detalhados:

Quadro 1: Documentos do site institucional utilizados na dissertação

Recomendações e Notícias de Recomendações	Ações Cíveis Públicas	Audiências Públicas
46	8	11

Fonte: elaborado pela pesquisadora

⁶ Conforme notícia disponível em <https://www.mpf.mp.br/sc/sala-de-imprensa/noticias-sc/procuradora-da-republica-aborda-casos-de-violencia-contras-mulheres-no-momento-do-parto>. Acesso em 28 de maio de 2023.

As demais ocorrências utilizadas (excetuando-se as recomendações, audiências públicas e ações civis públicas) são compostas por: sentenças, recursos dos autos das ações civis públicas estudadas; áudios do Programa “Interesse Público”; notícias das rodas de conversas e reuniões realizadas pelo MPF; notícia de Episódio de *PodCast* Sessão Aberta; relatório e notícias de inspeções realizadas em maternidades; notícia sobre a indicação de Procuradora da República ao recebimento do prêmio Viva por atuação no combate à violência obstétrica; Livro Memórias e Histórias do Ministério Público Federal do Amazonas; Atas de Audiências Públicas e outros.

Com a esquematização das ocorrências, constatou-se que o documento mais antigo remonta a março de 2014 e o mais recente é datado em dezembro de 2022. Verificou-se, ademais, que as Procuradorias mais atuantes no combate à violência obstétrica foram a Procuradoria da República em São Paulo e a Procuradoria da República no Amazonas, tendo esta pesquisadora se aprofundado nas diligências empreendidas por essas Procuradorias e proposto como sugestão a replicação ou adaptação do modelo de atuação para as demais unidades do Ministério Público Federal.

Este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que o material coletado foi constituído de documentos de domínio público.

2. A PROTEÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES

“A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais” (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948)

A proteção internacional dos direitos humanos ocorre por meio de organizações internacionais caracterizadas como universais ou regionais, caso, respectivamente das Nações Unidas e da Organização dos Estados Americanos. Vale salientar que uma das conceituações de direitos humanos é a de que são atributos de todas as pessoas pelo simples fato de serem pessoas, independentemente de qualquer característica. Por conseguinte, *a priori*, não haveria a necessidade de serem abordados, de maneira específica, os direitos humanos das mulheres.

Entretanto, os papéis e estereótipos que foram historicamente atribuídos às mulheres fazem com que seja preciso conferir um caráter específico ao reconhecimento e à proteção dos seus direitos (INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS, 2004, p.83).

Infelizmente, é sempre necessário lembrar que não há direitos humanos sem a plena observância dos direitos das mulheres (metade da população mundial). Ou seja, não se pode falar em direitos humanos, quando metade da população tem desrespeitados os direitos mais fundamentais (o direito de parir respeitosamente é um desses direitos).

Cabe ressaltar que, no texto da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, pouco é citado sobre questões envolvendo gênero⁷, mas lembremos que a Declaração Universal simboliza a consciência histórica que a humanidade possui dos seus valores fundamentais na segunda metade do século 20. É que a Declaração de 1948 “é uma síntese do passado e uma inspiração para o futuro: mas suas tábuas não foram gravadas de uma vez para sempre” (BOBBIO, 2020, p. 33). Assim, é na primeira Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1975, no México, que se discute

⁷ No preâmbulo da Declaração de 1948 há o parágrafo “Visto que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta, sua fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e valor da pessoa humana e na igualdade de direitos dos homens e mulheres (...)”. No artigo 2º da Declaração, encontra-se a disposição de que “todo ser humano pode fruir de todos os direitos e liberdades apresentados nesta Declaração, sem distinção de qualquer sorte, como raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra ordem, origem nacional ou social, bens, nascimento ou qualquer outro status. (...)”. Não foram encontradas outras previsões expressas em relação à igualdade de gênero.

bastante o fato de que não seria justo tratar um grupo que historicamente foi subjugado (as mulheres) da mesma forma que aquele grupo que sempre foi privilegiado (os homens).

Em um primeiro momento, em relação especificamente às mulheres, surgiram os instrumentos de direitos humanos voltados às questões relativas à nacionalidade e ao reconhecimento de direitos civis e políticos. Posteriormente, a violência e a discriminação contra as mulheres se destacaram como dois eixos temáticos para o desenvolvimento de uma proteção específica.

Em 1979, a Organização das Nações Unidas (ONU) escolhe como instrumento a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), documento elaborado com uma dupla missão: eliminar a discriminação e assegurar a igualdade. O Brasil é signatário da Convenção desde 1981, tendo ratificado o instrumento em 1984 (Decreto nº 89.460), assumindo, assim, o compromisso de seguir, através de todos os meios apropriados e sem dilações, uma política destinada a combater e, quando necessário, condenar, a discriminação contra a mulher em todas as suas formas, zelando para que as autoridades e instituições públicas atuem em conformidade com esta obrigação.

Oportuno afirmar que, a partir da CEDAW, foi criado o Comitê CEDAW, que é responsável por monitorar a implantação da própria convenção e, no que diz respeito aos Estados que ratificaram a CEDAW, as recomendações do Comitê funcionam como fontes autorizadas de interpretação da convenção e, ainda que meras recomendações e não sentenças judiciais, prescrevem as obrigações internacionais e determinam responsabilidades internacionais. A Recomendação Geral nº 19⁸, aprovada em 1992, interpreta o artigo 1º da Convenção CEDAW da forma expressa a seguir:

6. A Convenção no artigo 1.º define a discriminação contra as mulheres. A definição inclui a violência baseada no gênero, como sendo, a violência que é dirigida contra a mulher por ela ser mulher ou aquela que afecta desproporcionadamente as mulheres. Esta violência inclui os actos que infligem danos ou sofrimento físico, mental ou sexual, as ameaças de cometer esses actos, a coerção e outras formas de privações da liberdade. A violência baseada no gênero pode contrariar disposições específicas da Convenção, independentemente de expressamente mencionarem a violência (RECOMENDAÇÃO GERAL N. 19 CEDAW, 1992)

⁸ Recomendação nº 19 encontra-se disponível em: <https://www.tjri.jus.br/documents/10136/8038814/recomendacao-19-cedaw.pdf/5f5504a5-2593-4bc3-f195-7c9566d0d86e?version=1.0> . Acesso em 20 de abril de 2022.

Faz-se essencial registrar que a escolha da via de parto constitui um direito humano da gestante no que tange à sua integridade pessoal, liberdade e consciência, estando protegido pela Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San Jose da Costa Rica) de 22 de novembro de 1969, ratificada pelo Brasil em 25 de setembro de 1992.

Em 1993, é a vez de adotar a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher (Declaração e Programa de Ação de Viena). O legado da Declaração de Viena é tido como duplo, pois, além de endossar a universalidade e a indivisibilidade dos direitos humanos já conferida pela Declaração Universal de 1948, dá realce aos direitos humanos das mulheres e das meninas

em expressa alusão ao processo de especificação do sujeito de direito e à justiça enquanto reconhecimento de identidades. Nesse cenário as mulheres devem ser vistas nas especificidades e peculiaridades de sua condição social. O direito à diferença implica o direito ao reconhecimento de identidades próprias, o que propicia a incorporação da perspectiva de gênero, isto é, repensar, revisar e reconceptualizar os direitos humanos a partir da relação entre os gêneros, como um tema transversal. (PIOVESAN, 2014, p. 24/25)

Outrossim, em 09 de junho de 1994, o Sistema Interamericano acolhe a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (a Convenção de Belém do Pará). A convenção de Belém do Pará, promulgada em 1994 e ratificada pelo Brasil em 1996 (Decreto nº 1.973/96), veio unir forças com a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW). Ambos os instrumentos se caracterizam como importantes marcos normativos para garantia e observância dos direitos humanos das mulheres. Nesse sentido, a Convenção de Belém do Pará define como violência contra a mulher “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 1996, artigo 1).

Realizada entre os dias 5 e 13 de fevereiro de 1994, no Cairo, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD) trouxe avanços para os direitos reprodutivos das mulheres. Foi nessa Conferência que 184 Estados reconheceram os direitos reprodutivos como direitos humanos (PIOVESAN e PIROTTA, 2018, p. 935). Os autores explicitam o alcance que a Conferência

Internacional do Cairo trouxe para a saúde reprodutiva, mencionando parte do programa da conferência. Observemos:

a saúde reprodutiva pressupõe a capacidade de desfrutar de uma vida sexual segura e satisfatória e de reproduzir-se, contando com a liberdade de fazê-lo ou não, quando e com que frequência. Está implícito nessa última condição o direito de homens e mulheres à obtenção de informação e a ter acesso a métodos de planejamento familiar de sua escolha que sejam seguros, efetivos, disponíveis e aceitáveis, bem como a outros métodos de regulação da fertilidade de sua escolha não contrários à lei, e o direito de acesso a serviços de saúde apropriados que permitam à mulher passar pela gravidez e pelo parto com segurança e que provejam aos casais as melhores oportunidades de ter um filho saudável (PIOVESAN e PIROTTA, 2018, p. 879/881)

Em setembro de 1995, foi realizada a IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres, em Pequim, tendo sido adotado o documento Plataforma de Ação de Pequim (PAP). A Plataforma de Ação de Pequim consiste em um abrangente programa de trabalho que recomenda a adoção de um amplo conjunto de medidas destinadas a eliminar os obstáculos à participação ativa das mulheres em todos os níveis da vida pública e privada, a fim de garantir o empoderamento das mulheres. Dentre tais recomendações destaque-se que

94. A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença. A saúde reprodutiva implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência. Essa última condição implica o direito para o homem e a mulher de obter informação sobre métodos seguros, eficientes e exequíveis de planejamento familiar e de ter acesso aos de sua escolha, assim como a outros métodos por eles escolhidos para regularização da fertilidade, que não estejam legalmente proibidos, e o direito de acesso a serviços apropriados de atendimento à saúde que permitam às mulheres o acompanhamento seguro durante a gravidez, bem como partos sem riscos, e dêem aos casais as melhores possibilidades de terem filhos sãos. [...] (Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, Pequim, 1995)

No âmbito da Organização das Nações Unidas, merecem destaque as Resoluções do Conselho de Direitos Humanos nº 11/2 de 2009 e nº 14/12 de 2010 acerca de *Accelerating efforts to eliminate all forms of violence Against women*. Consta da Resolução nº 14/12 que os Estados devem estabelecer ou fortalecer planos de ação de combate à violência praticada contra mulheres e meninas, abarcando mecanismos de *accountability* para a prevenção da violência, com a adoção de

estratégias tanto de alcance universal quanto aquelas que sejam endereçadas a grupos específicos (mulheres afrodescendentes e indígenas, por exemplo) (PIOVESAN, 2014, p. 27).

Especificamente sobre gravidez e parto, a Organização Mundial de Saúde (WHO/RHR/14.23 – OMS, 2014) estabelece, em Declaração, que:

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

Por sua vez, a Recomendação Geral n. 35 do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 2017) declara que o direito a uma vida sem violência de gênero é indissociável e interdependente de outros direitos humanos, como “o direito à vida, à saúde, à liberdade e à segurança pessoal, o direito à igualdade e à igual proteção dentro da família, à liberdade contra a tortura, o tratamento cruel, desumano ou degradante e à liberdade de expressão, movimento, participação, reunião e associação” (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019, p. 21).

O Fundo de População das Nações Unidas, o *United Nations Population Fund* (UNFPA), em 2020, publicou o Relatório Global sobre a Situação da População Mundial⁹, o qual ressalta que o combate ao problema da violência contra mulheres e meninas “demanda um esforço de toda a sociedade, na qual todos que têm um papel a desempenhar, visando interromper essas práticas, tomem atitudes para fazê-lo. É preciso conectar os diversos fatores determinantes das práticas nocivas e da privação do poder de decidir das mulheres” (UNFPA, 2020, p.12).

⁹ United Nations Population Fund (UNFPA). *Contra minha vontade: desafiando as práticas que prejudicam mulheres e meninas e impedem a igualdade*. Publicado em junho de 2020. Disponível em <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/situacao-da-populacao-mundial-2020>. Acesso em 04 de fevereiro de 2023. A UNFPA é a agência de desenvolvimento internacional da ONU que trata de questões populacionais e, atualmente, o trabalho é guiado pelo Programa de Ação que foi aprovado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, Egito, em 1994. Na realização da CIPD, 179 Estados-Membros da ON, dentre eles o Brasil, acordaram que a igualdade de gênero e o atendimento às necessidades em educação e saúde, inclusive saúde reprodutiva, são pré-requisitos para se alcançar o desenvolvimento sustentável a longo prazo.

Mais recentemente, a Agenda 2030 da ONU previu como meta (meta 3.1 – Saúde e Bem-estar) a ser cumprida pelo Brasil a redução da taxa de mortalidade materna para a razão de, no máximo, 30 mortes por 100.000 nascidos vivos. Uma outra meta, a 5.6, no sentido de alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas (Igualdade de Gênero), estabelece a necessidade de “promover, proteger e garantir a saúde sexual de reprodutiva, os direitos sexuais e direitos reprodutivos, em consonância com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão”¹⁰ (ONU Brasil, 2023).

Os direitos humanos não traduzem uma história linear e assim também ocorre com os direitos humanos das mulheres, é que “os direitos não nascem todos de uma vez. Nascem quando devem ou podem nascer” (BOBBIO, 2020, p.6). Outrossim, são os direitos humanos socialmente construídos, fazendo parte das grandes conquistas nos contextos de lutas sociais pela dignidade humana. Os direitos humanos sempre são um processo, “nunca o resultado neutral de uma decisão arbitrária de poder” (FLORES, 2009, p. 107).

¹⁰ A Agenda 2030 da ONU é um plano global de ação para transformar o mundo em um lugar mais sustentável até 2030. Em setembro de 2015, representantes dos 193 Estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), reunidos em Nova York, protocolaram o documento “Transformando o Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”. A Agenda 2030 e todos os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) encontram-se disponíveis em <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3> . Acesso em 10 de janeiro de 2023.

Figura 1- Linha-do-tempo de alguns dos principais instrumentos normativos de proteção dos Direitos Humanos das Mulheres



Fonte: elaborada pela pesquisadora

2.1 Os Direitos Humanos da mulher paciente

“Uma coisa é ser firme nas suas recomendações ao paciente – todo paciente espera sentir firmeza do profissional de saúde – outra coisa bem diferente é a grosseria e o desrespeito. Não se engane: um/a paciente tratada/o com gentileza e compreensão tem muito mais chances de seguir a prescrição e demais recomendações dos serviços de saúde – e de melhorar dos seus problemas de saúde – do que aquele que é tratado com grosseria, com indiferença, ou com uma prescrição autoritária e cheia de julgamentos sobre o que é certo e o que é errado”. (DINIZ, Carmem Simone Grilo)¹¹

Os Direitos Humanos dos Pacientes correspondem a um ramo do Direito Internacional dos Direitos Humanos, tendo em vista que estão previstos em documentos internacionais e são adotados na esfera de organismos também internacionais, possuindo como princípio basilar a dignidade da pessoa humana. Abarcam o conjunto de convenções, pactos, declarações internacionais em matéria de direitos humanos e a jurisprudência internacional, construída pelos órgãos de

¹¹ In O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. São Paulo: Fundação Ford e CREMESP, 2003, p. 15. Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/direitos-humanos-parto-gravidez.pdf> . Acesso em 20 de março de 2023.

monitoramento dos direitos humanos da Organização das Nações Unidas (ALBUQUERQUE, 2016).

Tendo por definição que paciente é a pessoa que está em contato com os serviços de cuidado em saúde e destacando que tal conceito, conforme veremos, diverge da conceituação de consumidor e de usuário, tem-se que a violência obstétrica fere não apenas os direitos humanos das mulheres e dos seus filhos, considerados como os direitos inerentes à pessoa humana, mas também desrespeita os direitos humanos dos pacientes, correspondentes às necessidades e especificidades destes.

Na medida em que o parto deixou de ser um evento realizado no lar e passou a ser realizado, majoritariamente, em instituições hospitalares¹², a gestante e a parturiente passaram a se revestir da condição de pacientes, fazendo jus, por conseguinte, a direitos específicos desta categoria de indivíduos. Sobre a proporção entre aqueles nascidos em hospitais e os nascidos em domicílio temos as seguintes figuras ilustrativas:

Figura 02: Número de nascidos vivos, em parto domiciliar, no Brasil, no ano de 2020

DATASUS		
» NASCIDOS VIVOS - BRASIL		
Nascim p/resid.mãe segundo Região Local ocorrência: Domicilio Período: 2020		
Região	Nascim p/resid.mãe	
TOTAL		19.691
1 Região Norte		9.158
2 Região Nordeste		4.080
3 Região Sudeste		3.887
4 Região Sul		1.284
5 Região Centro-Oeste		1.282

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

¹² Segundo informações constantes no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> . Acesso em: 17 de março de 2023.

Figura 03: número de nascidos vivos, em partos hospitalares, no Brasil, no ano de 2020

DATASUS

> NASCIDOS VIVOS - BRASIL

Nascim p/resid.mãe segundo Região
Local ocorrência: Hospital
Período: 2020

Região	Nascim p/resid.mãe
TOTAL	2.684.834
1 Região Norte	285.701
2 Região Nordeste	755.916
3 Região Sudeste	1.044.443
4 Região Sul	371.360
5 Região Centro-Oeste	227.414

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

O direito do paciente, diferentemente daquele do usuário e do consumidor, ocorre no âmbito da relação entre médico e paciente, descortinando uma condição individualizada de cada paciente. O paciente acaba por carregar uma dupla condição no processo terapêutico: a sua vulnerabilidade e a sua centralidade, compartilhando com o profissional de saúde as deliberações no curso do processo terapêutico. Por outro lado, os direitos do usuário se estabelecem numa relação impessoal pelo uso de determinado serviço de saúde, dispondo sobre os procedimentos e meios de acesso ao referido serviço. Por fim, os direitos do consumidor são aqueles estabelecidos no Código de Defesa do Consumidor e no que se refere aos cuidados com saúde, o serviço deve ser oferecido no mercado de consumo mediante remuneração (ALBUQUERQUE, 2016).

Em relação à paciente gestante, essa vulnerabilidade se encontra escancarada nas visíveis alterações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas que ocorrem no corpo da mulher. Já a centralidade da paciente gestante se caracteriza (ou deveria se caracterizar) ao ser considerado o protagonismo da mulher na cena do parto, a qual relatará e terá validadas suas sensações físicas e suas preferências em relação à escolha dos procedimentos a serem utilizados pelo profissional da saúde no momento do trabalho de parto e no parto.

Vale destacar que a centralidade e a vulnerabilidade podem variar de acordo com a condição da paciente (classe social, etnia, nível de informação e de escolaridade ou se apresentar estado de saúde que enquadre a mulher numa gravidez de risco).

Dentre os Direitos Humanos da mulher paciente, encontram-se: o direito à assistência emergencial e eficaz; o direito à segurança da paciente; o direito a não ser submetida à tortura e a tratamento cruel ou degradante; o direito ao respeito pela vida privada; direito à informação; direito de não ser discriminada; o direito à saúde e o direito à vida.

Como exemplo de morte em razão de negligência, preconceito e ineficaz atendimento de saúde, notório por ter dado origem à primeira denúncia sobre mortalidade materna na Organização das Nações Unidas, recebida pelo Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a mulher, tem-se o caso de Alyne da Silva Pimentel¹³. Aqui, feriu-se o direito à assistência emergencial e eficaz, o direito de não ser discriminada, o direito à saúde e o direito à vida.

O direito à segurança da paciente implica questionamento sobre a higienização do profissional da saúde; o direito de possuir um acompanhante, de sua livre escolha, para a certificação dos procedimentos que serão aplicados; o direito à informação sobre os cuidados que lhe serão ofertados, etc.

O tratamento desumano ou degradante é aquele em que a intervenção médica é realizada de forma forçada ou mediante coação, compreendendo, também, a negativa de cuidado em saúde ou o fornecimento de cuidado inferior àquele definido como padrão, devido a atos discriminatórios, ou o fornecimento de tratamento médico de modo humilhante à paciente (no caso da gestante, os xingamentos proferidos e o

¹³ O caso Alyne Pimental consiste em caso emblemático, tendo sido o primeiro caso, no Sistema Global de Direitos Humanos, envolvendo denúncia sobre mortalidade materna. O Brasil foi condenado pelo Comitê da Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Cedaw) em denúncia que tratou sobre mortalidade materna decorrente da precariedade da assistência médica. O referido Comitê concluiu que o Brasil atuou de forma insuficiente na proteção dos direitos humanos à saúde, à vida, igualdade e à não discriminação no acesso à saúde. Outrossim, considerou que o Estado brasileiro falhou ao não garantir aos familiares de Alyne o acesso efetivo à Justiça. Por conseguinte, o Comitê determinou que o Estado brasileiro indenizasse a família de Alyne e emitiu recomendações a serem adotadas no serviço público de saúde em relação ao atendimento despendido às gestantes. "O caso poderia ser apresentado ao Sistema Interamericano de Direitos Humanos, por se tratar de um tipo de violência contra as mulheres e, portanto, ser considerado uma violação às obrigações assumidas pelo Estado brasileiro por ser signatário da Convenção de Belém do Pará. Mas, o envio ao Comitê CEDAW buscou fortalecer o entendimento de que a violência contra as mulheres é um tipo de discriminação e de que a discriminação contra as mulheres negras, pobres e periféricas tem sido sistêmica nos serviços de saúde no país" Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/CNfnySYtXWtYbsc987D8n5S/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 11 de janeiro de 2023.

atendimento realizado nos corredores lotados das maternidades, expondo a intimidade da mulher e a esterilização compulsória são alguns exemplos).

O direito ao respeito pela vida privada é aquele relativo ao direito que a paciente tem de ser detalhadamente informada sobre todos os procedimentos que serão realizados durante o pré-natal, parto e pós-parto imediato. Aqui, o consentimento informado é primordial na preservação da privacidade da paciente, mas é salutar que a informação seja acessível a cada paciente, levando-se em consideração as especificidades sociais e culturais de cada mulher. Um exemplo ilustrativo é a autorização pela parturiente da presença de estudantes de Medicina na sala de parto e seu consentimento em relação à realização de certos procedimentos por esses estudantes. Sem que haja a autorização da mulher, a presença e ingerência dos estudantes no parto é violadora da privacidade da paciente.

O direito à informação encontra-se previsto no artigo 19 da Declaração Universal de Direitos Humanos¹⁴. De acordo com o dossiê Violência Obstétrica “Parirás com Dor” (BRASIL, Senado Federal, 2012), a maior parte das parturientes não é consultada para as tomadas de decisão em relação aos procedimentos médicos realizados no momento do parto, tais como colocação de soro de rotina contendo ocitocina ou a realização de corte no períneo (episiotomia). No caso da paciente gestante e da parturiente, o cartão da gestante, o prontuário médico e o partograma são instrumentos que atuam como fontes de informação à mulher sobre sua condição de saúde durante a gestação e parto. Um outro instrumento que é aliado da mulher no respeito à sua autonomia é o plano de parto¹⁵.

O direito da paciente de não ser discriminada assegura que a mulher não possa ter o atendimento médico negado em razão de deficiência física e/ou mental, orientação sexual, raça, religião, aspectos culturais e classe social. Além disso, muito embora esta dissertação não tenha contemplado de forma pormenorizada o estudo

¹⁴ Artigo 19: Todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; esse direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 12 de janeiro de 2023.

¹⁵ O plano de parto é um documento que reúne os desejos da mulher para o pré-parto, hora do parto e pós-parto imediato, e prevê situações desde a entrada da mulher na instituição hospitalar até o momento da alta hospitalar (pode também ser realizado em caso de partos domiciliares). Todos os profissionais envolvidos na assistência ao parto, sejam da rede pública ou suplementar, são obrigados a receber, ler e seguir as orientações nele descritas. É um documento legal, recomendado e reconhecido pelo Ministério da Saúde, nas Diretrizes de Assistência ao Parto Normal de 2017, mas que ainda não faz parte da rotina obrigatória do pré-natal.

dos recortes da VO, é necessário aduzir que a violência obstétrica atinge de forma desigual mulheres negras, mulheres periféricas, indígenas, lésbicas e aquelas portadoras de necessidades especiais.

Por oportuno, a partir da coleta de dados realizada pela Pesquisa Nascer no Brasil, estudo realizado por LEAL *et al* (2017) apontou que, no pré-natal, as mulheres negras possuem menor acesso à atenção adequada com relação aos padrões do Ministério da Saúde. O estudo demonstrou que a mulheres negras e pardas peregrinam para serem aceitas em alguma maternidade e, durante o parto, acabam por receber menos anestesia. Tem-se, a partir desses dados, um claro exemplo do que se denomina racismo institucional¹⁶.

O direito à vida é um dos principais direitos humanos, pois é através dele que todos os outros direitos humanos são possíveis. No que diz respeito às gestantes brasileiras, esse direito é frequentemente violado, quando, por exemplo, nega-se a internação de emergência em hospitais ainda no início do trabalho de parto.

O direito à saúde deve compreender a disposição de serviços de qualidade, bem como os meios para acesso a tais serviços. O direito à saúde encontra-se reconhecido, internacionalmente, desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos que, no artigo XXV, disciplina que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis.

Assim, apesar de, no Brasil, não existir um “código” ou “estatuto” que compile os direitos dos pacientes, tratando-se de tais direitos, na maioria das vezes, do ponto de vista consumerista ou da responsabilidade civil, tem-se que existem tratados, convenções e documentos internacionais recepcionados pelo direito brasileiro que podem e devem ser aplicados quando da defesa e proteção dos pacientes e, inclusive, à proteção das gestantes e parturientes.

Dentre tais instrumentos, cabe destacar que o Brasil é signatário: da Declaração Universal de Direitos Humanos (1948); da Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San Jose da Costa Rica de 1969); da Convenção sobre

¹⁶ O professor Silvio Almeida (2018, p.29) ressalta que o o racismo institucional é aquele “tratado como o resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, vantagens e privilégios a partir da raça”. Silvio Almeida (2015, p. 30) nos diz ainda que “a desigualdade racial é uma característica da sociedade não apenas por causa da ação isolada de grupos ou indivíduos racistas, mas fundamentalmente porque as instituições são hegemônicas por determinados grupos raciais que utilizam mecanismos institucionais para impor seus interesses políticos e econômicos”.

a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW – 1979) e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará – 1994). Vale lembrar que os direitos enunciados nas convenções e tratados internacionais de direitos humanos dos quais o Brasil é signatário apresentam natureza de norma constitucional, conforme o artigo 5º, parágrafos 1º, 2º e 3º da Constituição Federal.

2.2 O direito ao parto humanizado

“Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica [...]”¹⁷ (Ministério da Saúde, 2002)

O conceito de parto humanizado é polissêmico e bastante amplo, envolvendo um conjunto de conhecimentos e práticas que objetivam a promoção do parto e do nascimento saudáveis, bem como a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.

Carmem Susana Tornquist (2002) ressalta que o movimento social pela humanização do parto, surgido no Brasil no final da década de 1980, em linhas gerais, propõe mudanças no modelo medicalizado de parto que se encontrava vigente no Brasil, mas alerta para a pluralidade de significados da humanização e para o perigo de o movimento acabar pendendo para a defesa do instinto natural, opressora para muitas mulheres. Afirma que

As mulheres sem dúvida foram expropriadas de seus saberes, de seu trabalho como parteiras e dos poderes no campo da parturição – e recuperá-los é uma questão política fundamental. Mas cabe ponderar acerca dos limites e dos desdobramentos do discurso da humanização do parto, na medida em que reproduz categorias como as de instinto materno e de natureza, ainda que ressignificadas em novo contexto (TORNQUIST, 2002, p.490)

No presente estudo, milita-se pela defesa de que o parto humanizado seria aquele em que a mulher tem, efetivamente, o controle sobre o processo. Seria aquele

¹⁷ In Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> . Acesso em 21 de maio de 2023.

parto em que a mulher, após receber informações pertinentes e baseadas em evidências científicas, tem seus desejos e suas escolhas respeitados: seja pela opção por parir de cócoras ou numa banheira; seja pela submissão a uma cesárea ou à episiotomia (havendo pedido expresso).

É que, na esfera dos direitos fundamentais, pode o indivíduo agir de acordo com o que entenda ser melhor para si e, notadamente, no que diz respeito às decisões relativas ao seu corpo e à sua individualidade, desde que sua decisão seja responsável e que possua informações sólidas sobre as consequências de seus atos. Sendo assim, a possibilidade de as mulheres fazerem escolhas autorreferentes é resultante da tutela da privacidade e da vida privada. Naquelas questões de maior intimidade, como é o caso do parto, “o fio norteador exclusivo deve ser a autonomia privada – exercida pós-informação e com responsabilidade -, pois a vontade individual é a única legítima a guiar tais decisões, não a imposição do Estado ou de terceiros (médicos, enfermeiros, etc)” (TEIXEIRA e LEAL, 2019, p. 147).

Por oportuno, como existem vários sentidos para o termo parto humanizado, quando esta pesquisadora intitula a dissertação “A Humanização do Parto e o Combate à Violência Obstétrica: a Atuação do Ministério Público Federal na Defesa da Mulher e do seu Direito ao Parto Respeitoso”, utiliza a termo “parto respeitoso” no intuito de diferenciá-lo do sentido comumente dado ao parto humanizado, que seria o parto em que não há intervenções médicas desnecessárias, o parto que respeita a fisiologia do corpo feminino. Ocorre que, conforme supra afirmado, este trabalho defende que o parto adequado, denominado, no título da dissertação, de respeitoso, é aquele que observa a autonomia e o protagonismo da mulher, desde que ela esteja devidamente informada de todos os benefícios que o parto natural (ou o menos medicalizado possível) traz à mãe e ao bebê.

Apenas *en passant*, tendo em vista que esta dissertação não irá explorar o ponto, diga-se que conflitos entre as diversas categorias profissionais (médicos x enfermeiras; enfermeiras x doulas) permeiam o movimento da humanização e trazem dificuldades para sua efetivação. Uma outra dificuldade é a ausência de lei federal sobre o tema.

O Brasil não possui lei de âmbito nacional que trate do parto humanizado. No entanto, diversas leis estaduais brasileiras disciplinam o direito ao parto humanizado. Cite-se, dentre elas, a Lei nº 17.431/2021 do Estado de São Paulo (que revogou a Lei

nº 15.759/2015), que conceitua o parto humanizado como aquele em quem o atendimento:

- I- não comprometer a segurança do processo, nem a saúde da parturiente ou do recém-nascido;
- II- só adotar rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial da Saúde – OMS ou de outras instituições de excelência reconhecida;
- III- garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos eletivos que, resguardada a segurança do parto, lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo procedimentos médicos para alívio da dor. (SÃO PAULO, 2021, artigo 133)

Em 2016, foi promulgada a Lei nº 13.257/16, que ficou conhecida como o “Marco Legal da Primeira Infância” e alterou vários artigos do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, com o objetivo de garantir à gestante e à criança, nos primeiros anos de vida, maior proteção. Com as modificações advindas da novel legislação, o ECA passou a prescrever, expressamente, uma atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, garantindo-se direito ao atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral na esfera do Sistema Único de Saúde, garantindo opção e direito de escolha à mulher. Importante destacar que o Ministério da Saúde entende que a atenção humanizada envolve um conjunto de práticas pelos profissionais da saúde que possuam como princípio a garantia da autonomia e da privacidade da gestante, devendo tais profissionais adotar procedimentos benéficos para a saúde materno-infantil, evitando-se a cascata de intervenções desnecessárias. (TEIXEIRA e LEAL, 2019, p. 147).

2.2.1 Os vários sentidos da humanização do parto

Humanizar a assistência ao parto quer dizer respeitar a individualidade da mulher, ao permitir a adequação da assistência segundo a cultura, as crenças, os valores e as diversidades de opinião da parturiente. Assim sendo, faz-se necessário encontrar novas formas para que a mulher possa ter mais autonomia sobre o processo de parto e nascimento, sendo respeitada enquanto cidadã, devidamente informada sobre todos os seus direitos padronizados pela Organização Mundial de Saúde e sendo-lhe garantido o direito de escolha (SILVEIRA, CAMARGO e CREPALDI, 2010).

Para as autoras Carmen Simone Grilo Diniz e Ana Cristina Duarte, não existe uma forma certa ou politicamente correta de dar à luz, “mas um conjunto de escolhas a ser feito, para que o momento possa ser o mais seguro, confortável e feliz” (DINIZ e DUARTE, 2004, p.12). E prosseguem afirmando:

Defendemos o direito à *escolha informada* por parte da mulher sobre a forma de dar à luz. Na área da saúde, isso constitui um direito humano e um direito reprodutivo, apontado em vários instrumentos legais nacionais e internacionais. Há indicações de pesquisa sobre o assunto. Para promover esse direito, trabalharemos com a chamada “medicina baseada em evidências” [...] (2004, p.12)

Um interessante estudo, publicado em 2020, que analisa as trajetórias de pesquisadoras que escreveram dissertações e/ou teses com a temática da humanização do parto e nascimento no Brasil, demonstrando como tais trajetórias estão articuladas com a história do movimento pela humanização, consigna que a utilização da alcunha da humanização, para se referir a “um novo modelo” de atendimento (em oposição ao modelo tecnocrático e medicalizado), dá-se sob um duplo aspecto. Vejamos:

Ao denominar um conjunto de práticas sob a alcunha da humanização como um “novo modelo”, está se realizando um duplo movimento: (a) de que um conjunto de concepções e práticas em torno dos cuidados obstétricos pode ser tomado como um modelo, uma ideia que caracteriza sinteticamente procedimentos, conceitos e atribuições profissionais, em uma espécie de imagem do que deve ser o parto e o nascimento. Esse modelo não é somente da ordem do científico-biológico, mas também do antropológico. Há um conceito de “mulher”, de “humano” envolvido nesse modelo; (b) de que um conjunto restrito de profissionais, mulheres e pesquisadores estão propondo uma nova concepção de cuidados no parto e nascimento que devem orientar práticas e rotinas nos serviços de saúde, o que caracteriza esse movimento acadêmico como uma estratégia de resistência ao modelo dominante de atenção ao parto e nascimento. (BOURGUIGNON e GRISOTTI, 2020, p.489)

A organização da assistência às gestantes e parturientes exerce influência, inclusive, sobre as taxas de cesáreas, que, nos países que praticam uma assistência médica menos medicalizada, com maior atuação das *midwives* (formação equivalente a das obstetrias formadas em curso de graduação no Brasil), tendem a ser menores (PATAH e MALIK, 2011).

Pergunta-se o que mudará na estrutura médico-hospitalar quando as mulheres passarem a exigir o cumprimento da Lei do Acompanhante e tiverem a liberdade de

escolher a posição mais confortável para dar à luz? O que será feito de todo o aparato cirúrgico quando inúmeras gestantes passarem a compreender que não necessitam, necessariamente, como rotina, de ocitocina, de cortes ou de pontos para parirem de forma satisfatória e saudável, devendo tais procedimentos ser evitados? (DINIZ e DUARTE, 2004, p.21).

Certo é que, no Brasil, o termo “humanização do parto” tem conceito polissêmico. Em artigo sobre os vários sentidos da humanização do parto, Carmen Simone Grilo (2005) aborda sete desses sentidos, ressaltando que não se estabeleceu no texto uma hierarquia de importância, algo difícil de mensurar, tendo em vista a superposição dos sentidos e significados do termo. No texto de Carmen, são tratados os seguintes significados da humanização: a) humanização como a legitimidade científica da medicina ou da assistência baseada na evidência; b) humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres na assistência ao nascimento; c) humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população; d) humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes da cena do parto; e) humanização referida à legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos; f) humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente; g) humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como humanitários, antes restritos às pacientes privadas (exemplo da analgesia).

Ademais, apesar da variedade de interpretações que são atribuídas ao mesmo termo, a humanização serve de bandeira para muitos movimentos feministas atuantes no país, movimentos estes que reivindicam uma mudança do parto como experiência humana.

À esta dissertação, no entanto, interessa aprofundar dois dos mencionados sentidos, por se ligarem mais intimamente ao modelo de humanização do parto que defendemos. Detalhemos a seguir.

2.2.1.1 A humanização da assistência e a prática baseada em evidências

A humanização como legitimidade científica da medicina ou da assistência baseada na evidência seria aquela considerada pelos iniciados como o padrão outro, consistente na prática apoiada “revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, em oposição à prática orientada pela opinião e tradição” (DINIZ, 2005, p. 633)

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) consiste num movimento internacional criado por volta da segunda metade da década de 1980, que, em poucos anos, difundiu-se pelo mundo inteiro. A Medicina Baseada em Evidências “nasce do reconhecimento de que boa parte da prática médica não é respaldada por estudos de qualidade sobre a segurança e a eficácia dos procedimentos utilizados, quer sejam os medicamentos, os exames, as cirurgias, entre outros” (DINIZ e DUARTE, 2004, p. 13).

No século XX, o parto era visto como algo arriscado, doloroso, repugnante, assustador, contemplando uma exposição humilhante dos órgãos genitais a estranhos. O parto seria “um assalto cirúrgico às partes íntimas, uma situação na qual as mulheres se sentiam como ‘carne no açougue’, como muitos descrevem, ou seja, um pesadelo a ser evitado”. O parto tornou-se uma patologia a ser tratada por meio de práticas intervencionistas, ou ser evitada através da realização de uma cirurgia: a cesárea. (DINIZ e DUARTE, 2004, p. 21).

A ciência já considera o modelo de intervenção de rotina no parto vaginal como algo ultrapassado. Entretanto, a mudança de assistência, respaldada na evidência, em que não seja provocada dor desnecessária, em que o parto seja tratado como processo fisiológico, respeitados o ritmo do corpo da mulher e os aspectos sociais e psicológicos do nascimento, esbarra em grandes obstáculos. No Brasil, os serviços de saúde estão organizados sob a forma da intervenção de rotina, desde a estética até os modelos de financiamento (DINIZ e DUARTE, 2004, p. 19).

E qual seria a maior mudança proposta pela obstetrícia baseada nas evidências científicas? As autoras Simone Grilo Diniz e Ana Cristina Duarte respondem da seguinte forma:

[...] é uma redescoberta das dimensões saudáveis, positivas, emocionantes e belas da experiência do parto. A própria compreensão da experiência genital de dar à luz está sendo radicalmente reformulada. Agora, o parto poderia ser vivido não necessariamente como uma tortura imposta às mulheres pelo pecado original ou pela natureza, mas sim como uma experiência emocional, social e corporal saudável, como um desafio. Uma aventura que poderia ter o máximo de segurança, pois poderia contar com o

desenvolvimento da tecnologia submetido às necessidades humanas, e não o contrário.

Este é o maior desafio: romper com a falsa oposição entre segurança e satisfação, visto que se quer ambas. Não há incompatibilidade entre um entendimento baseado na evidência e respeitoso com as necessidades físicas, emocionais e sociais da mulher, do bebê e da família (no Brasil denominado atendimento humanizado), e um parto seguro [...] (2004, p.21-22)

A Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, prescreve:

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; [...]

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) foi criada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, e consiste em um órgão colegiado de caráter permanente, integrante da estrutura do Ministério da Saúde e possui como objetivo assessorar o Ministério nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo Sistema Único de Saúde das tecnologias em saúde e, ainda, na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (CNJ, 2022).

Há que se reforçar que, quando se trata de saúde materna e perinatal, a prática da prevenção quaternária¹⁸ é indissociável do cuidado baseado em evidências científicas, do movimento da humanização do parto e da violência obstétrica, a qual deve ser enfrentada prioritariamente, tendo em vista que materializa a desumanização do atendimento médico-hospitalar e consolida a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde (TESSER *et al*, 2015).

¹⁸ Charles Dalcanale Tesser conceitua a prevenção quaternária (P4) como a identificação de pessoas em risco de medicalização excessiva e sua proteção contra novas intervenções desnecessárias, evitando danos iatrogênicos e propondo medidas eticamente aceitáveis a orientar as ações preventivas profissionais e institucionais (TESSER, 2017).

2.2.1.2 A humanização do parto como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres

Aqui, no sentir de DINIZ (2005), a humanização do parto seria uma consequência de uma assistência baseada em direitos, relacionada às ideias de humanismo e de respeito aos direitos humanos, dando às mulheres o direito de conhecer e, por conseguinte, decidir esclarecidamente sobre os procedimentos de parto possíveis e recomendáveis. Nesse sentido, a humanização do parto seria voltada para a defesa dos direitos das mulheres e

busca compor uma agenda que combine os direitos sociais em geral e os direitos reprodutivos e sexuais em especial. Está relacionada à reivindicação do movimento de mulheres por desfazer as supostas incompatibilidades entre essas gerações de direitos, reivindicando sua integralidade (DINIZ, 2005, p. 634)

Mulheres brasileiras têm se reunido, compondo movimentos, com o objetivo de alcançar a “humanização do parto”, numa resposta à violência de gênero e demais violações de direitos praticadas pelas instituições hospitalares. Tais movimentos feministas enxergam o parto sob a ótica de total respeito ao protagonismo da mulher nos momentos do parto, pré-parto e pós-parto, resguardando-se a integralidade dos seus direitos e a capacidade de autodeterminação da mulher. Dentre esses movimentos, destacam-se a Parto do Princípio, a Artemis, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) e a Humaniza Coletivo Feminista. Verificamos nesses movimentos um ativismo pelo parto humanizado como movimento social pautado pelo empoderamento feminino, no sentido de reivindicar a autonomia da mulher em relação à tomada de decisões sobre o parto e pós-parto. Tais movimentos têm como propósito a reivindicação do parto como experiência humana.

E é salutar esclarecer que a possibilidade de reivindicação dos direitos das mulheres tem como início o acesso à informação de qualidade, inclusive a informação sobre a existência da previsão dos direitos sociais e reprodutivos na Constituição Federal de 1988 e em tratados, convenções e outros instrumentos internacionais.

Em relação ao acesso e difusão de informação qualitativa, um obstáculo a ser superado é o parco quantitativo de testes e estudos em questões médicas que afetam exclusivamente as mulheres, como é o caso do parto. Na recente obra, a autora Carolina Criado Perez ressalta:

A escassez de drogas para o tratamento da insuficiência uterina talvez possa ser explicada também pelo predomínio de homens nas comissões que decidem o financiamento de pesquisas. A cada dia, morrem no mundo inteiro 830 mulheres devido a complicações da gravidez e do parto (em alguns países da África, ocorriam mais mortes de mulheres no parto do que vitimadas pelo ebola, no auge da epidemia). Mais da metade dessas mortes decorrem de problemas com contrações, muitas vezes porque são fracas demais para levar à expulsão do bebê. O único tratamento não cirúrgico para mulheres cujas contrações são insuficientes é a administração do hormônio oxitocina, que funciona em 50% dos casos. Essas mulheres terão partos vaginais. As que não respondem ao tratamento com oxitocina precisarão de uma cesariana de emergência. No Reino Unido, as contrações insuficientes são a causa da maioria das cem mil cesarianas de emergência praticadas a cada ano.

Atualmente não há como saber quais mulheres responderão à oxitocina, o que certamente não é o ideal: todas as mulheres, mesmo aquelas para as quais o processo representará uma demora torturante e inútil, devem passar por ele. [...]

Em 2016, Susan Wray, professora de fisiologia celular e molecular da Universidade de Liverpool, deu uma palestra na Sociedade de Fisiologia. Ela é também diretora do Centro de Partos Melhores do Hospital de Mulheres de Liverpool, e explicou que pesquisas recentes mostraram que as mulheres com contrações fracas demais para desencadear o parto têm o pH sanguíneo do miométrio (a parte do útero que se contrai) mais ácido. Quanto maior a acidez, maior a probabilidade de ser necessária uma cesariana, porque a oxitocina não é eficaz em mulheres com pH sanguíneo ácido.

Mas Susan Wray não se contenta em prever a necessidade de uma cesariana. Ela quer condições de evitá-la. (PEREZ, 2022, p. 242-244).

No entender de Perez (2022)¹⁹, muitas das mortes maternas ainda ocorrem porque há uma lacuna de dados relativa aos corpos, doenças e sintomas femininos, decorrente de estudos que consideram os homens como o padrão, desprezando as particularidades da metade da população, composta por mulheres. Afirma Perez:

Não faltam indicadores de que as mulheres estão sendo deixadas de lado pelo establishment médico [...]

E tudo isso decorre de uma lacuna de dados combinada com a crença ainda dominante, apesar de todos os indícios que temos mostrando o contrário, de que os homens são o padrão do ser humano. Não são. Eles são, para afirmar o óbvio, apenas homens. E os dados que informam sobre eles não podem e não devem ser aplicados às mulheres. Precisamos de uma revolução na pesquisa e na prática da medicina, e para ontem. Precisamos habituar os médicos a ouvir mulheres e reconhecer que sua incapacidade de diagnosticar um quadro apresentado por uma mulher não se deve ao fato de ela estar mentindo ou ser uma histérica: o problema pode estar numa lacuna de dados de gênero em seus conhecimentos como médico. Já é hora de parar de desmerecer as mulheres e começar a salvá-las” (PEREZ, 2022, p. 244-245).

¹⁹ A pesquisa de Perez (2022), embora relevante para demonstrar a insuficiência de dados em relação às mulheres e as questões que a cercam, no caso específico sobre a oxitocina, ilustra o uso rotineiro do ocitocina para aceleração do parto no Reino Unido. Tal uso, frise-se, não é recomendado pela comunidade médica internacional, fazendo parte do rol das práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara (OMS, 2014 – Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento elaborado pela OMS).

Retornando aos ensinamentos de Diniz (2005), é possível concluir que

o termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência (DINIZ, p. 635).

3 DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

“Há alguns anos, quando falávamos sobre violência obstétrica, dizia-se que isso era lenda. Iniciou-se uma investigação em 2001 na Argentina, a partir da denúncia de uma mulher. Foi quando o termo começou a ganhar sentido. É uma das muitas formas de violência contra as mulheres. A Venezuela já tem dispositivo legal de reconhecimento da violência obstétrica desde 2004. Na Argentina, há uma lei em 2009. Precisamos avançar também no Brasil” (WERNER, Lara, 2014)²⁰

Segundo Federici:

Desde os primórdios do movimento feminista, a violência contra as mulheres tem sido uma das principais questões da mobilização feminista, inspirando a formação do Primeiro Tribunal Internacional de Crimes contra as Mulheres, realizado em Bruxelas, em março de 1976, com a presença de mulheres de quarenta países, apresentando depoimentos sobre maternidade e esterilização compulsórias, estupro, agressões físicas, encarceramento em hospitais psiquiátricos e o tratamento brutal das mulheres em prisões. Desde então, as iniciativas feministas de combate à violência se multiplicaram, bem como as leis aprovadas por governos em consequência das Conferências Mundiais das Nações Unidas sobre a Mulher. Longe de diminuir, porém, a violência contra a mulher cresceu em todas as partes do mundo, a ponto de as feministas, agora, descreverem sua forma letal como “feminicídio”. A violência, medida pelo número de mulheres assassinadas e violadas, não apenas segue crescente, como, segundo mostraram autoras feministas, tornou-se mais pública e mais brutal e assume formas antes só vistas em tempos de guerra. (FEDERICI, 2019, p. 90)

As mulheres estão submetidas, diariamente, a diversas formas de violência. No entanto, em que pesem os mais variados formatos de violência, este trabalho limita-se à discussão sobre a violência encontrada no seio das instituições de saúde e, em especial, àquela que ocorre durante o ciclo gravídico-puerperal e acaba por implicar consequências severas para a saúde física e mental das mulheres.

A Medicina, durante milênios, funcionou por meio da suposição de que corpos masculinos espelham a humanidade como um todo. Consequentemente, tem-se uma lacuna de dados históricos no que se refere aos corpos femininos, lacuna essa que vai se alargando, pois os pesquisadores seguem deixando de lado a necessidade ética de incluir células femininas nas pesquisas realizadas. No sentir de Perez (2022), “é um escândalo que isso continue acontecendo em pleno século XXI. Deveria ser

²⁰ Lara Werner é representante da Rede Parto do Princípio e proferiu tais palavras em audiência pública organizada pelo MPF/RS, em conjunto com o MP/RS, em 21 de agosto de 2014, com a finalidade de discutir a violência obstétrica. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/rs/sala-de-imprensa/noticias-rs/mpf-rs-e-mp-rs-debateram-humanizacao-no-parto-em-audiencia-publica>. Acesso em: 31 de janeiro de 2023.

tema de manchetes de jornais no mundo inteiro. As mulheres estão morrendo, e o mundo médico é cúmplice. É preciso acordar”. (PEREZ, 2022, p. 227).

Foucault (1999) expressa que o controle sob uma sociedade começa pelo controle dos corpos de seus habitantes. Numa sociedade patriarcal como a nossa, reconhecer a ocorrência de um tipo de violência praticada num contexto de vulnerabilidade da mulher (o parto), no qual a parturiente deveria gozar de autonomia, respeito a suas escolhas e assistência médica adequada, é algo complexo. As mulheres, ao longo dos anos, foram ensinadas a aceitar e ter como “normais” procedimentos médicos invasivos, utilizados para reproduzir a dominação da equipe técnica sobre a mulher. Apropriaram-se do parto, naturalizando a subordinação das mulheres (pacientes) aos profissionais de saúde.

Deve ser ressaltada a dificuldade na constatação da violência obstétrica, pois tanto as vítimas quanto os seus acompanhantes se encontram desprovidos de capacidade técnica para identificar ou contestar a sua ocorrência, que possui características multifacetárias, não está conceituada na legislação federal brasileira e, ademais, a mulher, vítima da violência, é parte extremamente vulnerável, e, não raras vezes, tolera a violência a fim de resguardar a própria vida e a vida do recém-nascido, seu filho.

A violência obstétrica é um tipo complexo de violência, na medida em que se estabelece no âmbito individual, no institucional e no estrutural. A violência individual é visualizada na relação entre médico e paciente, que, por sua vez, só ocorre porque encontra apoio institucional, já que a organização de atendimento à gestante age de forma violenta quando “industrializa” o parto, padronizando procedimentos invasivos e não baseados em evidências científicas. Por fim, a violência obstétrica institucional só ocorre quando há uma estrutura adequada para a sua replicação. É que a sociedade, convencida por uma produção de verdade tecno-científica, embasada na relação de poder técnico que o médico exerce sobre a paciente, bem como em relações hierárquicas de gênero, valida o modelo intervencionista de parto vigente no Brasil. E, quanto mais intervenções ocorrem no parto, maiores são as chances de ocorrência da violência obstétrica.

3.1 Do surgimento do termo violência obstétrica

No mundo capitalista, tem-se a necessidade do aumento de produtores (mão-de-obra e mercado consumidor) e, segundo a teoria de biopolítica de Foucault (2008) ocorre o uso de dados de saúde da população em prol do Estado. E, por conseguinte, as medidas para atender a necessidade dos Estados de aumentar a quantidade de seus habitantes trouxeram para as mulheres a perda de controle sobre os próprios corpos, bem como a perda da autonomia quanto aos processos reprodutivos. Iniciou-se, dessa forma, o controle à reprodução, realizado de forma direta, invasiva e irreversível; o corpo feminino passa a ser objeto de maior controle, sendo definido como “área de vigilância e escrutínio, por ser ele capaz da reprodução, e sobre o corpo que a biopolítica passou a intervir” (GROBÉRIO, 2022, p. 61).

Assim, a biopolítica funciona como um mecanismo eficiente para o controle de corpos, realizado, no que diz respeito ao presente estudo, pela Medicina. Na obstetrícia, controlam-se os processos fisiológicos atinentes ao trabalho de parto e parto, o que ocorre pela incorporação de muitas tecnologias desnecessárias e por meio de uma exagerada medicalização dos partos. Grobério nos ensina que

A violência obstétrica é a própria consubstanciação da violência em razão da reprodução. A violência durante a gestação, parto e puerpério – processos reprodutivos eminentemente femininos – está intimamente ligada à própria construção social do que deve ser o papel da mulher na sociedade.

Os corpos femininos são passíveis de intervenção, principalmente no processo de gravidez, parto e puerpério porque se inserem em um sistema de dominação-exploração em que as mulheres são, sobretudo e principalmente, reprodutoras. Ora, se essa é a função principal delas, far-se-á tudo o que é possível para que as mulheres cumpram com o seu papel reprodutor, custe o que custar – mesmo que isso implique violar sua integridade física e psicológica. (2022, p. 87).

A violência obstétrica seria também imbuída do que Bourdieu denominou “poder simbólico”²¹ e de “violência simbólica”²², “tendo em vista que padrões estereotipados e procedimentos invasivos são disseminados como ‘normais’ e

²¹ No poder simbólico, o agente dominado não está consciente de que é submisso e, por conseguinte, não se sente pressionado a pensar e a agir de forma diferente daquela que está consolidada socialmente, tendo em vista que o agir diferente significaria ir contra a ordem lógica ou a natureza das coisas.

²² Para Bourdieu, os humanos possuem quatro tipos de capitais: a) o capital econômico (renda financeira); b) o capital social (as redes de amizade e convívio); c) o capital cultural (constituído por diplomas, educação e envolvimento com a arte) e d) o capital simbólico (atrelado ao prestígio, à honra e ao reconhecimento). E é através do capital simbólico que determinadas diferenças de poder são definidas socialmente e, conseqüentemente, instituições e indivíduos podem tentar persuadir outros com suas ideias.

utilizados para transmitir e reproduzir a dominação, desigualdade e discriminação, naturalizando a subordinação das mulheres durante o parto” (SILVA e SERRA, 2018). As mulheres têm tolhida a sua autonomia e, portanto, são consideradas incapazes de tomar as decisões em relação ao próprio corpo. São infantilizadas e, não raras vezes, tornam-se invisíveis, tendo desconsiderados suas dores, vivências, certezas e direitos. E o poder simbólico torna “naturais” as práticas violentas praticadas pelos profissionais de saúde.

O primeiro país que optou por conceituar a violência obstétrica foi a Venezuela. Assim, o Estado venezuelano foi o primeiro a legislar sobre o tema, no ano de 2007, estabelecendo que

entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, a qual se expressa por um tratamento desumanizador, no uso abusivo da medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda da autonomia e a capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida da mulher²³ (VENEZUELA, *LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA*, Ley nº 38.668/2007).

Por sua vez, a Argentina, com a promulgação da Lei nº 26.485, em 1 de abril de 2009, definiu a violência obstétrica como

aquela que exerce o profissional da saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, manifestada em um tratamento desumanizado, um abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, de acordo com a Lei 25.929 (ARGENTINA, *LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES*, Ley nº 26.485/2009).

A Lei nº 25.929/04, referenciada pela Lei nº 26.485/09, foi promulgada na Argentina em 17 de setembro de 2004, e ficou conhecida como a Lei do Parto Humanizado, cuidando de dispor sobre uma série de condutas que deverão ser observadas pelos profissionais de atenção à saúde, na esfera pública e privada de todo o território nacional, no momento da gestação, parto, trabalho de parto e pós-parto. Referida legislação estabeleceu direitos para os pais e para os recém-nascidos.

²³ Tradução livre do artigo 15, item 13 da Lei nº 38.668, de 23 de abril de 2007, da Venezuela (*Ley Orgánica sobre el Derecho de Las Mujeres a una vida libre de violencia*), que assim dispõe: “13. *Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidade, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres*”.

O artigo 2º, inciso b, da Lei nº 25.929/2004, prevê que toda mulher, quando gestante, em trabalho de parto, parto ou pós-parto tem o direito de ser considerada, durante o processo de nascimento, como pessoa sã, de modo a ter facilitada a sua participação como protagonista de seu próprio parto.

No âmbito acadêmico, por sua vez, a expressão violência obstétrica foi utilizada pela primeira vez pelo então Presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez d'Gregorio. O médico inseriu o termo "violence obstetric" num editorial *online*, publicado em outubro de 2010, no Internacional *Journal of Gynecology and Obstetrics*²⁴. Após tal uso, o termo passou a ser difundido entre os movimentos feministas como o termo adequado para combater a violência praticada na assistência ao parto (SILVA e SERRA, 2017).

A partir da segunda metade do século XX, ocorreu um aumento das intervenções cirúrgicas nos partos e uma elevação no número de cesarianas. Atrelado a tal fato, a forma como o parto por via vaginal é conduzido em muitas maternidades passou a ser contestada por grupos de mulheres e pelo movimento feminista, o que ocorreu no mundo a partir da década de 60 e, no contexto brasileiro, em 1980. Em recente tese sobre a história da violência obstétrica no Brasil, Larissa Velasquez de Souza (2022) ensina que

A contestação explicitada pelas usuárias em relação à (*sic*) determinadas práticas médicas consideradas inicialmente como maus tratos e desrespeito, influenciada pelos debates sobre direitos humanos e a maior tematização pública sobre violência contra a mulher, tomou fôlego, a partir de finais da década de 1980 e início da década de 1990, pela produção de evidências científicas que contestavam práticas tradicionalmente utilizadas na assistência ao parto. Nesse percurso, destaca-se a importância da emergência de uma produção feminista da ciência que ampliou os horizontes sobre visões estereotipadas do corpo feminino e algumas ausências e excessos da ciência e medicina que refletiam o contexto de sua produção em um mundo predominantemente masculino, branco e heteronormativo. No âmbito dessas contestações, algumas práticas passaram a ser consideradas inadequadas e inadmissíveis, sendo denominadas como maus tratos, desrespeito, violência institucional e, a partir dos anos 2000, principalmente a partir da segunda década, como violência obstétrica, termo que se fortalece, no Brasil, a partir de 2010 (SOUZA, 2022, p. 2-3).

²⁴ Artigo disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf. Acesso em 10 de novembro de 2022.

Em 2010, foi realizado um estudo pela Fundação Perseu Abramo, intitulado “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados”²⁵, o qual divulgou que, no Brasil, uma em cada quatro mulheres sofreu algum tipo de violência no parto. Dentre as entrevistas, as pretas e pardas foram as que mais relataram serem vítimas de violência ao parir.

Em terras brasileiras, a noção de violência obstétrica começa a expandir-se, efetivamente, quando algumas demandas do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento são apresentadas e institucionalizadas por meio do Programa Rede Cegonha, a partir de 2012 (CARNEIRO, 2013). Ainda em 2012, o coletivo de mães ativas Parto do Princípio encaminhou o dossiê “Violência Obstétrica – Parirás com dor” à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da violência contra a mulher no Senado Federal.

Mais tarde, em 2014, o estudo “Nascer no Brasil”, desenvolvido pela Fiocruz, confirma um maior índice de violência obstétrica entre mulheres negras, pardas e pobres, bem como os altos índices de cesáreas, tanto no setor privado, quanto no setor público.

Ainda em 2014, a Organização Mundial de Saúde torna pública uma declaração intitulada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde”, na qual define que “os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente” (OMS, 2014).

Em julho de 2019, a Organização das Nações Unidas publicou o documento nomeado “*A human rightsbased approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence*”²⁶. Foi a primeira vez que a ONU utilizou o termo “violência obstétrica” em um documento oficial, trazendo à tona o entendimento de que a violência obstétrica é uma

²⁵ Para o estudo, os pesquisadores entrevistaram 2.365 mulheres, residentes em 176 municípios. Frise-se que a porcentagem, apesar de alarmante, contempla apenas as mulheres que se reconheceram como vítimas de violência, tendo em vista que, grande parte das mulheres nem consegue identificar ou nominar como violentos certos procedimentos e condutas praticados na assistência ao parto.

²⁶ Em tradução livre: Uma abordagem baseada em direitos humanos para maus-tratos e violência contra mulheres em serviços de saúde reprodutiva com foco no parto e na violência obstétrica. Em 16 de julho de 2019, o Conselho de Direitos Humanos da ONU emitiu um documento no qual se trata explicitamente da violência obstétrica. A Relatora Especial, Dubravka Simonovic, utiliza o termo violência obstétrica para se referir à violência sofrida pelas mulheres durante a atenção ao parto nos centros de saúde.

forma de violação dos direitos humanos. O documento ressalta que, em plano regional, a Convenção de Belém do Pará (1994) foi o primeiro mecanismo a reconhecer a violência obstétrica como violação aos direitos humanos, havendo recomendação por parte da Comissão de Acompanhamento da Convenção para que os Estados promulgassem leis penalizando a violência obstétrica. Ocorre que, na Convenção de Belém do Pará, muito embora haja uma definição de violência contra a mulher bastante ampla, não há uso da terminologia violência obstétrica²⁷.

Na ausência do conceito “violência obstétrica”, inúmeras práticas violentas durante e logo após o parto eram tidas pelas mulheres como normais e/ou como decorrentes de um sofrimento necessário (GABRIEL e SANTOS, 2020). No entanto, deve-se frisar que, mesmo após a definição do termo e de seu significado, pelo menos dois problemas surgem. O primeiro problema diz respeito ao fato de que o acesso ao conhecimento do termo é desigual em nossa sociedade. Já o segundo problema reside no fato de que a aplicação, o reconhecimento e a legitimidade da expressão “violência obstétrica” seguem em disputa: de um lado, um grupo de mulheres (minoritário e marginalizado do ponto de vista político); do outro, parte da comunidade médica (grupo hegemônico, que segue recusando a relevância de combater tal violência).

Cabe ainda destacar que o entendimento do que seria a violência obstétrica varia de acordo com a classe social das mulheres. O estudo realizado por Hirsch (2019) demonstrou que a utilização de procedimentos médicos interpretados como sendo invasivos pelas mulheres mais abastadas era, não raras vezes, compreendido como uma ajuda por aquelas mulheres pertencentes a classes populares, algo que espelha um acesso desigual na assistência médica prestada.

Essa “elasticidade” no conceito de violência obstétrica reflete-se, também, na percepção das migrantes quanto ao tratamento obstétrico despendido, a exemplo das haitianas e venezuelanas que se encontram no Brasil. Em relação à Venezuela, tem-se que, desde 2013, o país vem passando uma crise econômica sem precedentes que afetou todo o setor da saúde. Quanto ao setor de ginecologia e obstetrícia, é sabido que medicamentos contraceptivos, tais como pílulas anticoncepcionais, dispositivos

²⁷ A Convenção de Belém do Pará, no artigo 1, assim define a violência contra a mulher: “para efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

intrauterinos (DIU), espermicidas e camisinhas masculinas desapareceram das prateleiras das farmácias.

Apesar da inexistência de dados oficiais venezuelanos sobre a indisponibilização de anticoncepcionais e o aumento da procura pela esterilização, a mídia apontou que, em áreas de Caracas, em 2016, o projeto venezuelano “O Dia da Esterilização”, contava com cerca de 500 mulheres na fila de espera para a realização do procedimento de esterilização (CABRAL, SILVA e TOLEDO, 2020, p. 192). Além disso, muitas venezuelanas, em estado gravídico, recorrem ao Brasil (estado de Roraima) em busca de atendimento médico, optando, por conseguinte, por terem seus partos realizados no Brasil, tendo em vista que o direito à saúde no Brasil é gratuito, estando disposto no artigo 196 da Constituição Federal, ao qual não cabe uma interpretação restritiva, devendo ser garantido, por se tratar de direito fundamental, aos estrangeiros não residentes em solo brasileiro (CABRAL, SILVA e TOLEDO, 2020, p. 193/194).

Outrossim, a limitação do conceito de violência obstétrica pode ser compreendida a partir do nascimento de tal conceito. É que a luta pelo reconhecimento das violências no pré-parto, no parto e no pós-parto partiu, inicialmente, de mulheres brancas e pertencentes à classe média, as quais possuem acesso à informação (DINIZ, 2005, p. 631). Por conseguinte, as denúncias de procedimentos enquadrados como violência obstétrica não correspondem àquelas violências que acometem a maior parte das mulheres brasileiras (negras e periféricas).

Embora o termo “violência obstétrica” não seja mais estranho ao vocabulário jurídico, é certo afirmar que a produção acadêmica no campo da saúde em muito ultrapassa a do Direito. Pode-se observar, ademais, que há escassa jurisprudência no tocante aos excessos decorrentes da VO. E o fato de a violência obstétrica não se encontrar tipificada por lei federal pode explicar, ao menos em parte, o fato de tão poucos casos serem levados até o Judiciário brasileiro.

Por outro lado, não restam dúvidas de que, no ordenamento jurídico pátrio, existem mecanismos para coibir ações delituosas que ameacem a integridade física e psicológica da mulher. No entanto, em termos de política criminal, a inserção de um tipo penal específico sobre a violência obstétrica, para além da função dogmática em si, facilitaria a persecução penal das condutas violentas praticadas durante a gestação, o parto e o puerpério (VASCONCELOS, 2018, p. 26).

3.2 Do conceito de violência obstétrica

A luta pelo reconhecimento social da violência obstétrica é um fenômeno ainda polêmico. Nos dias atuais, o conceito de violência obstétrica (VO) permanece em processo de construção, categorização e, até mesmo, aceitação por parte dos médicos e demais profissionais de saúde e respectivos conselhos representativos.

Importante frisar que não há um conceito unívoco para a violência obstétrica. Isso se deve ao fato de a definição da violência obstétrica envolver questões de autonomia (tanto da parturiente quanto dos agentes que possam ser autores da violência), direito à informação e consentimento, direitos sexuais e reprodutivos, Medicina Baseada em Evidências, escuta ativa e respeito à individualidade de cada parturiente, além de um maior autoconhecimento por parte das mulheres acerca dos próprios limiares de dor e expectativas acerca do parto.

No Brasil, tendo em vista que não há lei federal que discipline tal forma de violência, alguns órgãos públicos, entidades da sociedade civil e leis estaduais adotam conceituações que, embora apresentem similitudes, acabam por não contemplar a realidade de alguns grupos de mulheres, dentre eles o das mulheres negras e periféricas.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo, em cartilha amplamente divulgada²⁸, define da seguinte maneira a violência obstétrica:

A violência obstétrica é o desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos. Isso acontece através de tratamento desumano, transformação de processos naturais do parto em doença ou abuso da medicalização, negando às mulheres a possibilidade de decidir sobre seus corpos. O grande desafio no enfrentamento à violência obstétrica é que ela, em nossa sociedade, é percebida como normal. Algumas mulheres acreditam que o parto é um processo sofrido e, por esta razão, não se surpreendem quando vivenciam uma experiência ruim. O que elas não sabem é que o parto pode ser uma experiência muito boa e, com a ajuda de todas, podemos mudar este modelo que às vezes é ofensivo e que machuca. A violência obstétrica pode ocorrer tanto na gestação, quanto no parto e pós-parto. Além da mulher, a violência obstétrica pode ocorrer com o bebê e com seus familiares, podendo causar danos físicos, psicológicos e sexuais. (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2021)

²⁸ Ver DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Conversando sobre violência obstétrica**, agosto 2021. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/documents/20122/301164/nudem_13.pdf/f60e278a-4bd2-0094-2917-e9fc0c74d310?t=1646405755026. Acesso em 16 de setembro de 2022.

Já a Artemis, organização criada em 2013 com o objetivo de combater as variadas formas de violência contra as mulheres, utiliza uma definição baseada naquelas adotadas pelas legislações venezuelana e argentina. Vejamos:

[...] a violência obstétrica é caracterizada pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (ARTEMIS, 2022)

A Lei estadual nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017, promulgada no Estado de Santa Catarina, consolidada e revogada pela recente Lei nº 18.322/2022, define violência obstétrica como “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério”. A referida legislação exemplifica as condutas que caracterizariam a violência obstétrica, disciplinando, ainda, que os estabelecimentos hospitalares deverão expor cartazes explicitando as condutas violentas elencadas na lei, bem como informações acerca dos órgãos e trâmites para a denúncia nos casos de cometimento da violência.

A legislação catarinense lista como violência obstétrica 21 grupos de condutas praticadas por médico, equipe hospitalar, familiar ou acompanhante, cabendo citar dentre elas: tratar a gestante de forma grosseira ou zombeteira; não ouvir as queixas e dúvidas das parturientes internadas; impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua escolha durante todo o trabalho de parto; submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como a raspagem de pelos pubianos, lavagem intestinal, posição ginecológica com portas abertas e exame de toque por mais de um profissional; realizar episiotomia quando esta não for realmente imprescindível; submeter a mulher e/ou o bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar alunos; retirar da mulher o direito de ter o bebê ao seu lado no alojamento compartilhado de amamentar à vontade (Lei nº 18.322/2022, artigo 35).

Em 2012, o coletivo Parto do Princípio entrega para o CPMI da violência contra a mulher o documento Dossiê “Parirás com dor”, que trata da violência obstétrica, no bojo do documento consta a seguinte definição de atos caracterizados como violência obstétrica: “todos aqueles praticados contra a mulher no exercício da sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores

públicos, profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60). A importância desse conceito é que ele abraça o cometimento de violência por outras pessoas que não aquelas da área de saúde. E, a partir desse conceito, cabe o posicionamento defendido por esta pesquisadora de que magistrados e membros do Ministério Público possam ser autores de violência obstétrica.

Outrossim, em cartilha divulgada em 2014, o referido coletivo, sem restringir os responsáveis pela prática da violência, conceitua a violência obstétrica como:

[...] é a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014).

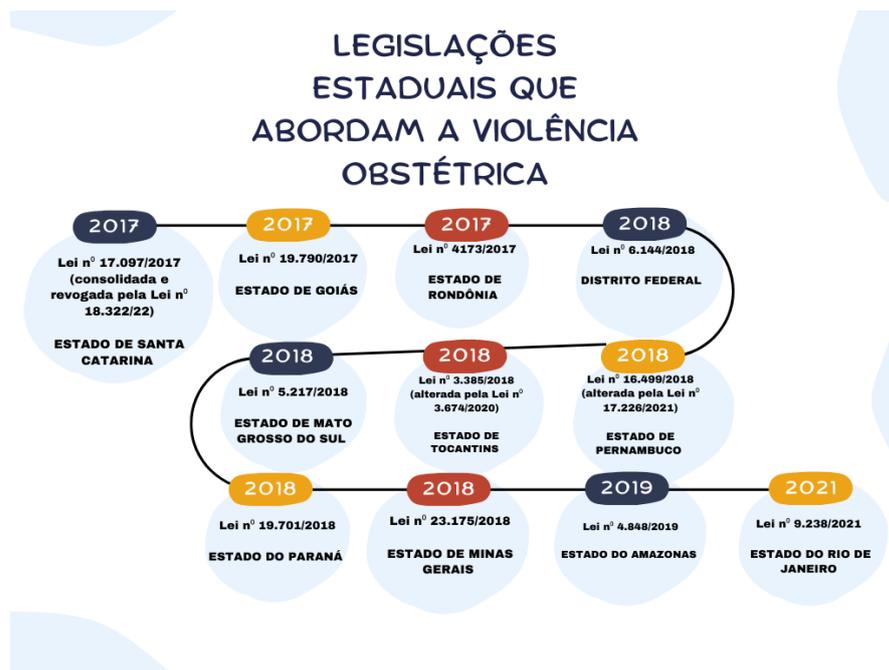
Conforme supra exposto, o Brasil não possui lei federal que conceitue, qualifique e prescreva sanções pela prática de violência obstétrica, podendo ser destacados, no entanto, alguns projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional, sendo eles: o Projeto de Lei nº 7.633/14, de autoria do ex-deputado Jean Wyllys, o Projeto de Lei nº 8.219/17, de autoria do deputado Francisco Floriano, e o Projeto de Lei nº 7.867/17, de autoria da deputada Jô Moraes. Todavia, diante da inércia legislativa federal, algumas leis estaduais e municipais foram promulgadas.

Ressalte-se que, mesmo sendo de grande interesse comparar as legislações estaduais e municipais atualmente vigentes no Brasil acerca da temática, considerando que tal estudo poderá influenciar a promulgação de lei federal que discipline a assistência humanizada ao parto e a violência obstétrica (conceito, contornos, rol e sanções), o tema não sofrerá delongas nesta dissertação. Aqui, não se pretendeu um levantamento exaustivo da legislação brasileira sobre a VO, tendo esta pesquisadora, no **Apêndice A** desta dissertação, procurado analisar a legislação estadual sobre o tema, dando ênfase àquelas leis que foram citadas nas Ações Civis Públicas e demais instrumentos utilizados pelo Ministério Público Federal, os quais serão abordados no Capítulo 4.

Frise-se que, algumas das legislações catalogadas no **Apêndice A** não apresentam a definição de violência obstétrica, mas houve escolha de sua exposição

por tratarem de medidas durante o parto, tendo sido referenciadas nas Recomendações ou Ações Cíveis Públicas do Ministério Público Federal. Após a análise qualitativa das legislações estaduais selecionadas, foi elaborada uma retrospectiva cronológica das leis em formato de linha do tempo. Vejamos:

Figura 04: Linha do tempo das legislações estaduais brasileiras que trazem o conceito de violência obstétrica.



Fonte: elaborada pela pesquisadora

Dentre as leis estaduais estudadas no **Apêndice A**, entende esta pesquisadora que a Lei nº 4.848/2019, do Estado do Amazonas, apresenta o conceito mais completo para a VO, abarcando as situações de abortamento e ampliando o conceito de agente da violência praticada (profissional de saúde ou não). O artigo 1º, parágrafo único, prescreve:

Para fins da presente lei, entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, através do tratamento desumanizado, abuso de 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 durante o pré-natal, parto, puerpério ou em abortamento, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada por membros que pertençam à equipe de saúde, ou não, sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia.

As definições de violência obstétrica aqui explicitadas apresentam em comum a não aceitação de certos procedimentos médicos e de algumas atitudes na assistência ao parto como “normais” e decorrem das pautas dos movimentos de humanização do parto, que passaram a resgatar a importância da experiência fisiológica do parto, desencorajando o uso da tecnologia tida como danosa e respeitando a autonomia da mulher. Por conseguinte, diante da pluralidade de significados do termo violência obstétrica e considerando os pontos convergentes é possível concluir

que a violência obstétrica representaria, em linhas gerais, a antítese da humanização ou de um parto humanizado, no qual deveriam estar ausentes as condutas supracitadas pois representariam dano à mulher no pré, durante ou pós-parto e/ou ao seu bebê. Ressalta-se que a identificação de práticas não se dá somente pelo tempo em que ocorrem, mas também acontecem em razão da gravidez. Ao reconhecer uma especificidade reiterada em várias práticas contra um grupo em condição vulnerável, nomeia-se a violência, para que enfim ela possa ser combatida, levando em conta suas particularidades (DÂMASO, 2019, p. 322).

3.3 Práticas corriqueiras que caracterizam a violência obstétrica

Na prática obstétrica brasileira, um dos aspectos que mais causa perplexidade é a necessidade de acelerar o nascimento das crianças, desconsiderando-se a autonomia das parturientes no processo de nascimento dos filhos. A pressa para “fazer nascer” os bebês e o controle sobre a dinâmica do trabalho de parto resultam no alto índice de intervenções, incluindo a cirurgia cesariana, fazendo com que, no Brasil, a assistência ao parto tenha como foco a decisão do médico e não os processos fisiológicos do corpo da mulher e a autonomia dessa mulher. O processo de apropriação do corpo feminino pelos profissionais de saúde tem início ainda na fase de pré-natal, quando as mulheres não recebem as informações sobre as boas práticas e cuidados obstétricos adequados, baseados nas evidências científicas. Nas maternidades, o referido processo se perpetua com a imposição de uma série de intervenções que, mais uma vez, ignoram a medicina baseada em evidências e, por conseguinte, acabam por conduzir a um parto ruim. (LEAL *et al*, 2014)

Existem categorias de violência praticadas contra a gestante. São a violência institucional discriminatória baseada em atributos (negativa ou depreciação no

atendimento por motivação racial, social ou comportamental); a violência estrutural (atendimento precário em virtude da infraestrutura insuficiente: falta de leitos, falta de material, insuficiência de recursos humanos e atendimento rotineiro e “fordista” que viola os direitos e causam danos às gestantes, parturientes e puérperas); a violência verbal (xingamentos e ameaças); a psicológica (negativa de analgesia, atendimento prestado pela metade, constrangimento, invalidação da opinião da mulher, negativa de informação) e violência física (excesso de toques, episiotomia de rotina, manobra de Kristeller, administração de ocitocina rotineira, obrigar a posição de litotomia, cirurgia cesárea sem indicação e sem anuência da mulher). A divisão de tais categorias de violência levou em consideração as definições apresentadas por diversos estudiosos sobre os abusos e direitos violados das mulheres nas instituições de saúde durante a assistência à gestação, ao parto e ao pós-parto (MARRERO e BRÜGGEMANN, 2017, p. 1221).

No dossiê “Parirás com Dor”, elaborado, em 2012, pela Rede Parto do Princípio, foi apresentado um diagnóstico da assistência ao parto no Brasil e discussão sobre a humanização do parto e os diversos sentidos do termo. Foram apontados os altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, trazendo as altas taxas de cirurgias cesarianas e as complicações da não assistência adequada em situações de abortamento como fortes causas da mortalidade materna.

A Pesquisa Nascer no Brasil, por sua vez, trouxe a lume uma amostra representativa dos partos realizados em instituições hospitalares de todo o território nacional, foi responsável pela entrevista de mais de 23.000 (vinte e três mil) mulheres e mostrou que práticas prejudiciais e sem comprovação científica são realizadas de forma rotineira no país. Das entrevistas emerge que: 40% receberam ocitocina; 92% das que pariram estavam em posição de litotomia; 56% tiveram o períneo cortado (episiotomia); 37% das parturientes foram submetidas à Manobra de Kristeller; apenas 18,5% puderam contar com a presença de acompanhante; 74% obtiveram a negativa para se alimentar (aplicação de pressão na parte superior do útero durante o período expulsivo); somente 46% puderam se movimentar durante o trabalho de parto e uma ínfima minoria (5%) tiveram partos sem quaisquer intervenções (LEAL *et al*, 2014, p. 17/32).

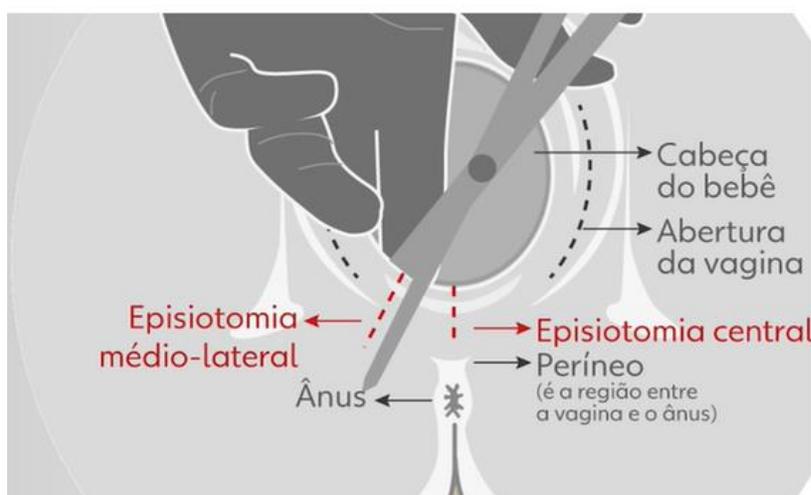
Passemos a uma breve explanação sobre algumas das violências obstétricas mais apontadas pelas mulheres nas referidas pesquisas.

3.3.1 Episiotomia

“O médico que estava me atendendo deu duas tesouras, uma para cada residente, e disse ‘agora cada um corta de um lado’ (MARIANA, 2014)²⁹

A episiotomia, também conhecida como “pique”, consiste numa cirurgia realizada na vulva, que corta a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, sendo realizada, algumas vezes, sem anestesia. Tal procedimento cirúrgico acaba por afetar diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, estruturas responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Figura 05: Demonstração de episiotomias



Fonte: Figura extraída do site G1. Disponível em <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2022/07/17/brasil-nao-tem-lei-federal-que-trate-de-violencia-obstetrica-ou-parto-humanizado-maioria-dos-estados-tem-legislacao-sobre-tema.ghtml>. Acesso em 24 de agosto de 2022.

A realização da episiotomia pode comprometer a vida sexual da mulher, seja por conta de traumas psicológicos, seja porque exista dor durante a relação. Há ainda que ressaltar que as estruturas afetadas pelo “pique” têm ligações importantes com o clitóris, e sua realização pode comprometer o prazer feminino.

Embora a episiotomia, originalmente, tenha sido um procedimento médico adotado com a finalidade de aumentar o canal perineal e evitar laceração, estudos

²⁹ Mariana, vítima de violência obstétrica, ao narrar um episódio sofrido no parto. Ela e outras vítimas foram ouvidas em audiência pública realizada pelo Ministério Público Federal em São Paulo, no dia 23 de outubro de 2014. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/episiotomia-para-mpf-sp-ha-consenso-de-que-pratica-nao-deve-ser-utilizada-indiscriminadamente>. Acesso em 31 de janeiro de 2023.

consistentes vêm demonstrando que este corte durante o trabalho de parto é desnecessário e bastante prejudicial, seja porque aumenta a dor da parturiente, seja porque trata-se de um corte de difícil reparação. Frise-se que evidências científicas consistentes desaconselham tal procedimento médico, porém a prática da episiotomia permanece rotineira no Brasil. (AMORIM, 2012). E, sob esse aspecto, é interessante questionarmos

Como e porque foi definido que era aceitável – e reproduzível – cortar o músculo entre o canal vaginal e o ânus (períneo) para “viabilizar” a passagem do bebê. Apesar de ainda não haver consenso sobre a eficácia desse procedimento, atualmente a Organização Mundial da Saúde desaconselha a realização da episiotomia rotineira (GROBÉRIO, 2022, p. 70)

É a episiotomia um procedimento atualmente praticado em 53,5% das parturientes brasileiras que fazem parto normal (LEAL *et al.*, 2014), número bem acima da taxa de 10% recomendada pela OMS³⁰.

Alguns autores mencionam que a prática da episiotomia aumentou consideravelmente a partir dos anos 50, pois muitos médicos acreditavam que sua realização reduzia significativamente o período expulsivo, o que lhes permitia atender rapidamente a grande demanda de partos hospitalares, não raras vezes simultâneos (AMORIM, 2012).

Por volta do final da década de 80 (TORNQUIST, 2002, p. 483), teve início no Brasil o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil (MHPNB), movimento que surgiu em oposição ao modelo hegemônico de atenção ao parto, defendendo a aplicação das recomendações da Organização Mundial de Saúde (1985), que incentiva o nascimento pelo parto vaginal, a aleitamento materno imediato, o alojamento conjunto da mãe e do recém-nascido, a presença do pai ou de acompanhante de livre escolha da mulher e a redução de intervenções consideradas desnecessárias durante o parto. Em relação às intervenções médicas desnecessárias

notamos que está em franco processo de mudança a forma de se construir conhecimento prático, técnico e científico sobre o processo de parto e nascimento no Brasil e, mais especificamente, acerca da prática da episiotomia. Obstetras que ao longo de suas carreiras profissionais tornaram-se parte do Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento no Brasil

³⁰ World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva; 2018. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=7249D951142ADCD80C5CC49A30B618B0?sequence=1>, acesso em 30 de novembro de 2022.

(MHPNB) estabeleceram novos modos de pensar e entender a realização do procedimento. Atualmente, tanto a produção científica quanto a prática técnica e docente desses médicos questionam de forma vigorosa a necessidade de realização do procedimento, chegando mesmo a rechaçá-lo, considerando-o muitas vezes nada mais que mutilação dos órgãos genitais femininos". (KÄMPF e DIAS, 2018, p.1159)

Vale salientar que a Organização Mundial de Saúde (2018, p. 150), por meio de Recomendações concernentes aos cuidados intraparto para uma experiência positiva no parto, não recomenda o uso rotineiro ou liberal de episiotomia para mulheres que realizam o parto vaginal espontâneo³¹.

No entanto, mesmo considerando toda a luta e o esforço do movimento de humanização do parto, é preciso ter em mente que a episiotomia de rotina ainda é realizada em grande parte das maternidades brasileiras.

3.3.2 Manobra de Kristeller

A Manobra de Kristeller consiste na compressão abdominal pelas mãos que envolvem o fundo do útero. Segundo o Ministério da Saúde, a referida manobra é definida como pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino, no período expulsivo do trabalho de parto.

Tal manobra foi desenvolvida sem fundamentação científica e, atualmente, diversos estudos demonstram que o procedimento é inadequado e, como consequência de sua aplicação, podem ocorrer trauma das vísceras abdominais, do útero, traumas fetais, descolamento de placenta e outras complicações do parto. Por conseguinte, o Ministério da Saúde determina que a Manobra de Kristeller deve ser eliminada dos atendimentos por ser ineficaz, danosa e dolorida. Em documento publicado em 2017, o Ministério da Saúde prescreve que "a manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p. 43), estabelecendo ainda que

Não existem provas do benefício da manobra de Kristeller realizada no segundo período do parto e, além disso, existem algumas provas, ainda que escassas, de que tal manobra constitui um fator de risco de morbidade materna e fetal, pelo que se considera que sua realização durante a segunda etapa do parto deve ser limitada a protocolos de investigação desenhados

³¹ Recommendation 39: routine or liberal use of episiotomy is not recommended for women undergoing spontaneous vaginal birth.

para avaliar sua eficácia e segurança para a mãe e o feto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p. 240).

Apesar de condenada pela Medicina Baseada em Evidências, a manobra é frequentemente realizada pelos profissionais de saúde, mesmo por aqueles que reconhecem que o procedimento é proscrito, os quais deixam de registrá-la em prontuário médico (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Figura 06: Foto mostrando médico realizando a Manobra de Kristeller



Fonte: Dossiê Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, p. 103. Disponível em <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2022.

3.3.3 Posição de Litotomia

Desde 1996, a Organização Mundial de Saúde, no documento “Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento”, recomenda a deambulação e o estímulo àquelas posições não-supinas durante o trabalho de parto, afirmando ser o uso rotineiro da posição de litotomia prejudicial ao trabalho de parto. Mais recentemente, em 2018, a OMS divulgou as atualizações das boas práticas para o parto normal, reafirmando que as evidências científicas apontam a necessidade de se estimular às parturientes de baixo risco a movimentação e a adoção de posições verticalizadas³².

³² Documento originalmente denominado “*WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*”. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215->

O Ministério da Saúde, por meio da edição das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (aprovadas pela CONITEC), recomenda que se deve incentivar a mulher a adotar, no período do trabalho de parto, a posição que achar a mais confortável possível (cócoras, lateral, quatro apoios). O documento do Ministério da Saúde aconselha, ademais, o desencorajamento da posição supina ou semi-supina no segundo período do trabalho de parto.

Entre as diversas recomendações propostas pelo Ministério da Saúde e por organismos internacionais, encontra-se a de que as parturientes tenham liberdade para se movimentar durante todo o processo de trabalho de parto e parto, já que sólidas evidências científicas demonstram que a movimentação durante o trabalho de parto está relacionada a melhores desfechos e maior satisfação da mulher em relação à experiência do parto. A posição mais verticalizada ou de cócoras aumenta o senso de controle da mulher e ocasiona contrações mais efetivas, reduzindo-se o tempo necessário para que a dilatação ocorra, a necessidade do uso de anestesia, a ocorrência de cesáreas e, por conseguinte, menores chances de o recém-nascido necessitar de admissão em UTI neonatal. Por fim, ao serem oferecidas à mulher a possibilidade de escolher em que posição deseja parir, há o fortalecimento da autonomia da parturiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Figura 07: Foto de mulher em posição litotômica



Fonte: Dossiê Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, p. 105. Disponível em <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2022.

[eng.pdf;jsessionid=C7A9BB1A7483CE6764F9FA93A120E88C?sequence=1](https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf). Acesso em 13 de dezembro de 2022.

A posição de litotomia consiste em uma posição horizontal, na qual a mulher fica posicionada de barriga para cima. Apesar da evidência fisiológica da redução da eficiência uterina e do fluxo sanguíneo placentário, que ocorrem quando a mulher é posta nessa posição, a posição supina ou de litotomia tem sido amplamente utilizada no segundo período do trabalho de parto (AMORIM, 2010).

A posição litotômica, dentre todas as existentes, é a menos favorável ao parto normal por dificultar a expulsão do recém-nascido, tendo em vista que, ao posicionar a gestante deitada, não contamos com a ajuda da gravidade, aumentando, por conseguinte, os riscos de laceração da vagina. No entanto, é a posição comumente adotada nas maternidades, pois permite uma melhor visão da vagina pelo médico e demais profissionais de saúde, afastando-se, mais uma vez, o lugar de protagonista do parto, que é da mulher.

3.3.4 Negativa de analgesia

O alívio da dor na hora do parto deve ser um direito concedido a todas as parturientes, que precisam ser esclarecidas das medidas farmacológicas e não farmacológicas existentes para realizarem uma escolha livre e esclarecida entre eles (ou optarem pela combinação entre as diversas formas disponíveis).

Figura 08: Banner de divulgação da Organização Mundial de Saúde sobre experiência positiva de parto



Fonte: World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/pt/multi-media/details/all-women-have-a-right-to-a-positive-childbirth-experience> . Acesso em 05 de fevereiro de 2023.

No Brasil, as técnicas farmacológicas mais utilizadas são três: a analgesia peridural (que é aplicada em um espaço da coluna denominado peridural, o qual envolve o canal vertebral); a analgesia raquidiana ou ráqui (que é aplicada dentro do canal vertebral) e a analgesia consistente na combinação das duas anteriores. No nosso território, o acesso a analgesia farmacológica depende mais do tipo de financiamento de assistência ao parto, se público ou particular, do que da real necessidade da mulher. Quando as parturientes atendidas pelo sistema privado insistem em um parto vaginal, quase sempre recebem uma anestesia peridural. Em se tratando das mulheres que utilizam o Sistema Único de Saúde, normalmente a única analgesia disponível é a anestesia local no períneo para a realização da episiotomia (DINIZ e DUARTE, 2004).

Existem, no entanto, elementos não farmacológicos que auxiliam a mulher a lidar com a dor do parto. São eles o apoio (importância da acompanhante para alívio da dor); o silêncio, a privacidade e o ambiente adequado (ambiente livre de conversas paralelas, por exemplo); iluminação adequada (a maioria das mulheres relata que prefere um ambiente na meia-luz); a mobilidade durante o trabalho de parto (a posição horizontal dificulta o processo); massagens (aquelas aplicadas nos ombros e pescoço são melhores entre as contrações e auxiliam no relaxamento); respiração (entre as contrações, a respiração deve ser calma e profunda) e o uso de água (duchas mornas e imersão em banheiras são relaxantes e diminuem as dores).

A Resolução RDC nº 36 da ANVISA³³, nos itens 7.2.9 e 9.6.3, obriga a disponibilização de materiais e equipamentos não farmacológicos para alívio da dor, estabelecendo, inclusive, um atendimento humanizado e seguro às mulheres, aos recém-nascidos, aos acompanhantes, aos familiares e aos visitantes (item 6.6, alínea a).

No entanto, restou constatado que nas gestantes usuárias do setor público, além do maior uso da ocitocina sintética (usada para acelerar o parto e que também é considerada uma forma de VO), existe uma menor frequência de uso de analgesia obstétrica, o que resulta na prática de um parto extremamente doloroso, o que pode

³³ Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em 29 de janeiro de 2023.

revestir-se de estímulo ao temor pelo parto natural e aumento do desejo pela realização da cirurgia cesariana (LEAL *et al*, 2014, p. 28).

3.3.5 Descumprimento da Lei nº 11.108/2005

A Lei nº 11.108/2005, também conhecida como a Lei do Acompanhante, foi sancionada em 2005, vindo assegurar à gestante o direito à presença de um acompanhante, de sua livre escolha, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada. A referida legislação alterou a Lei 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

As disposições da lei são válidas para qualquer via de parto e a presença do acompanhante, inclusive quando se tratar de acompanhante adolescente, não pode ser impedida pela maternidade ou por qualquer membro da equipe de saúde. Entretanto, vale relembrar que, durante o início da pandemia da Covid-19, algumas instituições hospitalares começaram a desrespeitar a Lei 11.108/2005, sob o argumento de que o direito ao acompanhante poderia resultar no aumento da propagação do coronavírus.

Oportuno salientar que a “Lei do Acompanhante”, por ordem da Agência Nacional de Saúde (RDC 36/2008)³⁴, é também aplicável aos hospitais privados, não sendo cabível o argumento de que para ter acesso ao acompanhante, a parturiente deve ser atendida em hospital público ou pagar a mais para gozar desse direito.

Quando da fase inicial da pandemia a Organização Mundial de Saúde expressou a necessidade de as parturientes terem seus direitos assegurados. Por sua vez, o Ministério da Saúde, por meio da Nota Técnica 9/2020, consignou que “o acompanhante, desde que assintomático e fora dos grupos de risco para a Covid-19 deve ser permitido” ao lado da parturiente (item 2.3. da Nota Técnica 9/2020).

Apesar das recomendações expedidas pelos órgãos superiores de saúde para que a Lei do Acompanhante fosse respeitada no período pandêmico, várias ações judiciais foram propostas, seja para que fosse assegurado à gestante o acompanhante

³⁴ A RDC 36/2008 constitui uma Resolução datada em de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html

(pedidos liminares), seja pelo descumprimento da regra (ações de reparação civil). Como exemplo de ação ajuizada, em que houve, por parte do Judiciário, flexibilização da Lei do Acompanhante³⁵, trazemos a seguinte jurisprudência do Tribunal Regional da 4ª Região:

EMENTA: REMESSA NECESSÁRIA CÍVEL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PARTURIENTE. ACOMPANHAMENTO POR FAMILIAR OU TERCEIRO POR ELA INDICADO NO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO. LEI 8.080/1990. LEI 11.108/2005. LEI 12.895/2013. AVISO INFORMATIVO. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. FLEXIBILIZAÇÃO COVID-19. 1. Desde o ano de 2005 é inquestionável o direito da parturiente ser acompanhada por uma pessoa por ela indicada durante todo o período de trabalho de parto, durante o parto e durante o pós-parto imediato no âmbito do SUS, seja em rede hospitalar própria, seja em rede hospitalar conveniada. 2. A partir de 2013 é imposição legal a manutenção de aviso informativo a respeito desse direito em local visível das dependências dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS. 3. No que concerne à flexibilização temporária da decisão que deferiu a tutela de urgência, deve ser mantida. Tal conclusão é inafastável, tendo em vista persistir a pandemia Covid-19 e, por consequência, a manutenção das recomendações de isolamento social e redução de aglomerações e, ademais, considerando o disposto na Nota Técnica n. 12/2020, do Ministério da Saúde, em relação a gestantes e parturientes. (TRF4 5001211-70.2020.4.04.7005, TERCEIRA TURMA, Relatora MARGA INGE BARTH TESSLER, juntado aos autos em 12/05/2021)

Os estudos da Medicina Baseada em Evidências apontam que a presença de um acompanhante de livre escolha da parturiente reduz a duração do trabalho de parto, o uso de anestésicos, o número de cesáreas, diminui a ocorrência de depressão pós-parto e se reveste de estímulo para a amamentação (LAMY *et al*, 2021, p. 3).

Em 2018, a Organização Mundial de Saúde atualizou as suas recomendações para os cuidados durante o parto consolidando que a presença do acompanhante é recomendada e ressaltou que os países são relutantes na implementação dessa prática benéfica e que, sendo assim, existe a necessidade de envidar esforços adicionais para a sua implementação.

Por oportuno, a Lei 8.090/90 prevê, em seu artigo 19-J, §3º³⁶, a obrigação dos hospitais em afixar em local visível avisos informando sobre o direito da parturiente a

³⁵ A nosso ver, tal flexibilização não se reveste de razoabilidade. O Judiciário, no caso concreto apresentado, ponderou que o direito à vida e à saúde pública seria maior que o direito à presença de acompanhante no momento do parto (direito individual), mas parece esquecer que o direito ao acompanhante está intimamente ligado à saúde materno-infantil. Fundamentou-se que “trata-se de limitar direitos individuais, excepcional e temporariamente, a fim de atender interesses coletivos, com fundamento nos artigos 6º, caput, c/c o art. 196, caput, da Constituição Federal”. Disponível em https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/inteiro_teor.php?orgao=1&numero_gproc=40002505911&versao_gproc=6&crc_gproc=eb13e4f2&termosPesquisados=YWNvbXBhbmbhbnRlIGNvdmlkIHVuaW9lc3RIIA==. Acesso em: 21 de março de 2023.

³⁶ Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

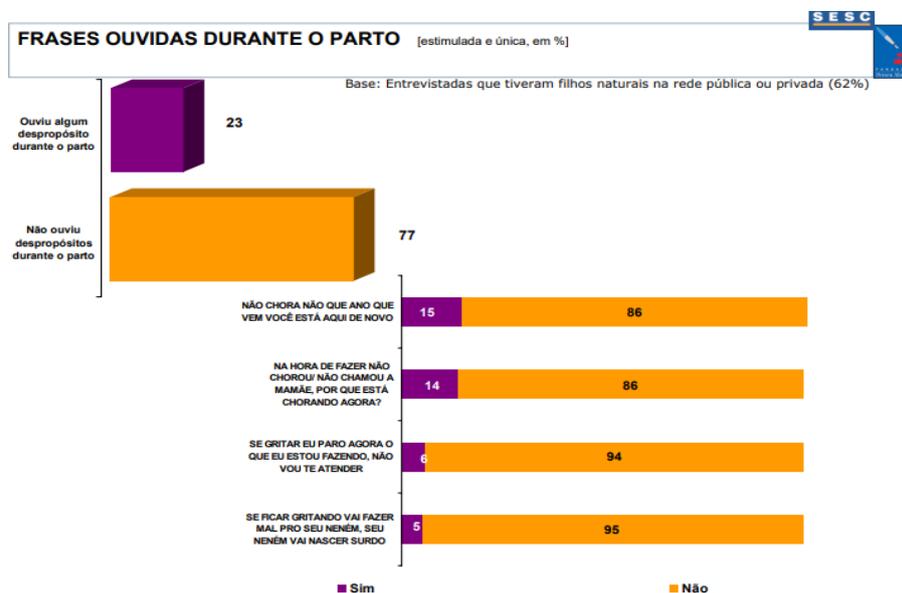
um acompanhante de sua livre escolha. Entretanto, como bem salientam Lamy *et al* (2021), não é comum encontrar tais avisos nas maternidades do país, merecendo a questão uma maior investigação.

Muito embora a Lei nº 11.108 exista e vigore desde 2005, a realidade brasileira é que mulheres com baixa renda, com menor tempo de estudo, negras e pardas, são as que usualmente são privadas dos benefícios da presença de acompanhante de sua livre escolha durante o parto (DINIZ *et al*, 2014, p. 142).

3.3.6 Xingamentos e Abusos verbais

Em 2010, a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizada pela Fundação Perseu Abramo, apontou algumas das ofensas verbais ouvidas pelas mulheres nos atendimentos prestados nos hospitais e maternidades brasileiros. Tais dados foram sintetizados nos seguintes gráficos:

Figura 09: Frases ofensivas ouvidas durante o parto pelas mulheres entrevistadas pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Sesc



Fonte: Pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado 2010”, p. 177. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf . Acesso em 01 de março de 2023.

§3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no caput deste artigo (destaque nosso).

No Dossiê “Parirás com dor”, constam relatos de diversos xingamentos proferidos em relação a mulheres que estavam em trabalho de parto ou parto, dentre os quais se destacam: “Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”; “Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.”; “Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”; “Na hora de fazer, você gostou, né?”; “Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.”; “Pára de gritar senão seu filho vai morrer!” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Em que pese esta dissertação não estar voltada à realidade dos EUA, a título ilustrativo é interessante trazer dados colhidos por estudo de Vedam *et al* (2019). O estudo elucida que, nos Estados Unidos, uma em cada seis mulheres (17,3%) sofreu um ou mais tipos de maus-tratos. O ranking de maus-tratos é liderado por ser “gritada ou repreendida por um profissional de saúde” (8,5% da amostra), seguido pelo abandono (7,8%), que ocorre quando os profissionais de saúde ignoram as mulheres, não atendendo ao seu pedido por ajuda ou deixando de atendê-las num período de tempo razoável.

Em dezembro de 2021, a influenciadora digital Shantal Verdelho teve áudio de conversa íntima vazado nas redes sociais. No áudio, Shantal narra condutas praticadas pelo médico obstetra Renato Kalil, no momento do trabalho de parto e parto de sua filha caçula, que se caracterizariam como violência obstétrica³⁷.

Em 25 de outubro de 2022, as promotoras de justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo, Fabiana Dal’Mas e Silvia Chakian, denunciaram o médico obstetra Renato Kalil pela prática de lesão corporal e violência psicológica praticadas durante o parto, tendo em vista que o profissional em questão teria, em 13 de setembro de 2012, em uma das salas de parto do Hospital e Maternidade São Luiz,

³⁷ Reportagem disponível em <https://g1.globo.com/pop-arte/noticia/2021/12/12/shantal-verdelho-apos-audio-vazado-sobre-violencia-obstetrica-influencer-anuncia-que-se-afastara-das-redes-sociais.ghtml>. Acesso em 20 de janeiro de 2022. A reportagem informa que, no dia 12 de dezembro de 2021, o áudio de uma conversa íntima da influencer Shantal Verdelho vazou nas redes sociais. Nas redes, a influenciadora afirmou ter sido vítima de violência obstétrica durante o parto da filha mais nova, nascida em setembro de 2021. Shantal imputa ao médico obstetra Renato Kalil condutas que se enquadram como violência obstétrica: usa palavrões contra a parturiente durante o parto e expor a sua intimidade para o pai da criança, Mateus Verdelho, durante o trabalho de parto e também para terceiros. O caso, inclusive, foi exposto no programa da rede Globo, Fantástico, exibido em 09 de janeiro de 2022. Disponível em <https://globoplay.globo.com/v/10196296/>. Acesso em 02 de janeiro de 2023. No vídeo, é possível visualizar os xingamentos proferidos pelo médico e a insistência do médico na realização da episiotomia, bem como a posição de litotomia em que Shantal foi colocada. Visualiza-se, também, a realização da Monobra de Kristeller. Na reportagem, há áudio de Kalil indicando o uso do medicamento misoprostol para a indução do parto. Em 14 de dezembro de 2021, Shantal representou ao Ministério Público do Estado de São Paulo pela instauração de investigação. Os detalhes da entrevistas encontram-se descritos em reportagem disponível no site da UOL: <https://www.uol.com.br/splash/noticias/2022/01/09/shantal-verdelho-sobre-violencia-obstetrica-.htm>. Acesso em 02 de janeiro de 2023.

localizado na cidade de São Paulo/SP, dentro de um contexto de prática de violência obstétrica, ofendeu a integridade corporal da vítima Shantal Buonamici Verdelho, sua paciente, causando-lhe lesões corporais de natureza leve (conforme exame de corpo de delito e parecer médico). Na mesma oportunidade, segundo o Ministério Público, o denunciado teria causado danos emocionais à vítima, “prejudicando-a e perturbando-a em seu pleno desenvolvimento e visando degradar ou a controlar as suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante constrangimento, humilhação, manipulação, ridicularização, causando prejuízo à sua saúde psicológica e autodeterminação”.

Muito embora o processo judicial corra em segredo de justiça, foi determinado pelo magistrado de primeiro grau que o sigilo não abarcasse a decisão de não recebimento da denúncia ³⁸, tendo esta pesquisadora realizado uma análise do conteúdo de tal decisão que segue como um dos apêndices desta dissertação (**Apêndice B**). Da análise da decisão, no entendimento da pesquisadora, o magistrado minimizou os xingamentos proferidos em face da parturiente e acabou por revitimizar a mulher, ao entender que os eventos ocorridos no parto tiveram como causa a estrutura corpórea da vítima.

3.3.7 Cesarianas sem indicação

A Organização Mundial da Saúde, na Declaração sobre Taxas de Cesáreas³⁹ expressa que, “desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%”. Ressalva-se, no entanto, que as cesáreas estão se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países em desenvolvimento, quanto naqueles desenvolvidos. Na referida Declaração, datada de 2015, a OMS recomendou que, ao invés de focarem apenas em atingir as taxas recomendadas de cesáreas, os esforços dos governos e dos profissionais de saúde devem ter como objetivo a realização de cirurgias cesarianas apenas nos casos em que sejam

³⁸ Processo Digital nº 1541195-03.2021.8.26.0050. O processo tramita em segredo de justiça, mas, tendo em vista a grande repercussão que caso ganhou, o magistrado sentenciante, Dr. Carlos Alberto Corrêa de Almeida Oliveira, determinou a divulgação da decisão de rejeição da ação penal pública.

³⁹ Documento disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3 Acesso em: 30 de novembro de 2022.

necessárias, ou seja, apenas nos casos em que ocorra real indicação médica (OMS, 2015).

A Organização Mundial de Saúde informa que o índice de cirurgias cesarianas, em 1980, era de 6%, elevado para 18,6% no ano de 2016. No continente europeu, o índice aumentou de 15% para 25%, considerado o período de 20 anos. Nos Estados Unidos, estima-se que 33% dos partos são cirúrgicos (BATISTA FILHO e RISSIN, 2018, p. 5).

No Brasil, somados os setores público e privado, em torno de 57% de todos os partos realizados no Brasil consistiram em cesarianas (UNICEF, 2017). No setor privado, 80% dos partos cesáreos ocorrem antes de a gestante entrar em trabalho de parto (TORRES *et al*, 2014). Alerta-se que são taxas bem acima dos 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde.⁴⁰

A “epidemia de cesáreas” acaba por desencadear uma epidemia de nascimentos prematuros e, no Brasil, comparando-se com países de alta renda, existe um excesso anual de 354.000 nascimentos anteriores à 37ª semana e entre a 37ª e 38ª semanas, o que ocasiona ao recém-nascido um maior risco de morbimortalidade a curto prazo, além de problemas de desenvolvimento a longo prazo (BARROS *et al*, 2018, p. 1).

Estima-se que 55% de todos os nascimentos realizados no Brasil ocorrem por meio de cirurgia cesariana e, conforme supra afirmado, a recomendação da Organização Mundial de Saúde é que esse percentual gire em torno dos 15%. Caso seja considerado na contabilização dos nascimentos apenas o setor privado, tem-se que a taxa de cesáreas realizadas ultrapassa os 80%. Por oportuno, frise-se que a comunidade internacional e o Movimento pela Humanização do Parto não negam que a cesárea, quando bem indicada, salva vidas.

Em 2010, o Ministério Público Federal ajuizou uma Ação Civil Pública⁴¹ requerendo a regulamentação dos serviços obstétricos realizados por consultórios

⁴⁰ Desde 1985, a OMS esclarece que a comunidade internacional de saúde considera a taxa ideal de cirurgias cesarianas deveria ficar entre 10% e 15%. Em documento divulgado em abril de 2015, denominado Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas (Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=D2C1EC6B8699A3B42121658F31726062?sequence=3, acesso em 30 de novembro de 2022), a OMS reforça que, “ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal”, mas ressalva que “os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas”.

⁴¹ Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, ajuizada perante a Justiça Federal de São Paulo, que será melhor abordada no Capítulo 4.

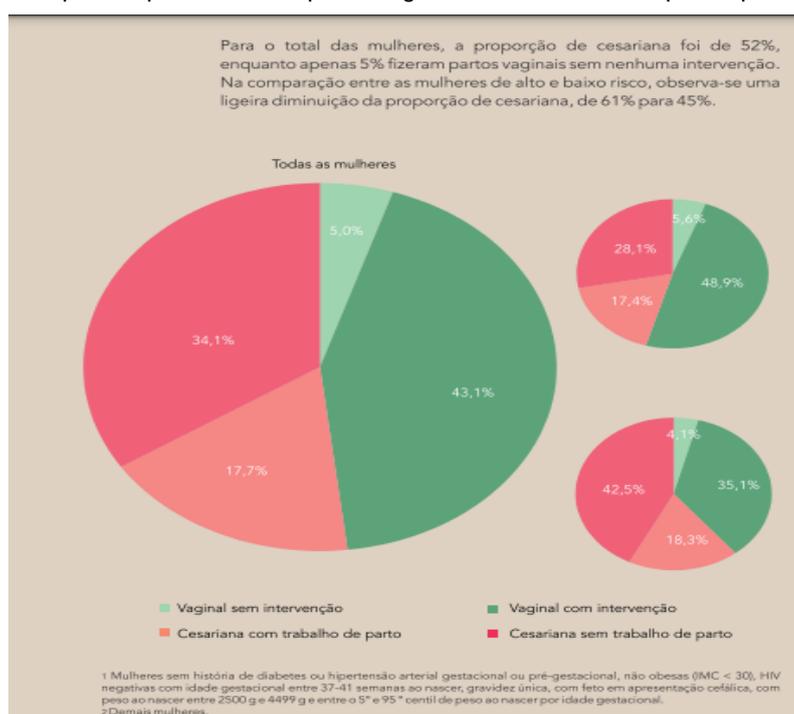
médicos e hospitais da rede privada, nos quais a taxa de parto por via cirúrgica chega a 90%.

A Pesquisa Nascer no Brasil consignou que quase 70% das mulheres brasileiras desejava um parto vaginal no início da gravidez. No entanto, por falta de apoio, cerca de 52% delas foram submetidas à cirurgia cesariana. Outro dado alarmante é que quase 1/3 das mulheres que optaram pela cesárea agendada relataram que a principal razão para tal via de parto foi o medo da dor do parto. (NASCER NO BRASIL, SUMÁRIO EXECUTIVO TEMÁTICO DA PESQUISA, 2014, p. 4)

Por conseguinte, é possível afirmar que se caracteriza como violência obstétrica a negativa de oportunidade de um parto natural, que possui evidências científicas de ser o mais benéfico e seguro para a mulher e para a criança em condições normais. Induzir a gestante a realizar uma cesárea trata-se de desrespeito à anatomia e à fisiologia do corpo da mulher, bem como inviabiliza o protagonismo da parturiente no parto.

No entanto, é certo que enquanto não houver na assistência ao parto e ao nascimento uma alternativa de um parto respeitoso, as mulheres vão continuar a recorrer a uma cesárea eletiva, como forma de se defender do parto “normal” que é praticado no dia a dia das maternidades brasileiras.

Figura 10: Gráficos pizza representando a porcentagem de cesarianas e de partos por via vaginal



Fonte: Sumário Executivo Temático da Pesquisa Nascer no Brasil

3.3.8 Esterilização compulsória

A esterilização compulsória não é corriqueiramente citada como forma de violência obstétrica, apesar de inegável que sua prática seja uma das piores formas de tal violência, pois pode ser considerada um tipo de mutilação em violação ao princípio da dignidade da pessoa humana, bem como aos subprincípios da integridade psicofísica, da liberdade e da solidariedade.

Na década de 1980, criou-se uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito para investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil⁴². Uma das conclusões da CPI foi que havia claro interesse internacional de controle demográfico brasileiro, tendo sido confirmada a esterilização em massa das mulheres.

Na década de 1990, a esterilização em massa continuou a ocorrer no Brasil, conforme denunciado por inúmeras organizações de mulheres negras por meio da veiculação da Campanha Nacional Contra Esterilização em Massa⁴³. Apurou-se que as mulheres negras muitas vezes eram esterilizadas por acreditarem que esse era o único meio de evitar filhos e que essa esterilização era financiada por entidades internacionais com o fim de realizar o controle de natalidade, extermínio de negros e mestiços e, por conseguinte, a diminuição da pobreza.

No Brasil, recentemente, presenciamos um caso emblemático de esterilização compulsória: o caso Janaína Aparecida Quirino. Janaína, mulher negra e em situação de rua, teve seus direitos reprodutivos violados após um pedido do Ministério Público do Estado de São Paulo. Ao dar à luz ao seu oitavo filho, Janaína foi submetida a um procedimento de esterilização compulsória, no momento do parto, sem que houvesse o seu consentimento, sob o argumento de que não seria capaz de gerir o planejamento familiar, por ser usuária de drogas e moradora de rua.

⁴² BRASIL (Congresso Nacional). Relatório nº 2 de 1993 (Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito). Brasília, 1993, p.1. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/85082/CPMI Esterelizacao.pdf?sequence=7> Acesso em 12 de janeiro de 2023.

⁴³ A Campanha teve duração de dois anos e foi liderada pela médica ativista negra Jurema Werneck e teve como slogan: Esterilização – Do controle da natalidade ao genocídio do povo negro!. Para maiores detalhes sobre a campanha e a esterilização compulsória nas mulheres negras, conferir a dissertação de Mestrado de Mariana Santos Damasco intitulada “Feminismo Negro: Raça, Identidade e Saúde Reprodutiva no Brasil (1975-1996)”, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/6132/34.pdf?jsessionid=1DE8B7631F5AF6094F840A3C92EE0C81?sequence=2> . Acesso em 12 de janeiro de 2023.

No nosso ordenamento jurídico, a esterilização compulsória é considerada procedimento ilícito, na medida em que deve ser assegurado o livre exercício do poder familiar. Entretanto, o caso Janaína Quirino colocou em xeque o cumprimento dos dispositivos de proteção aos direitos reprodutivos das brasileiras, pois, em análise ao pedido do MPSP, um dos fundamentos utilizados para defender o procedimento de laqueadura compulsória foi o receio de que Janaína, diante de seu suposto desinteresse no planejamento familiar, promovesse um aumento irresponsável da prole.

Em 29 de maio de 2017, o promotor Frederico Liserre Barrufini do Ministério Público de Mococa/SP ingressou com Ação Civil Pública (autos nº 1001521-57.2017.8.26.0360)⁴⁴ distribuída à 2ª Vara Cível de Mococa, São Paulo. Em, 27 de junho de 2017, o juiz Djalma Moreira Gomes Júnior concede o pedido de tutela antecipada requerido pelo MPSP, determinando a realização de laqueadura em Janaína, nos seguintes termos:

Assim, defiro em parte a antecipação da tutela, para determinar que a Municipalidade ré realize na requerida Janaína Aparecida Quirino a cirurgia de laqueadura tubária, a ser realizada nesta cidade sem os procedimentos preparatórios da Lei nº 9.263/1996, devendo o procedimento ser realizado nesta cidade e no prazo máximo de 30 (trinta) dias, sob pena de imposição de multa diária de R\$ 100,00. (GOMES JÚNIOR, 2017, fls. 30 do Processo 1001521-57.2017.8.26.0360).

Após a antecipação de tutela, confirmada em sentença proferida em 05 de outubro de 2017, a esterilização não foi realizada, pois Janaína engravidou. Contudo, em novembro de 2017, Janaína foi presa preventivamente, acusada por crime de tráfico de entorpecentes. Por conseguinte, o Ministério Público do Estado de São Paulo pleiteou a realização da laqueadura no momento do parto ⁴⁵. No dia 14 de

⁴⁴ A íntegra do Processo nº 1001521-57.2017.8.26.0360 está disponível em https://drive.google.com/file/d/1jHtlpwUug40GUE_FhQF8B56gtOPdQOU/view. Acesso em 21 de dezembro de 2021. A história de Janaína se tornou pública, em 09 de junho de 2018, quando Oscar Vilhena Vieira, director da Faculdade de Direito da Fundação Getúlio Vargas (FGV) de São Paulo, escreveu uma coluna no jornal Folha de São Paulo sobre o caso (vide <https://exame.com/brasil/nao-querer-que-isso-aconteca-com-mais-nenhuma-mulher/>). Acesso em 22 de dezembro de 2022).

⁴⁵ Esta pesquisadora defende que a vontade da mulher, desde que devidamente informada sobre os riscos de qualquer cirurgia, deve prevalecer. No entanto, faz um alerta em relação às recentes alterações ocorridas na Lei de Planejamento Familiar (Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996), em especial, aquela que garante a esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto. Antes das alterações trazidas pela Lei nº 14.443/2022, a Lei 9263/1996, em seu artigo 10, proibia a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto. Com as alterações promovidas pela recente alteração, esta pesquisadora teme que ainda mais cesáreas sem indicação sejam realizadas e que ainda mais esterilizações compulsórias ocorram. É que, no Brasil, a cirurgia de laqueadura é autorizada, mas não apenas porque a mulher assim deseja, mas, principalmente, porque a requerente brasileira é, via de regra, pobre. É preciso ter em mente que a Lei de Planejamento Familiar foi

fevereiro de 2018, dia em que foi realizada a cirurgia cesariana em Janaína, a parturiente foi submetida, também, à laqueadura involuntária. Ou seja, a gestante deu entrada no hospital para ter um filho e deixou a instituição hospitalar estéril.

Observe-se que, ao ingressar com Ação Civil Pública pleiteando a laqueadura de Janaína, o Ministério Público do Estado de São Paulo desrespeitou a legislação brasileira, bem como a Recomendação Geral nº 24 do Comitê sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, disposta no artigo 12 da Convenção Interamericana de Direitos Humanos, a qual veda expressamente a esterilização sem consentimento. O pedido do Ministério Público do Estado de São Paulo causa perplexidade e, ainda que inconscientemente, o Promotor Público expressa argumentos de viés controlista:

Não obstante, conforme já afirmado e de acordo com os ofícios cujas cópias instruem a presente, **a requerida constantemente é encontrada perambulando pelas ruas da cidade com claros sinais de uso abusivo de álcool e drogas. JANAÍNA, em determinados momentos, manifesta vontade em realizar o procedimento de esterilização; noutros, demonstra desinteresse ao não aderir aos tratamentos e ao descumprir as mais simples orientações dos equipamentos da rede protetiva.**

Diante de tal quadro fático, **não há dúvidas de que somente a realização de laqueadura tubária na requerida será eficaz para salvaguardar a sua vida, a sua integridade física e a de eventuais rebentos que poderiam vir a nascer e ser colocados em sério risco pelo comportamento destrutivo da mãe.** [...]

De fato, **a requerida, pessoa hipossuficiente, faz uso abusivo de drogas e já possui cinco filhos.** Ao fazer uso contumaz de tais substâncias, levar uma vida desregrada, sem sequer possuir residência fixa e apresentar comportamento de risco, é maior a possibilidade de a requerida contrair doenças venéreas e ter nova gestação indesejada, aumentando a sua prole de forma irresponsável e não planejada.

Assim, percebe-se que, **em razão de sua condição, a requerida não demonstra discernimento para avaliar as consequências de uma gestação.** [...]

Assim, não resta alternativa ao Ministério Público senão o ajuizamento da presente ação para compelir o **MUNICÍPIO DE MOCOCA** a realizar a laqueadura tubária em **JANAÍNA**, bem como para **submetê-la a tal procedimento mesmo contra a sua vontade**, tudo em conformidade com o disposto na Lei n. 9.263/96 e preceitos constitucionais que consagram a saúde como dever do Estado e direito de todos. (Petição Inicial de Ação Civil Pública do Processo nº 1001521-57.2017.8.26.0360 – sem grifos no original)

promulgada após a instauração da CPMI que investigou o aumento de cirurgias de laqueadura em mulheres brasileiras, e, “como consequência do alto índice de cesarianas efetivadas para ocultar as laqueaduras, outroar ilegais e não reembolsáveis pelo SUS (CAETANO, 2014), a lei proibiu sua realização logo após o parto[...].” Nesse sentido, conferir o seguinte artigo: OLIVEIRA, Amanda Muniz; RODRIGUES, Horácio Wanderlei. *Blessed be the fruit*: resquícios de um viés controlista em ações sobre cirurgia de laqueadura no Judiciário de Santa Catarina (2015-2016). Revista Direito GV – São Paulo, v.15, n. 1, Jan-Abr 2019.

Ou seja, utilizando-se dos argumentos da hipossuficiência e da situação de vulnerabilidade social de Janaína, os operadores do Direito ignoram a vontade da mulher, com o objetivo de evitar que impactos socioeconômicos de uma nova gravidez sejam arcados pelo Estado. A ação civil pública não sugere outros métodos contraceptivos duradouros com a implantação do DIU, que é reversível. Além disso, pouco importa o contexto em que a vontade da mulher foi emitida, já que a própria inicial aduz que há necessidade de submetê-la ao procedimento de laqueadura mesmo contra a sua vontade. Vale salientar que, antes da autorização e realização do procedimento, Janaína não contou com qualquer defesa jurídica. Assim, tem-se que

tal fato aponta para a existência de indícios, ainda que inconscientes, da manutenção de um pensamento controlista, que não se pauta pela autonomia da vontade da mulher, mas, sim, pelos impactos socioeconômicos que sua gravidez terá (OLIVEIRA e RODRIGUES, 2019, p. 14).

Aqui, defendemos que o Estado não possui a faculdade de mitigar direitos fundamentais, como a capacidade reprodutiva e a integridade física. É que a autonomia do indivíduo, no caso, a da mulher, deve ser respeitada. E, deve ser sempre lembrado que as condições de uma mulher branca e privilegiada (aqui colocamos, inclusive, a mulher de classe média) não são as mesmas de uma mulher moradora de rua e negra. Por conseguinte, ainda que o entendimento da violência obstétrica pelo Estado brasileiro seja conservador, consideramos que o caso de esterilização compulsória de Janaína Quirino se enquadra no conceito de violência obstétrica, sendo os autores da violência os operadores do direito envolvidos (Promotor de Justiça e Juiz de Direito), ampliando, assim, aqueles conceitos que enquadram a VO como aquela cometida em serviços de saúde. No caso Janaína, aqueles que deveriam resguardar a ordem jurídica, foram os seus violadores.

Deve ser considerado, portanto, que a esterilização forçada se enquadra como uma violência em razão da gestação, desrespeitando o direito ao parto e assumindo uma dimensão ainda mais abrangente quando se adotam as lentes da raça e classe, sendo possível concluir que a limitação do conceito de violência obstétrica se explica a partir do nascimento de tal conceito. É que a demanda pela denominação e reconhecimento dos procedimentos e comportamentos violentos ocorridos durante a gestação, parto e pós-parto se originou de mulheres pertencentes à classe média

branca, mulheres que, em sua maioria, tinham acesso à informação (DÂMASO, 2019, p. 326). Assim, lei federal que, porventura, venha disciplinar a violência obstétrica, deverá prever a esterilização compulsória como forma de VO e operadores do direito, que requeiram e autorizem tal procedimento, como autores de tal violência.

3.4 Violência Obstétrica x Erro médico: uma distinção necessária

A falta de uma legislação federal brasileira relativa à prática de violência obstétrica tem servido de desculpa para que os operadores do direito apliquem a tais casos os critérios gerais de responsabilidade civil dos profissionais de saúde, Administração Pública e planos de saúde. Por conseguinte, os casos em que se pratica a violência obstétrica são analisados sob a ótica do erro médico.

A violência obstétrica caracteriza-se como ato ilícito indenizável por se tratar de uma forma mais ampla de violação dos direitos das mulheres gestantes, parturientes e em puerpério, em verdadeira violação de direitos humanos da mulher, que não necessariamente se encontra ligada à ocorrência de erro médico, configurado pelo defeito ou incorreção de alguma técnica médica adotada, por negligência, imprudência ou imperícia do profissional de saúde. E, é sempre bom lembrar, que o erro médico e a violência obstétrica podem ocorrer simultaneamente, mas são práticas que independem uma da outra e, por isso, merecem tratamentos distintos.

O erro médico é caracterizado como a conduta de um profissional e está alicerçado, normalmente, na culpa, em qualquer das modalidades (imprudência, negligência e imperícia). Nos ensinamentos de Miguel Kfoury Neto, “a responsabilidade do profissional da medicina – tirando poucas exceções – não poderá jamais se divorciar do conceito tradicional de culpa, no intuito de se qualificar a conduta do médico como lesiva e apta a gerar obrigação de indenizar” (NETO, 2013, p. 44).

O Código Civil Brasileiro, nos artigos 186⁴⁶ e 951⁴⁷, adotou a teoria subjetiva para a reparação civil. Assim sendo, a responsabilidade do profissional da saúde se

⁴⁶ Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/10406compilada.htm . Acesso em 08 de janeiro de 2023.

⁴⁷ Art. 951. O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-

baseia na ideia de culpa, sendo ônus da vítima a prova do dolo ou da culpa *stricto sensu* do agente para que haja o direito à reparação do dano.

Conforme exposto em França (2014),

o erro médico, quase sempre por culpa, é uma forma de conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir um dano à vida ou à saúde do paciente. É o dano sofrido pelo paciente que possa ser caracterizado como imperícia, negligência ou imprudência do médico, no exercício de suas atividades profissionais. Levam-se em conta as condições do atendimento, a necessidade da ação e os meios empregados.

Por outro lado, a violência obstétrica tem que ser entendida como uma espécie de violência de gênero⁴⁸ e que pode ser decorrente de ação ou omissão, que pode ser culposa ou dolosa, e ser praticada em instituições públicas ou privadas, nas fases de pré-parto, parto, pós-parto, situações de abortamento e que provoque na mulher dor, dano ou sofrimento desnecessário. Também se classificam como violência obstétrica o emprego de procedimentos não autorizados pela mulher, em total desrespeito à sua autonomia, o que, por si só, é capaz de provocar danos físicos, sexuais, psicológicos e, em condições mais drásticas, a morte (PICKLES, 2017). Aqui, cabe ressaltar que, embora grande parte da doutrina considere que os agentes da violência obstétrica são os médicos e demais profissionais de saúde, esta pesquisadora entende, assim como o coletivo Parto do Princípio (Dossiê “Parirás com dor”, 2012, p. 60) que a violência obstétrica pode ser praticada por civis e servidores públicos, aqui se incluindo magistrados e membros do Ministério Público.

Atualmente, os Tribunais pátrios utilizam para dirimir a responsabilidade civil das instituições hospitalares e dos profissionais de saúde, notadamente dos médicos, o Código de Defesa do Consumidor (CDC), o Código Civil, o Código de Ética Médica, seguindo-se os princípios da Constituição Federal. A responsabilidade civil dos hospitais, de acordo com o que estabelece o CDC, em seu artigo 14, é uma responsabilidade objetiva e independe, pois, da apuração de culpa. Em relação aos médicos e demais profissionais de saúde, há necessidade de apurar se o profissional agiu com negligência, imprudência ou imperícia, ou seja, se agiu com culpa (responsabilidade subjetiva, portanto). Ocorre que, na violência obstétrica, alguns atos

lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm . Acesso em 08 de janeiro de 2023.

⁴⁸ Gênero é aquilo que diz respeito à construção do sexo e, por conseguinte, o campo da maternidade é exercido somente pelo corpo feminino, fazendo com que toda e qualquer violência nesse âmbito se enquadre numa violência de gênero

são de difícil prova, como aqueles em que se pratica a violência de cunho emocional e psicológico (xingamentos na hora do parto, por exemplo) e o inapropriado enquadramento dos casos como de erro médico, leva à impunidade dos atos e a uma falsa sensação geral de que os abusos ocorridos na assistência ao parto seriam casos isolados.

Por mais que pareça óbvio que o erro médico, que deriva de uma conduta médica em que não há a intenção de provocar um dano, não deva ser colocado sob o mesmo patamar daquelas condutas de proferir xingamentos a uma mulher em situação de vulnerabilidade (o parto), praticar manobras proscritas (Manobra de Kristeller), realizar toques excessivos e a prática de episiotomia rotineira (procedimento que pode ser enquadrado como espécie de mutilação genital), é exatamente isso que os Tribunais brasileiros têm feito. É urgente, pois, que haja a desconstrução da violência obstétrica como erro médico e seu enquadramento e responsabilização como violência de gênero e institucional (LEITE, 2019).

Operadores do Direito precisam começar a compreender que para que a violência obstétrica esteja configurada, não há a necessidade de haver sequelas ou morte materna ou do bebê. É que a “violência obstétrica acontece independente do dano aparentemente causado. Ela, *per se*, já é um dano *in re ipsa*. As violações apontadas quando devidamente identificadas, já geram o dever de indenizar, tal qual a negatização indevida do nome” (FERREIRA, 2022, p.170).

Em pesquisa à jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, realizada por esta autora em trabalho anterior⁴⁹, observou-se, a partir da análise de acórdãos do referido Tribunal⁵⁰, que não há, de modo geral, apropriação por parte dos magistrados do termo violência obstétrica, e, ademais, que a responsabilização dos profissionais de saúde, quando ocorre, dá-se na esfera do erro médico e na apuração da ocorrência da culpa, no viés da imprudência, da negligência e/ou da imperícia.

Observou-se, ainda, uma naturalização dos casos de violência obstétrica por parte dos operadores do Direito. Nesse sentido, o próprio sistema de justiça não

⁴⁹ Trabalho sob o título “O uso do termo violência obstétrica na jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP)”, apresentado no Congresso Interdisciplinar de Direitos Humanos e Fundamentais – CDHF 2022, evento internacional, que ocorreu entre os dias 14 e 15 de dezembro de 2022.

⁵⁰ A análise contemplou os acórdãos publicados até 24 de novembro de 2021, tendo sido apresentados pelo sistema de busca do TJSP o total de 71 acórdãos, contendo o termo violência obstétrica. Após realizada a exclusão de alguns acórdãos, analisou-se a íntegra de 54 julgados.

reconhece as condutas que se enquadram como VO (lesões corporais, maus-tratos e constrangimentos), seja por uma questão cultural (vivemos numa sociedade patriarcal), seja por insuficiência de conhecimento técnico. Assim, os juízes e membros do Ministério Público, quase que automaticamente, acolhem e avalizam os laudos periciais de médicos obstetras sobre os casos que lhes são apresentados. Ademais, todos os acórdãos analisados não se referem ao aspecto criminal da violência obstétrica, mas apenas a reparações de caráter cível e consumerista.

Concluiu-se pela necessidade de “aprofundar o debate acadêmico sobre a violência obstétrica, de modo a analisar a temática sob o prisma da saúde reprodutiva e dos direitos humanos” (ALMEIDA, 2022). Notou-se que o Tribunal de Justiça de São Paulo possui entendimento sobre o tema violência obstétrica sob o prisma do direito privado.

Outrossim, a jurisprudência dos Tribunais Regionais Federais Brasileiros (TRF1, TRF2, TRF3, TRF4 e TRF5), abordada a violência obstétrica sob a ótica da responsabilidade civil, não tendo sido observado o entendimento de tal problemática sob os vieses dos direitos reprodutivos e da violência de gênero⁵¹.

Por ora, é certo que não possuímos uma lei nacional de direitos dos pacientes, mas também é certo que as condutas que caracterizam a violência obstétrica podem ser enquadradas na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) e na Convenção de Belém do Pará, ambas ratificadas pelo Brasil, e, por conseguinte, integrantes do ordenamento jurídico brasileiro. O problema da violência obstétrica precisa ser acolhido pelos operadores do direito sob uma perspectiva de gênero.

Também é cediço que a ausência de legislação federal específica, seja de natureza civil ou penal, disciplinando a violência obstétrica, acaba por estimular o Judiciário a fazer uso das normas gerais de responsabilidade civil dos médicos e demais profissionais de saúde, enquadrando condutas de violência em erro médico, o que não é adequado. Por conseguinte, nota-se que essa lacuna legislativa, aliada à ignorância de muitos operadores do direito, ocasiona desamparo às mulheres e, não raras vezes, a impunidade daqueles que praticam as diversas formas de violência obstétrica.

⁵¹ Trazemos, no **APÊNDICE C** desta dissertação, a consulta realizada na jurisprudência dos Tribunais Regionais Federais brasileiros e algumas considerações.

É papel do Ministério Público, na confecção de pareceres (quando atua como *custos legis*), expedição de recomendações, na instauração de inquéritos civis, na propositura de denúncias e das ações civis públicas, dar voz às mulheres cotidianamente violentas na gestação e parto. A atuação extrajudicial de caráter informativo, através de audiências públicas, também se mostra essencial para o combate à violência obstétrica.

3.5 A proteção legal aos direitos sexuais e reprodutivos femininos e a responsabilização civil e criminal pelos atos de violência obstétrica

“As mulheres acham que não podem denunciar porque a palavra delas não vai valer mais que a de um médico, mas elas têm que saber que não estão sozinhas, que elas podem denunciar e não podem se calar. Não é fácil reviver as lembranças, mas é preciso ir em frente e lutar para que nenhuma mulher seja violentada. Somos nós por nós” (Gabriela Repolho, representante do Movimento de Humanização do Nascimento e Parto no Amazonas)⁵²

É preciso reforçar que a ausência de lei federal que defina a violência obstétrica, apesar de dificultar a punição daqueles que a cometem, não funciona como desculpa para a impunidade. Ocorre que, mesmo diante da ausência de uma legislação específica, o tema é regulamentado pela Constituição Federal através do entendimento de que a VO macula os princípios da legalidade e vedação a direito garantido por lei (artigo 5º, II, da CF/88); desrespeito à vedação à tortura e ao tratamento desumano e degradante.

Desde os anos 80, os tratados internacionais e convenções que versam sobre a proteção da mulher e de seus direitos fazem parte do ordenamento jurídico brasileiro. A primeira Convenção a ser incorporada foi a Convenção sobre a Eliminação de Todas as formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), ratificada pelo Brasil em 1984. Outrossim, o Estado brasileiro também assinou e ratificou, através do Decreto nº 1.973/96, a Convenção de Belém do Pará de 1994, denominada de Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher.

⁵² Relato proferido em audiência pública promovida pelo MPF no Amazonas, em 18 de novembro de 2016. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/mpf-am-cooperacao-tecnica-firmada-durante-audiencia-publica-busca-garantia-de-direitos-contra-violencia-obstetrica-no-amazonas-1> . Acesso em 18 de março de 2023.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) garante, em seu artigo 8º “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”.

Desde o ano 2000, vigora, no Brasil, o protocolo de humanização de assistência ao parto estabelecido pela Portaria nº 569/00, que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento na esfera do Sistema Único de Saúde. O Programa traz princípios para o atendimento adequado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, estabelecendo o atendimento humanizado e seguro, tanto para a mulher como para o bebê.

Por conseguinte, tem-se que o interesse do Estado brasileiro em ver respeitados os direitos da mulher e da criança se origina da própria Constituição Federal, da legislação ordinária e políticas públicas já implementadas, mas também dos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, o qual, inclusive, possui condenação internacional no Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) motivada pela violação ao direito à vida e à saúde de parturiente em entidade de assistência da rede pública do estado do Rio de Janeiro. Trata-se do caso da parturiente Alyne da Silva Pimentel Teixeira, apresentado ao Comitê CEDAW, órgão vinculado à ONU, pela mãe da parturiente, Sra. Maria de Lourdes as Silva Pimentel, em 30 de novembro de 2007.

Alyne era uma mulher negra e em situação de extrema vulnerabilidade econômica e social, ao sexto mês de gestação, contando com 28 anos de idade, após uma série de erros médicos e violências obstétricas praticadas por profissionais de saúde, acabou falecendo em 16 de novembro de 2002, em decorrência do parto malsucedido, tendo sido determinado como causa da morte hemorragia digestiva. Em 11 de fevereiro de 2003, os familiares de Alyne ajuizaram ação indenizatória em face do Estado do Rio de Janeiro (processo nº 0015253-21.2003.8.19.0001)⁵³. Em 2011, o Comitê CEDAW responsabilizou o Estado brasileiro por descumprir com o atendimento médico adequado à Alyne. Tem-se que a contribuição mais importante do

⁵³ O processo ainda tramitou perante o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, conforme consulta realizada em 18 de março de 2023, no sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (www3.tjrj.jus.br), tendo, em 01 de junho de 2022 sido homologado acordo celebrado pelas partes. Para um melhor entendimento sobre o caso Alyne Pimentel vs. Brasil recomenda-se a leitura do Capítulo 2 da obra *Violência Obstétrica – Análise Jurisprudencial no TJ/SP*, de autoria das professoras Ana Beatriz Cruz Nunes e Patricia Borba Marchetto.

caso foi o reconhecimento por parte do CEDAW de que “a assistência à saúde uterina e ao ciclo reprodutivo é um direito fundamental da mulher e a falta dessa assistência consiste em discriminação, por tratar-se de questão exclusiva da saúde e da integridade física feminina (NUNES e MARCHETTO, 2022, p. 63)

Por sua vez, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) editou a Resolução RDC nº 36, de 03 de junho de 2008, que prescreve padrões para o funcionamento de unidades de atendimento e se constitui como de observância obrigatória por todos os estabelecimentos de saúde. Destaque-se que, dentre os objetivos da resolução, está a humanização da atenção e da gestão do cuidado obstétrico e neonatal, deixando claro que a disponibilidade de infraestrutura física, de recursos humanos, materiais e equipamentos necessários à operacionalização dos serviços são itens fundamentais e indispensáveis para o funcionamento da atenção obstétrica e neonatal. A resolução apresenta, ainda, possíveis modelos de assistência que podem ser ofertados pelos serviços de obstetria: a) assistência ao parto normal sem distocia⁵⁴; b) assistência ao parto normal e cirúrgico. Portanto, não se insere na resolução modelo de assistência que contemple apenas o parto cirúrgico.

Assim, a responsabilização na esfera cível, nos casos de violência obstétrica, deve ser demandada e julgada sob a ótica constitucional e dos direitos humanos das mulheres, evitando-se o caminho da responsabilidade civil pelo erro médico, insuficiente para a resolução da maior parte dos casos na temática VO.

Recentemente, foi editada a Recomendação nº 96, de 28 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional do Ministério Público, que recomenda aos ramos e às unidades do Ministério Público a observância dos tratados, convenções e protocolos internacionais de direitos humanos, das recomendações da Comissão Interamericana de Direitos Humanos e da jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos em sua atuação. Assim, considerando que a violência obstétrica deve ser combatida sob o foco dos direitos humanos das mulheres, tem-se que a Recomendação nº 96/2021 do CNMP estimula os membros do Ministério Público a

⁵⁴ Distocia pode ser definida “como qualquer perturbação no bom andamento do parto em que estejam implicadas alterações em um dos três fatores fundamentais que participam do parto: força motriz ou contralidade uterina – caracteriza a distocia funcional; objeto – caracteriza a distocia fetal; trajeto (bacia e partes moles) – caracteriza a distocia de trajeto”. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/184-distocias> . Acesso em 20 de janeiro de 2023.

ampliarem a visão do problema de assistência ao parto, desapegando-se dos postulados do positivismo (a neutralidade e o legalismo estreito).

Quanto à responsabilização criminal pelos atos de violência obstétrica, tem-se que, muito embora não haja lei federal conceituando o fenômeno e criminalizando especificamente a conduta (o que seria importante para a disseminação das denúncias e melhor tratamento da temática), a legislação brasileira não se encontra ausente de resposta sob a ótica penal, tendo em vista que as várias manifestações de violência contra as gestantes e parturientes já se encontram tipificadas e podem ser enquadradas como: lesão corporal (artigo 129 do Código Penal); difamação (artigo 139 do Código Penal); injúria (artigo 140 do Código Penal); constrangimento ilegal (artigo 146 do Código Penal); ameaça (artigo 147 do Código Penal) e no recente tipo penal previsto no artigo 147-B (violência psicológica contra a mulher).

E, ainda que o Direito Penal não seja a única possibilidade (nem a principal) de resposta ao cometimento das variadas formas de violência obstétrica, é totalmente viável a responsabilização criminal dos envolvidos pela imputação a eles dos crimes previstos no Código Penal listados acima.

No que diz respeito aos autores dos delitos, tem-se que, em regra, será o profissional de saúde (médico, enfermeiro, técnico em enfermagem). Diz-se “em regra”, pois esta pesquisadora considera que, abarcando o conceito de violência obstétrica as situações de impedimento do aborto legal⁵⁵ e as de esterilização compulsória⁵⁶ requeridas por membros do Ministério Público e autorizadas por membros do Judiciário, poderiam figurar como autores da violência obstétrica tais autoridades. A vítima será a parturiente e/ou o bebê.

Relativamente ao tipo objetivo, cabe ressaltar que a responsabilidade penal nos casos de violência obstétrica poderá ocorrer em consequência de uma ação ou de omissão, e não se pode olvidar que os profissionais de saúde, não raras vezes, encontram-se na posição de agentes garantidores, conforme prescreve o artigo 13,

⁵⁵ Não são poucas as notícias veiculadas, ainda que a subnotificação exista, de abortos legais que são impedidos por magistrados e promotores. A título ilustrativo, trago duas notícias recentes. **Conselho Nacional do MP investiga promotora em caso de menina impedida de fazer aborto após estupro em SC**. Disponível em: <https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2022/06/22/conselho-nacional-do-mp-investiga-promotora-em-caso-de-menina-impedida-de-fazer-aborto-apos-estupro-em-sc.ghtml> . Acesso em 20 de maio de 2023. **TJ derruba liminar que autorizava aborto em menina estuprada pela 2ª vez no Piauí**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/01/tj-derruba-liminar-que-autorizava-aborto-em-menina-estuprada-pela-2a-vez-no-piaui.shtml> . Acesso em 20 de maio de 2023.

⁵⁶ Caso de esterilização compulsória realizado em Janaína Aparecido Quirino, já analisado no item 3.3.8.

§2º, alínea a, do Código Penal⁵⁷, e devem responder pela omissão imprópria. A omissão imprópria ocorre quando o agente teria o dever jurídico de, em virtude da posição que ocupa, evitar o resultado. Nesse caso, o agente é responsabilizado pelo crime comissivo, na forma omissiva. Ademais, o tipo subjetivo será o dolo e, para crimes que assim admitirem, a culpa (COSTA e OLIVEIRA e CERQUEIRA, 2019, p. 257).

Recentemente, em 18 de janeiro de 2023, a Corte Interamericana de Direitos Humanos emitiu um comunicado no qual informava que, no caso Brítez Arce e outros x Argentina, declarou o Estado argentino responsável pela violência obstétrica e morte de Cristina Brítez Arce, que se encontrava grávida de mais de 40 semanas⁵⁸. Na sentença, datada de 16 de novembro de 2022, a Corte Interamericana reiterou que a violência obstétrica “abrange todas as situações de tratamento desrespeitoso, abusivo, negligente ou negação de tratamento, durante a gravidez e na fase anterior, e durante o parto ou puerpério, em centros de saúde públicos ou privados”⁵⁹. A sentença também reconheceu ter havido a violação aos direitos à vida, à integridade física e à saúde de Cristina, todos eles dispostos na Convenção Americana de Direitos Humanos.

A Corte considerou que a vítima se encontrava em condição especial de vulnerabilidade, por estar grávida e apresentar diversos fatores de risco (idade, hipertensão arterial e aumento de peso durante a gestação) que não foram observados pelos profissionais de saúde ou informados à gestante. Temos que a sentença proferida pela Corte vincula o Estado argentino (Estado réu) e possui efeito vinculante indireto para os demais Estados, considerando que é capaz de influenciar

⁵⁷ Art. 13 – O resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido.

[...]

§2º - A omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem:

a) tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância;

⁵⁸ Cristina Brítez Arce tinha 38 anos e estava com mais de 40 semanas de gestação no momento de sua morte. Consta do caso que, durante a gravidez, a vítima procurou inúmeras vezes o atendimento no sistema de saúde argentino, tendo em vista alguns fatores de risco gestacionais, como hipertensão arterial. Entretanto, não recebeu o devido atendimento. Em 1º de junho de 1992, deu entrada no Hospital Público Ramón Sardá por conta de dores lombares e, após realização de uma ecografia, foi verificado que o feto estava morto, tendo sido realizada a indução do parto, que durou mais de 3 horas e a vítima esperou pela indução por mais de 2 horas sentada numa cadeira. Veio a óbito no próprio dia 1º, devido a uma parada cardiorrespiratória não traumática. Posteriormente à morte de Cristina, foram instaurados três processos penais e um cível, que foram julgados improcedentes.

⁵⁹ Sentença disponível em https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_474_esp.pdf. Acesso em 17 de abril de 2023.

as decisões judiciais internas em casos semelhantes. Importante ressaltar que é a primeira vez que a Corte trata expressamente do tema violência obstétrica em um caso contencioso em que houve a condenação do Estado e o reconhecimento da responsabilidade internacional da Argentina pela violação aos direitos humanos da gestante.

Por todo o exposto, entendemos que a legislação a qual nos encontramos submetidos constitucionalmente, bem como aquela referente aos direitos humanos e ao disciplinado no Código de Ética Médica já assegurariam, caso fossem devidamente observadas, a proteção das mulheres contra a violência obstétrica. Não descartamos, no entanto, a edição de lei federal nacional que discipline a humanização e conceitue a violência obstétrica para acrescer a luta das mulheres pelo direito de parir respeitosamente.

Figura 11: Fotografia da mãe, bebê e pai, logo após parto normal, sem intervenções.



Fonte: Instagram @deborahghelman da Fotógrafa Deborah Ghelman. A utilização da imagem foi autorizada pela fotógrafa. A foto foi postada com a seguinte legenda: Um parto normal, após uma cesárea, não é apenas uma conquista unilateral. É uma vitória contra o sistema. #vbac

4 A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL NO COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

“O fim do direito é a paz, e o meio para atingi-lo é a luta. Enquanto o direito precisar estar pronto ante a agressão da injustiça, o que ocorrerá enquanto existir o mundo, não poderá ele se poupar da luta. A vida do direito é luta, uma luta dos povos, do poder do Estado, das classes, dos indivíduos” (IHERING, 2019, p. 25).

No presente capítulo, serão abordadas as principais atribuições do Ministério Público Federal, alguns aspectos jurídicos e práticos da atuação da instituição no âmbito da temática da saúde, principais formas de atuação e, por fim, disposição de achados e impressões de pesquisa realizada no site do *Parquet* federal, com o objetivo de melhor ilustrar as conclusões sobre como o Ministério Público Federal tem atuado no combate à violência obstétrica e na defesa do parto respeitoso.

Insta reafirmar que, em pesquisa realizada no período de julho de 2022 a janeiro de 2023, no sítio eletrônico do Ministério Público Federal (<https://www.mpf.mp.br/>), ao digitar o termo “violência obstétrica” no campo busca do site, foram mostrados 321 resultados. Realizada uma triagem e análise dos documentos encontrados, foi feita a seleção e comentários detalhados das Recomendações emitidas pelo *Parquet* federal e das Ações Civis Públicas ajuizadas, no que diz respeito à temática objeto da presente dissertação, tudo conforme exposto no capítulo Metodologia.

Ademais, foram também listadas as notícias das audiências públicas realizadas pelo órgão federal. Saliente-se que esta pesquisa não tem a pretensão de esgotar a abordagem de todos os instrumentos utilizados pelo Ministério Público Federal no combate à violência obstétrica e garantia ao parto respeitoso, mas, através de uma análise qualitativa dos dados obtidos, objetiva esclarecer se há uma atuação resolutiva do órgão público e, por fim, apresentar algumas sugestões para otimização dos trabalhos realizados pela instituição.

Outrossim, apesar de haver notícia sobre a instauração de inquéritos civis, esta pesquisadora, relativamente a esse instrumento de atuação ministerial, optou por não catalogar tais investigações, as quais, por conta da temática sensível, acabam por tramitar em sigilo, além de serem, não raras vezes, bastante volumosas.

Em relação às recomendações expedidas, constam detalhes apenas daquelas que tiveram a inteiro teor divulgado no site do MPF. Entretanto, esta pesquisadora,

por considerar importante para demonstrar a atuação do *Parquet* federal no combate à violência obstétrica, cita as recomendações (com o referido título da notícia e endereço para consulta) que, muito embora não tenham sido publicadas na íntegra no sítio eletrônico, foram noticiadas no site do Ministério Público Federal.

Uma vez investigado o inteiro teor de cada uma das iniciais das ações civis públicas noticiadas no site, foi consultado o andamento processual de cada uma das ações, tendo sido examinadas as sentenças, acórdãos e decisões interlocutórias dos processos nos sites correspondentes aos tribunais em que foram ajuizadas as demandas. Após análises pertinentes, as principais considerações foram dispostas em um quadro ilustrativo, inserido no subcapítulo 4.5.

4.1 O Ministério Público Federal: atribuições e atuação na área da saúde

A Constituição Federal de 1988 reformulou os direitos e deveres do Ministério Público. Em seu artigo 127, a Carta Magna conceitua o Ministério Público como uma “instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”.

Ademais, o artigo 129 da Constituição Federal dispõe sobre as funções institucionais do Ministério Público, dentre elas: zelar pelo efetivo respeito dos serviços de relevância pública; promover, privativamente, a ação penal pública; promover o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos; promover a ação de inconstitucionalidade ou representação para fins de intervenção da União e dos Estados; defesa judicial dos direitos e interesses das populações indígenas; expedir notificações nos procedimentos administrativos de sua competência, requisitando informações e documentos para instruí-los, na forma da lei complementar respectiva; exercer o controle externo da atividade policial; requisitar diligências investigatórias e a instauração de inquérito policial; exercer outras funções que lhe forem conferidas, desde que compatíveis com sua finalidade, sendo-lhe vedada a representação judicial e a consultoria jurídica de entidades públicas.

O Ministério Público brasileiro compõe-se do Ministério Público da União e dos Ministérios Públicos dos Estados e temos que sua estrutura se encontra prevista na

Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica Nacional do Ministério Público dos Estados (Lei nº 8.625/93), na Lei Orgânica do Ministério Público da União (Lei Complementar nº 75/93) e nas Leis Orgânicas dos Ministérios Públicos dos Estados.

Segundo disposto na CF/88, o Ministério Público da União é formado por diversos ramos: o Ministério Público Federal, o Ministério Público do Trabalho, o Ministério Público Militar e o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Essa subdivisão do MPU é similar àquela encontrada no Judiciário no mesmo nível federativo e tem como objetivo garantir uma divisão de trabalho que dê efetividade ao cumprimento das funções institucionais. É sabido que cada ramo do Ministério Público da União possui relativa autonomia e, por conseguinte, cada um dos ramos tem uma chefia própria para a gestão dos interesses específicos.

Aqui nos concentraremos em apresentar a estrutura e as atribuições do Ministério Público Federal, ceme desta dissertação, bem como a atuação do órgão federal na temática da saúde.

Primeiramente, afirme-se que cabe ao Ministério Público Federal exercer as funções institucionais nas causas de competência do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça, dos Tribunais Regionais Federais e dos Juízes Federais, bem como dos Tribunais e Juízes Eleitorais. A chefia da instituição compete ao Procurador-Geral da República, que atua como órgão de execução e como órgão da Administração Superior. O cargo de Procurador-Geral da República pode ser exercido por qualquer integrante da carreira, desde que maior de 35 anos. Marcelo Pedrosa Goulart (2021) discorre que

Como órgão de execução, o Procurador-Geral da República exerce sua atividade perante o Supremo Tribunal Federal intervindo em todos os processos de competência daquela Corte, oferecendo a representação interventiva nos Estados e no Distrito Federal e ajuizando: (i) ação direta de inconstitucionalidade de lei ou ato normativo federal; (ii) ação direta de inconstitucionalidade por omissão; (iii) ação declaratória de constitucionalidade de lei ou ato normativo federal; (iv) ação penal, nos casos previstos no art. 102, inc. I, alíneas *b* e *c*, da Constituição da República.

Como órgão da Administração Superior do Ministério Público Federal, compete ao Procurador-Geral da República vasto rol de atividades administrativas, regulamentares e de representação institucional. (2021, p. 165-166)

Os membros do Ministério Público Federal iniciam a carreira no órgão ocupando o cargo de Procurador da República, após a aprovação em concurso de

provas e títulos específico para o ramo. Quando promovidos, passam a ocupar o cargo de Procurador Regional da República e, o terceiro e último cargo da carreira é o de Subprocurador-Geral da República.

Os Procuradores da República oficiam como órgão de execução de primeira instância, junto aos Juízes Federais e, excepcionalmente, como órgãos de execução de segunda instância, perante os Tribunais Regionais Eleitorais. Já os Procuradores Regionais da República oficiam como órgão de execução de segunda instância junto aos Tribunais Regionais Federais. Por sua vez, os Subprocuradores-Gerais da República oficiam, como órgão de execução, junto ao Supremo Tribunal Federal, ao Superior Tribunal de Justiça, ao Tribunal Superior Eleitoral e às Câmaras de Coordenação e Revisão e, perante o Supremo Tribunal Federal e o Tribunal Superior Eleitoral, atuam por delegação do Procurador-Geral da República.

Vale frisar que o Ministério Público Federal é a instituição una e indivisível e, por sua vez, a Procuradoria da República é cada unidade administrativa que compõe o MPF, estando presente nas capitais dos estados, no Distrito Federal e em alguns municípios do interior, que possuam Varas da Justiça Federal.

Imperioso aduzir que, na presente pesquisa, o conceito de saúde deve ser entendido sob um aspecto mais amplo, qual seja, o de saúde pública, que ultrapassa a condição pessoal dos indivíduos. Convém lembrar que um grande indutor da mudança de paradigma na compreensão do que vem a ser a saúde pública foi o extermínio dos judeus e de outras minorias, no período da II Guerra Mundial, o que acarretou a criação da Organização Mundial de Saúde, em 1948, agência vinculada à ONU. Alguns anos depois, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa (1986), que deu origem à Carta de Ottawa, consistente numa carta de intenções que busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países (RIBEIRO, 2020, p. 891).

O artigo 196 da Constituição Federal inaugura a seção “da saúde” prescrevendo que “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Para além de um direito universal (artigo 196), a CF/88 qualificou a saúde como uma prestação de relevância pública (artigo 197), o que lhe confere um caráter indisponível, de forma a legitimar a atuação do Ministério Público e do Poder

Público Judiciário naquelas hipóteses em que os órgãos estatais deixem de respeitar o mandamento constitucional.

Com relação à responsabilidade específica do Ministério Público Federal na solução dos problemas da saúde, temos que a saúde pública é atribuição comum da União, dos Estados e dos Municípios (artigo 23, II, da Constituição Federal) e remanescem com a União os interesses e deveres diretos sobre a execução de seus serviços (conforme artigo 16 da Lei nº 8.080/90), mas também porque a maior parcela dos recursos do SUS são federais e, muitas vezes, são repassados mediante convênios específicos e sujeitos à prestação de contas.

No mesmo sentido, os artigos 5º e 6º da Lei Complementar nº 75/1993 (Lei Orgânica do Ministério Público da União) estabelecem como funções do órgão a promoção de ações para a defesa de vários interesses, dentre os quais os sociais, individuais indisponíveis e homogêneos, difusos e coletivos, bem como o zelo pelo efetivo respeito aos princípios da legalidade, moralidade e impessoalidade. E, sendo a saúde um direito social e difuso, requer a atuação de todos os poderes públicos, restando fundamentada a competência do Ministério Público Federal, portanto, na defesa de tal direito.

Com a edição da Resolução nº 186, de 5 de março de 2018 pelo CNMP, ocorreu um aprimoramento da atuação dos ramos do Ministério Público na área da Saúde. Nesse sentido, leciona Cláudia Moraes da Silva:

A ênfase na atuação em prol da tutela da saúde foi encampada pelo Conselho Nacional do Ministério Público – CNMP, órgão de controle externo da instituição, mas que também tem por atribuição promover a integração entre os ramos do Ministério Público, respeitada a independência funcional de seus membros e a autonomia institucional, que instituiu uma Comissão Extraordinária de Aperfeiçoamento e Fomento da Atuação do Ministério Público na Área da Saúde por meio da Resolução n. 186, de 5 de março de 2018, com vistas a fortalecer e aprimorar a atuação da instituição na tutela do direito à saúde, e principalmente auxiliar nas ações que visem à ampliação e à garantia de oferta de serviços de saúde à população, e colaborar no desenvolvimento de metodologias para a fiscalização das políticas públicas de saúde (SILVA, 2019, p. 80)

Em relação ao enfrentamento à violência obstétrica, cabe ressaltar que há interesse do Estado brasileiro em ver assegurados e respeitados os direitos da mulher e da criança, decorrentes da CF/88, dos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, bem como pelos tratados e convenções de direitos humanos incorporados ao nosso ordenamento jurídico, sendo pertinente a atuação do Ministério Público Federal

no controle de políticas públicas que envolvam qualquer um dos direitos sociais e/ou os direitos humanos.

Tem-se que o Ministério Público possui a função política de transformador social, focando na realização de mudanças significativas para a sociedade, com a finalidade de construir a hegemonia democrática. A realização dessa função ocorre por meio de ações político-jurídicas que visam à transformação da ordem social, e, por conseguinte, a conquista de uma ordem superior e mais democrática (GOULART, 2021).

4.1.1 Recebimento das representações e tomada de providências cabíveis

As representações (“denúncias”) apresentadas ao MPF deverão conter, preferencialmente: o nome da pessoa física ou jurídica “denunciante”, devidamente identificada e qualificada, com indicação de seu endereço e/ou telefone e e-mail para contato, uma descrição mínima dos fatos a serem investigados e a indicação do autor dos fatos, quando conhecido.

Ressalte-se que, quanto mais detalhada a representação, maiores serão as chances de êxito do apuratório. Assim, o “denunciante” deve anexar à sua representação a maior quantidade possível de informações para o esclarecimento dos fatos. No caso de representação sobre violência obstétrica, interessante seria apresentar uma lista e número de documento de possíveis testemunhas, cópia de partograma e do prontuário médico, fotos e vídeos da violência sofrida.

Uma vez realizada a distribuição da representação ao membro do Ministério Público, a Resolução 87/2010, editada pelo Conselho Superior do Ministério Público Federal, dispõe que o membro oficiante poderá: propor a ação cabível; instaurar inquérito civil; celebrar compromisso de ajustamento de conduta ou expedir recomendação. Faculta ainda ao membro a promoção de arquivamento, devendo a promoção ser submetida à Câmara de Coordenação e Revisão correspondente ou à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, conforme pertinência temática da matéria.

A Resolução 87/2010, além de regulamentar a instauração do Inquérito Civil, explicita o trâmite de outros instrumentos extrajudiciais, quais sejam: a audiência

pública, o Termo de Ajustamento de Conduta e a recomendação. Outrossim, a Ação Civil Pública se encontra disciplinada na Lei nº 7.347/1985.

4.2 Recomendações expedidas pelo MPF em decorrência de violência obstétrica noticiada

A Lei 8.625/93, em seu artigo 27, parágrafo único, inciso IV, prevê a possibilidade de o Ministério Público, tendo em vista o seu dever de zelar para que os Poderes Públicos e os serviços de relevância pública respeitem os direitos constitucionais, expedir recomendações direcionadas aos órgãos e entidades correspondentes, requisitando ao destinatário sua divulgação adequada e imediata, bem como resposta por escrito.

Por sua vez, nos termos do artigo 6º, inciso XX, da Lei Complementar 75/93, ao Ministério Público cabe “expedir recomendações, visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como ao respeito, aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, fixando prazo razoável para a adoção das providências cabíveis”.

Via de regra, para que o Ministério Público expeça uma recomendação, primeiramente o Membro⁶⁰ oficiante deve investigar os fatos, a fim de entender a problemática da questão, seus vieses e suas consequências; deverá realizar a coleta de informações técnicas pertinentes e, após firmar as convicções, poderá realizar o apontamento das falhas e ao diagnóstico de sua correção. Por conseguinte, os meios adequados para a expedição de recomendações serão o inquérito civil e a realização de audiências públicas (MAZZILLI, 2015).

Muito embora as recomendações *stricto sensu* não possuam caráter vinculante, o que significa afirmar que a autoridade destinatária não estará juridicamente obrigada

⁶⁰ Membro é a denominação pelo qual são conhecidos aqueles que apresentam o Ministério Público, que são os Procuradores da República, Procuradores do Trabalho ou Promotores de Justiça (com atuação no primeiro grau de jurisdição), Procuradores de Justiça (que atuam no segundo grau de jurisdição nos MPs estaduais), os Procuradores Regionais e Subprocuradores Gerais (MPF e MPT). Nos termos do art. 128 da Constituição Federal, o Ministério Público é composto: 1) pelo Ministério Público da União, que abrange o Ministério Público Federal, o Ministério Público do Trabalho, o Ministério Público Militar e o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios; e 2) pelo Ministério Público dos Estados. Em relação ao MPF, há três níveis de carreira de membro. O primeiro nível corresponde ao cargo de procurador da República (designado para atuar junto aos juízes federais e aos Tribunais Regionais Eleitorais). O segundo nível da carreira é o de procurador regional da República (atua junto aos Tribunais Regionais Federais). O terceiro e último nível da carreira é o de subprocurador-geral da República (atua no Superior Tribunal de Justiça no Supremo Tribunal Federal, no Tribunal Superior Eleitoral e nas Câmaras de Coordenação e Revisão do MPF).

a executar as propostas que lhe forem encaminhadas, é preciso afirmar que possuem força psicológica ou moral, resultando, muitas vezes, em implicações práticas. Outrossim, em que pese ausente o caráter vinculante das recomendações, a autoridade destinatária passa a ter o dever de: 1) divulgar amplamente as recomendações e 2) encaminhar resposta escrita ao membro do Ministério Público, com a devida fundamentação e justificativas.

Para além da força moral inerente às recomendações ministeriais, Hugo Nigro Mazzilli explica que as recomendações acabam por possuir uma certa força política:

Talvez pudesse parecer impróprio que o Ministério Público pudesse expedir recomendações de reconhecida força política; entretanto, o que a Constituição veda ao Ministério Público e a seus membros não é a atividade política, mas a atividade político-partidária, ou seja, ação ou omissão em favor de partidos políticos. Negar a atividade política ao Ministério Público, no sentido puro da expressão, seria uma contradição *in re ipsa*, já que os membros do Ministério Público são agentes políticos originários, e sua atuação tem caráter político, pois diz respeito à interferência no modo de conduzir os assuntos de interesse do Estado e dos cidadãos. O que não se admite, no Brasil, é que a ação do Ministério Público e de seus agentes adquira contornos de defesa de linhas ou ações deste ou daquele partido político (atividade político-partidária). No mais, é evidente, e até necessário, que o membro do Ministério Público, assim como o juiz, considere todas as consequências, inclusive as de natureza política, relacionadas com seus atos. (MAZZILLI, 2015, p. 356).

A seguir, analisaremos as recomendações expedidas pelo Ministério Público Federal, entre os anos de 2014 e 2022. Vale reforçar, mais uma vez, que não foi pré-estabelecido um período temporal para a coleta das recomendações, tendo sido esmiuçadas todas aquelas recomendações que tiveram o inteiro teor lançado no site do Ministério Público Federal (<https://www.mpf.mp.br/>). Ademais, foram apresentadas as notícias, no tópico “Notícias de Recomendações expedidas pelo Ministério Público Federal” (subcapítulo 4.3), acerca da expedição de recomendações, as quais não foram publicadas na íntegra no site institucional.

4.2.1 Recomendação GAB-LLO de 2016 (DISTRITO FEDERAL)

Nos autos do procedimento preparatório nº 1.16.000.001544/2016-49, foi expedida a Recomendação⁶¹ pela Procuradoria da República no Distrito Federal,

⁶¹ Recomendação GAB-LLO de 2016. Disponível em <https://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-violencia-obstetrica>. Acesso em 29 de janeiro de 2023.

tendo em vista as denúncias de prática de violência obstétrica no Hospital Regional de Samambaia, bem como em outras unidades públicas de saúde do Distrito Federal.

Consta do texto da Recomendação que, nos autos do Procedimento Preparatório nº 1.16.000.001544/2016-49, foi noticiada por um estudante de Medicina da Universidade de Brasília – UnB a prática de atos característicos de violência obstétrica nos atendimentos a parturientes no Hospital Regional de Samambaia – HRSam, “tais como indução do parto com ocitocina desde a chegada da gestante ao hospital, realização de episiotomia sem anestesia em todos os partos normais, realização de manobra de Kristeller, ofensas verbais, proibição de acompanhante, etc”.

Cabe aqui a transcrição da fundamentação de trecho da Recomendação elucidativo do comportamento por parte do corpo médico, tanto da Universidade, quanto do Hospital, os quais, em vez de apurarem a ocorrência da violência obstétrica, trataram de desacreditar a denúncia formulada pelo estudante de medicina. Vejamos:

CONSIDERANDO, portanto, que a conduta adotada pelos dirigentes da Faculdade de Medicina de UNB ante a uma denúncia grave de violências praticadas por médicos contra seus pacientes, durante estágio supervisionado, foi simplesmente a de desacreditar as declarações e o próprio representante, colocando em dúvida até mesmo sua condição de discente daquela faculdade, **sem que tenha havido qualquer indicação de eventuais providências a serem tomadas a fim de apurar os seríssimos fatos denunciados;**

CONSIDERANDO que o corpo clínico de Obstetrícia do Hospital Regional de Samambaia, em atitude similar diante da mesma denúncia, divulgou Nota de Repúdio à atitude do acadêmico de medicina da UnB, em termos **agressivos, vexatórios e afrontosos**, alegando tratar-se de denúncia “*infundada*”, “*caluniosa*” e que “*mostra despreparo e desconhecimento do (a) referido (a) futuro (a) colega quanto às condições do sistema público*”, acrescentando que “*sentimo-nos apunhalados pelas costas quando as pessoas que sempre recebemos de braços abertos, mesmo sem obrigação de fazê-lo, agiram impulsionados por análise superficial e medíocre*” e finalizando com o comunicado de que não mais receberão acadêmicos de medicina naquela unidade de saúde, lamentando “*que este denunciante será nosso futuro colega*”.

[...]

CONSIDERANDO que uma consulta rápida e superficial a duas páginas da rede social Facebook – nas quais foi divulgada a notícia do fato publicada pelo jornal Correio Braziliense – revelou **dezenas de relatos de violência obstétrica sofrida** por gestantes no HRSam e em outros hospitais da rede pública do Distrito Federal, o que demonstra que a denúncia trazida ao MPF, por estudante da UnB (ou por quem quer que seja), merecia a devida consideração por parte dos órgãos públicos;

Assim, o Ministério Público Federal recomendou, dentre outras providências relativas ao combate à violência obstétrica: a) ao Corpo Docente, à Coordenação e à Direção da Faculdade de Medicina UnB: que não discriminem, ameacem ou intimidem os alunos em razão da denúncia feita ao MPF ou de qualquer depoimento que seja realizado pelo testemunho de más práticas médicas pelos professores; b) à Faculdade de Medicina da Unb: que, independentemente de previsão curricular, sejam ministradas aulas e discussões sobre humanização no atendimento a mulheres durante os períodos da gestação, pré e pós-parto, bem como pós abortamento; c) ao Secretário de Saúde do Distrito Federal, ao Diretor do Hospital Universitário de Brasília e ao Diretor do Hospital das Forças Armadas, que a título de campanha educativa: sejam afixados, em vários locais dos hospitais e maternidades do DF, o cartaz elaborado pelo Núcleo de publicidade do MPF/DF, com o objetivo de informar as gestantes sobre seus direitos.

Figura 12: cartaz educativo elaborado pelo Ministério Público Federal (Procuradoria da República no Distrito Federal- Núcleo de Publicidade do MPF/DF), com o objetivo de serem distribuídas e afixadas cópias em toda rede hospitalar do DF.



MULHER,
você agora é
MÃE
também

Conheça e exija seus direitos

- ser tratada com **dignidade e respeito**;
- ter a presença de **acompanhante** de sua confiança durante o trabalho de parto e pós-parto imediato;
- ter a **liberdade de posição** e movimento durante o trabalho de parto;
- ter acesso a diferentes opções para **alívio da dor** (medicamentos, banhos e outros) durante o trabalho de parto.
- ter **explicações** antes de realizarem qualquer procedimento em você durante o trabalho de parto, inclusive nos casos de uso de ocitocina, exames de toque, episiotomia entre outros.
 - participar da **tomada de decisões** com a equipe médica.
 - permanecer em **alojamento conjunto** com o bebê desde o nascimento.

Serviço de atendimento ao cidadão
MPF/DF - (61) 3313-5640

MPF | Procuradoria da República no Distrito Federal
Ministério Público Federal

Fonte: Site do Ministério Público Federal. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/docs/cartaz_A3_maternidades_DF_final.jpg. Acesso em 29 de janeiro de 2023.

4.2.2 Recomendação 15/2016/MPF/PR-RO/GABPRDC (RONDÔNIA)

O Ministério Público Federal e o Ministério Público do Estado de Rondônia emitiram a Recomendação 15/2016/MPF/PR-RO/GABPRDC⁶², considerando o Inquérito Civil nº 1.31.000.000609/2016-22, no curso do qual restou comprovado que a equipe médica de plantão da Maternidade Mãe Esperança utilizou-se da manobra de Kristeller durante o trabalho de parto ocorrido no dia 24/12/2015, recomendaram que a Prefeitura Municipal de Porto Velho: a) deixe de realizar na Maternidade Municipal Mãe Esperança a manobra de Kristeller; b) cientifique a todos os profissionais de saúde que prestam atendimento na Maternidade Municipal Mãe Esperança que a manobra de Kristeller se apresenta como procedimento inadequado para a realização de partos, tendo em vista que está atrelada a inúmeros traumas materno-fetais; c) afixe cartazes em locais visíveis, contendo a informação de que a manobra de Kristeller é procedimento inadequado e não recomendado pelo Ministério da Saúde e pela OMS, bem como especificando que o parto humanizado é reconhecido como direito das gestantes; e d) adote medidas de capacitação e treinamento das equipes médicas que atuam no atendimento a partos, objetivando a humanização do atendimento à gestante.

4.2.3 Recomendação nº 12, de 13 de junho de 2017 (OSASCO/SP)

Trata-se a Recomendação nº 12 de 13 de junho de 2017⁶³ de documento emitido, nos autos do Inquérito Civil nº 1.34.043.000198/2016-67, pela Procuradoria da República no Município de Osasco/SP, com o objetivo de recomendar à Diretoria que o Hospital Regional de Cotia/SP adote medidas para evitar casos de violência obstétrica, tais como: a) afixar cartazes com campanhas educativas, informando sobre violência obstétrica e sobre os direitos das gestantes; b) inclusão nos prontuários de atendimento de campo de preenchimento obrigatório para justificação dos

⁶² Recomendação 15/2016/MPF/PR-RO/GABPRDC. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/ro/atuacao/cidadania/copy_of_cidadania/2016/recomendacao-n-15-2016-manobra-de-kristeller-maternidade. Acesso em 30 de janeiro de 2023.

⁶³ Recomendação nº 12, de 13 de junho de 2017. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-parto-cotia>. Acesso em 29 de janeiro de 2023.

procedimentos indicados no artigo 13, da Lei 15.894/2013⁶⁴; c) adotar medidas de humanização em relação à equipe técnica, inclusive com medidas de capacitação.

4.2.4 Recomendação nº 06/2017 (AMAZONAS)

A Recomendação nº 06/2017⁶⁵ tratou-se de documento produzido pelo Ministério Público Federal (Procuradoria da República no Amazonas), em conjunto com o Ministério Público do Estado do Amazonas e o Ministério Público de Contas do Estado do Amazonas, no qual recomendam à SUSAM (Secretaria de Estado da Saúde) que apresente medidas concretas quanto à assinatura de contrato revisado pelo IGOAM ou que apresente providências administrativas destinadas à descontinuidade da empresa e instauração de procedimento licitatório para a contratação de nova empresa, sem prejuízo da realização de concurso público.

Anteriormente à expedição da recomendação, foi celebrado Termo de Cooperação Técnica junto ao Ministério Público do Estado do Amazonas – MP/AM, Defensoria Pública da União – DPU, Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SUSAM, Secretaria Municipal de Saúde de Manaus/AM – SEMSA, Defensoria Pública do Estado do Amazonas – DPE/AM, Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Amazonas – SEJUSC, Secretaria de Segurança Pública do Amazonas – SSP/AM, Universidade Estadual do Amazonas – UEA, Universidade Federal do Amazonas – UFAM e Conselho Regional de Enfermagem do Amazonas – COREN, que teve por objeto a cooperação conjunta dos órgãos participantes, no intuito de articular e implementar ações para a conscientização e resguardo dos direitos das mulheres durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.

Restou apurado pela SUSAM que os contratos de saúde que atendiam as maternidades da rede pública seriam bastante vagos ao delimitar as

⁶⁴ Lei nº 15.894, de 8 de novembro de 2013. Institui o Plano Municipal para a Humanização do Parto, dispõe sobre a administração de analgesia em partos naturais de gestantes da Cidade de São Paulo, e dá outras providências. Disponível em: <http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=20131109&Caderno=DOC&NumeroPublicacao=1>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2023. O artigo 13 da referida lei dispõe que: “será objeto de Justificação por escrito, firmada pelo chefe da equipe responsável pelo parto, a adoção de qualquer dos procedimentos que os protocolos mencionados nesta lei classifiquem como: I- desnecessárias ou prejudiciais à saúde da gestante ou parturiente ou ao nascituro; II- de eficácia carente de evidência científica; III- suscetíveis de causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira”.

⁶⁵ Recomendação nº 06/2017. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/Recomendao_06_ViolenciaObstetricaIGOAMMPFMPEMPC.pdf/view. Acesso em 29 de janeiro de 2023.

responsabilidades dos profissionais que prestam serviços através das empresas contratadas, engessando, assim, a atuação do Estado na escolha de equipes que atendam da melhor forma ao interesse público. Outrossim, a SUSAM apontou dificuldades nas tratativas da revisão do contrato com o Instituto de Ginecologia do Amazonas – IGOAM, por resistência do Instituto.

Em reunião conjunta do Ministério Público Federal, MP/AM, Ministério Público de Contas do Estado, PGE/AM e SUSAM, constatou-se, em síntese: a) ausência de cláusulas básicas de acompanhamento dos serviços prestados e ausência de cláusulas destinadas ao combate à violência obstétrica no Estado do Amazonas; b) ausência de previsão contratual expressa sobre a obrigatória passagem de plantão médico a médico; c) denúncias junto ao MP/AM relativas a práticas irregulares nas maternidades, como a realização de plantões de 24h por um mesmo profissional em diferentes unidades; d) possível ausência de empenho prévio, publicação intempestiva do extrato, bem como inconsistência do projeto básico e da falta de responsabilidade fiscal pelo acréscimo de despesa, em ofensa à Lei de Responsabilidade Fiscal.

Por conseguinte, o Ministério Público Federal (Procuradoria da República no Amazonas), em conjunto com o Ministério Público do Estado do Amazonas e o Ministério Público de Contas do Estado do Amazonas recomendaram à SUSAM que:

- a) realize a revisão integral do projeto básico e aditivo do contrato nº 09/2016, firmado junto ao Instituto de Ginecologia do Amazonas – IGOAM, com claras e objetivas definições de responsabilidade, cumprimento, sanção e fiscalização administrativa, nos termos previstos na presente Recomendação, das Leis nº 8.666/1993 e nº 4.320/1964 e Resolução CFM 2.077/2014;
- b) apresente medidas concretas quanto a assinatura do contrato revisado pelo IGOAM, ou, caso infrutíferas, a apresentação das providências administrativas destinadas à descontinuidade da empresa e instauração de procedimento licitatório para contratação nova empresa, sem prejuízo da realização de concurso público, sob pena de descumprimento do Termo de Cooperação firmado e prejuízo à saúde pública nos Hospitais e Maternidades administrados pela SUSAM (MPF e MP/AM e MPC/AM, 2017).

4.2.5 Recomendação nº 07/ 2017 (AMAZONAS)

A Recomendação nº 07/2017⁶⁶ foi redigida, em conjunto, pelo Ministério Público Federal, Ministério Público do Estado do Amazonas e Defensoria Pública da União, tendo em vista a instauração do Inquérito Civil de nº 1.13.000.002093/2014-15⁶⁷. No referido inquérito, constam relatos de parturientes que enfrentaram muitas dificuldades para a obtenção dos prontuários médico-hospitalares, que são, frequentemente, extraviados ou, quando apresentados, estão incompletos.

Por conseguinte, o MPF e a DPU expediram as seguintes recomendações à Secretaria de Estado da Saúde – SUSAM e à Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA: a) o fornecimento a todo e qualquer paciente, especialmente às gestantes e mulheres em estado puerperal, de cópia integral de prontuário médico, devidamente formatado de acordo com as normas do Conselho Federal de Medicina, do Conselho Regional de Medicina do Amazonas e da instituição hospitalar; b) que não haja empecilho para que representantes dos pacientes, devidamente autorizados e independentemente de autenticação, recebam o prontuário e documentação respectiva; c) que apresentem relatório atualizado sobre a sua respectiva Comissão Permanente de Avaliação de Documentos e d) ampla divulgação desta recomendação ao público geral (na internet e nos corredores das instituições).

4.2.6 Recomendação nº 01/2018 (MARÍLIA/SP)

A Recomendação nº 01/2018⁶⁸ foi expedida pelo 3º Ofício da Procuradoria da República no Município de Marília/SP, nos autos do inquérito civil nº 1.34.007.000230/2014-89, e encaminhada ao Diretor da Santa Casa de Misericórdia de Adamantina, com o objetivo de assegurar atendimento humanizado às gestantes

⁶⁶ Recomendação nº 07/2017. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-prontuario-medico/view>. Acesso em: 29 de janeiro de 2023.

⁶⁷ O inquérito civil nº 1.13.000.002093/2014-15 foi instaurado para “avaliar possível prática de violência obstétrica nos hospitais e maternidades do Amazonas, buscando a proteção da dignidade da pessoa humana e o resguardo do direito à integridade física e psíquica da mulher no momento do parto, bem como buscar, em prazo razoável, a padronização de procedimentos obstétricos segundo dispõem as normas de regência”, conforme conteúdo da Recomendação nº 07/2017.

⁶⁸ Recomendação nº 01/2018, disponível em <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/RecomendaoMPFMarliaViolenciaObstetrica.pdf/view>. Acesso em 29 de janeiro de 2023. No texto da notícia consta que foram expedidas 5 recomendações. No entanto, esta pesquisadora apenas teve acesso à recomendação remetida à direção da Santa Casa de Misericórdia de Adamantina.

e parturientes, assim como a inibição de práticas de violência obstétrica nas dependências do hospital em questão.

No decorrer das investigações, o MPF encaminhou alguns questionamentos à Santa Casa de Misericórdia de Adamantina, tendo recebido as seguintes informações: a) que a ocitocina sintética é utilizada em 100% dos partos; b) que a forma de alívio de dor oferecida às parturientes é “tratamento medicamentoso”; c) que, em relação à liberdade de escolha de movimentação e posição durante o parto, foi informado que “as parturientes seguem orientações médicas”.

Ao final do documento, foram listadas as seguintes recomendações: a) adoção de providências necessárias, com a finalidade de coibir práticas de violência obstétrica nas dependências da Santa Casa; b) ciência de todos os médicos, enfermeiros e profissionais da saúde que prestem atendimento ao hospital sobre as técnicas prejudiciais à saúde da gestante e do recém-nascido; c) fixação, em locais de fácil visualização pelo público e pela equipe médica de informativos sobre os procedimentos médicos que devem ser prestados à gestante, como também os que são proibidos pelo Ministério da Saúde; d) a adoção de medidas objetivando a capacitação e treinamento dos profissionais que atuam no atendimento ao parto visando à humanização do nascimento.

4.2.7 Recomendação nº 07/ 2018 (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP)

A Recomendação nº 7/2018⁶⁹ foi expedida pela Procuradoria da República do Município de São José do Rio Preto, nos autos dos procedimentos preparatórios nº 1.34.015.000752/2017-24 e 1.34.015.000764/2017-59, tendo sido endereçada ao Provedor da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto/SP, ao qual foram recomendados: a) a adoção de providências necessárias a fim de coibir a prática da violência obstétrica nas dependências da Santa Casa; b) a adoção dos procedimentos previstos nas “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana”, estabelecidas na Portaria nº 306, de 28 de março de 2016, do Ministério da Saúde e nas “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”, disciplinadas nas Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017, do Ministério da Saúde; c) adoção de

⁶⁹ Recomendação nº 7/2018. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-sta-casa.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2023.

medidas necessárias para que todas as determinações estabelecidas na Lei Estadual nº 15.759/2015 sejam cumpridas; d) a efetiva ciência aos médicos, enfermeiros e profissionais da saúde que prestam atendimento na Santa Casa do teor da recomendação expedida pelo MPF.

A direção da Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto, ao responder que acataria a recomendação do Ministério Público Federal, comprometeu-se a adotar providências para adequar as práticas às diretrizes do Ministério da Saúde e à Lei Estadual nº 15.759/15⁷⁰.

Deve-se afirmar que a expedição da recomendação foi motivada, principalmente, pela alta taxa de partos cesáreos na Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto/SP.

4.2.8 Recomendação nº 53/2018 (SÃO PAULO)

A Recomendação nº 53/2018⁷¹ foi expedida em 07 de dezembro de 2018, no bojo dos autos do Inquérito Civil nº 1.34.001.007752/2013-81, endereçada ao Diretor da Maternidade Estadual de Caieiras, após constatação de condutas configuradoras de violência obstétrica ocorridas nas dependências da mencionada maternidade.

Recomendou-se, em suma, que: 1) seja cumprida a Lei Estadual 13.069/2008, no sentido de serem afixados cartazes nas dependências da maternidade explicitando o direito ao acompanhante no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; 2) adoção de providências para a aquisição de aparelhos e equipamentos que possibilitem a posição verticalizada da parturiente durante o parto; 3) a adoção de diligências para que sejam plenamente atendidas as disposições da RDC 36/2008 da ANVISA, com a implementação de quartos pré-parto, parto e pós-parto; 4) a cientificação, de imediato, dos profissionais de saúde que prestem serviços na entidade, com a colheita de assinaturas individualizadas de que não se pode hostilizar as pacientes quando expressarem a dor no trabalho de parto; que às pacientes, que

⁷⁰ Informação constante da nota de imprensa “Após recomendação do MPF, Santa Casa de São José do Rio Preto (SP) compromete-se a melhorar atendimento a gestantes”, publicada em 7 de junho de 2018. Disponível em <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/apos-recomendacao-do-mpf-santa-casa-de-sao-jose-do-rio-preto-sp-compromete-se-a-melhorar-atendimento-a-gestantes>. Acesso em 29 de janeiro de 2023.

⁷¹ Recomendação nº 53/2018 PRSP, disponível em <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-maternidade-caieiras.pdf/view>. Acesso em 29 de janeiro de 2023.

expressarem muita dor e desconforto no trabalho de parto, sejam oferecidos métodos não farmacológicos, bem como os farmacológicos adequados para cada caso; que todos os procedimentos realizados sejam previamente explicitados e informados à parturiente; que a Lei Estadual 15.759/2015⁷² prescreve o registro nos prontuários e a justificativa adequada de sua realização, no que diz respeito à administração de enemas, ocitocina, amniotomia e episiotomia, dentre outros procedimentos, com o registro preciso dos horários de cada exame e justificativa para toques realizados em intervalos inferiores a quatro horas; que a manobra de Kristeller é procedimento proscrito pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo; que é direito da mulher movimentar-se durante o parto, devendo os profissionais procurarem capacitar-se para partos verticalizados; que a OMS recomenda que a equipe de saúde incentive a mulher a se movimentar; que a amniotomia e a episiotomia não podem ser realizadas sem prévia autorização da parturiente; 5) que a cientificação dos aspectos elencados seja realizada para cada novo profissional contratado pela entidade; 6) que adote providências para monitorar as taxas de partos fórceps, informando ao MPF as taxas mensais dos anos de 2017 e 2018; 7) que envie ao MPF as cópias integrais dos processos apurativos preliminares nºs 001.0136.000861/2018 e 001.0136.00890/2018, referentes às denúncias apresentadas no bojo do inquérito civil; 8) que receba a denúncia referente à paciente SML, relativa à internação ocorrida no dia 17/03/2014, para início de procedimento de apuração administrativa sobre a atuação do médico e das enfermeiras envolvidas e 9) que adote medidas para a capacitação e treinamento dos profissionais que atuam no atendimento ao parto, visando o atendimento de acordo com as Boas Práticas de Atenção ao Parto estabelecidas pela OMS.

4.2.9 Recomendação nº 29/2019 PRSP (SÃO PAULO)

A Recomendação nº 29/2019 PRSP⁷³ expedida pela Procuradora da República Ana Carolina Previtali Nascimento, nos autos do Inquérito Civil nº

⁷² Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015, assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências, tendo sido revogada pela Lei nº 17.431, de 14 de outubro de 2021, a qual consolida a legislação paulista relativa à proteção e defesa da mulher. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/lei-15759-25.03.2015.html> . Acesso em 30 de janeiro de 2023.

⁷³ Recomendação nº 29/2019, disponível em <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contra-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>. Acesso em 29 de janeiro de 2023.

1.34.001.007752/2013-81⁷⁴, foi motivada pela publicação de despacho pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde proferido em 03 de maio de 2019⁷⁵, que concluiu pela “impropriedade da expressão violência obstétrica no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem (*sic*) a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”.

Na Recomendação, a Procuradora da República oficiante explicita que a OMS, no documento “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto” considera que a violência no parto equivale à violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres independentemente da intencionalidade de causar dano, bem como que a interpretação dada pelo Ministério da Saúde ao termo e conceito “violência” seria inconsistente do ponto de vista técnico-jurídico, uma vez que ignoraria a existência do dolo eventual como parte da intencionalidade da conduta dos profissionais para efeito de qualificação do ilícito.

Ao final, recomendou-se ao Ministério da Saúde: a) que esclareça, por meio de nota, que o termo “violência obstétrica” trata-se de expressão consagrada em documentos científicos, legais e já incorporado pela sociedade civil; b) que se abstenha de envidar esforços ou ações voltadas a abolir o uso do termo “violência obstétrica”, empregando ações voltadas a coibir os maus tratos e práticas agressivas durante o parto; c) que adote as ações recomendadas pela “Declaração de Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”⁷⁶ e d) que seja dada ampla divulgação à referida recomendação nas unidades de saúde do Brasil.

Em resposta ao Ministério Público Federal, o Ministério da Saúde, por meio do Ofício Nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS⁷⁷, reconheceu o direito legítimo das mulheres em utilizar o termo que melhor represente as experiências

⁷⁴ O Inquérito Civil 1.34.001.007752/2013-81 foi instaurado por Portaria, em 19 de fevereiro de 2014, diante do recebimento de notícias de fato apresentadas à Procuradoria da República no Estado de São Paulo por vítimas de violência obstétrica.

⁷⁵ Despacho datado em 03 de maio de 2019, disponível em <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-10.pdf>. Acesso em 29 de janeiro de 2023.

⁷⁶ Declaração “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2023.

⁷⁷ Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, datado de 07/06/2019, disponível em <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em 29 de janeiro de 2023.

vivenciadas na atenção ao parto e nascimento, em situações de maus tratos, abusos, desrespeito e uso de práticas não baseadas em evidências científicas.

4.2.10 Recomendação nº 02/2019 - PRBA (BAHIA)

Recomendação à Maternidade Climério de Oliveira⁷⁸, expedida nos autos do Inquérito Civil nº 1.14.000.000882/2017-19, tendo em vista que constaram do inquérito civil notícias de condutas médicas características de violência obstétrica, tais como manobra de Kristeller, violência verbal e proibição de acompanhante.

O caso tratado no Inquérito Civil foi o de um parto ocorrido em 07 de janeiro de 2016. Em 03 de abril de 2017, a direção da Maternidade Climério de Oliveira, com a instauração do inquérito civil, tomou conhecimento dos fatos, mas apenas em 17 de outubro de 2018 é que instaurou o Procedimento Administrativo nº 23535.000269/201/-91, considerando o MPF que as averiguações internas não foram devidamente desenvolvidas.

Como providências recomendadas à Maternidade, o Ministério Público Federal estabeleceu a ampla divulgação de Portarias do Ministério da Saúde e Resolução Anvisa RDC nº 36/2008, bem como da Recomendação ministerial; divulgação de cartazes sobre a violência obstétrica elaborados pela Procuradoria da República na Bahia e publicização, nos espaços apropriados, de número telefônico e/ou sítio eletrônico de ouvidoria interna da Maternidade e, por fim, que, nas apurações de violência obstétrica noticiados, seja aplicada uma ampla instrução probatória, a fim de apurar os fatos e identificar os profissionais responsáveis.

4.2.11 Recomendação Conjunta da DPU/PAJ nº 2019/016-01718 e da PRRJ/PP nº 1.30.001.000689/2019-96 (RIO DE JANEIRO)

A Recomendação⁷⁹ foi expedida em conjunto pela Defensoria Pública da União e pelo Ministério Público Federal com atuação no Rio de Janeiro, contra o artigo 1º da Resolução CREMERJ nº 293/2019, que possuía a seguinte redação:

⁷⁸ Recomendação nº 02/2019 BA disponível em <https://www.mpf.mp.br/ba/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-violencia-obstetrica.pdf> Acesso em 28 de janeiro de 2023.

⁷⁹ Recomendação conjunta DPU e PRRJ disponível em <https://www.mpf.mp.br/rj/sala-de-imprensa/docs/pr-ri/recomendacao%20cremerj.PDF/view> Acesso em 29 de janeiro de 2023.

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.

Considerando que o dispositivo da Resolução violaria o princípio da legalidade, o artigo 3º, incisos III e IV, da Lei Estadual nº 7.191/2016⁸⁰, anularia o conteúdo ético-normativo da dignidade da pessoa humana, relativo à autonomia de vontade da parturiente sobre o próprio corpo, bem como contrariaria a regra geral de prevalência da vontade e do consentimento da gestante/parturiente nas decisões sobre o seu corpo e sua pessoa, conforme disposto no Código de Ética Médica.

Entenderam o MPF e a DPU, com os quais concordamos, que teor da exposição de motivos da Resolução CREMERJ nº 293/2019⁸¹, muito embora não integre a Resolução, serve de referência hermenêutica para a leitura e interpretação dos artigos da Resolução e, sendo assim, proíbe a Resolução que o médico observe e respeite o plano de parto que a gestante venha a elaborar. Cabe aqui citar um trecho da referida exposição de motivos:

Esta pressão tem como consequência impedir a realização de procedimentos necessários e cientificamente validados e, com isso, restringir o papel do médico. Ao fim e ao cabo, o resultado disso é o abandono da obstetrícia por médicos competentes que não aceitam se submeter a isso; maternidades públicas tomadas por não médicos realizando partos, com o objetivo de baratear a assistência em demérito da qualidade; e aumento das mortalidades materna e infantil nos últimos anos no Brasil e no Rio de Janeiro. Dentre estes meios idealizados, temos o chamado PLANO DE PARTO. Este documento entende-se para fim desta Resolução como uma série de normas ditadas pela gestante, ou feitas em conjunto com o médico, comumente retiradas de modelos disponíveis em sítios eletrônicos que determinam o que o médico pode ou não fazer.

A não aceitação do médico em assinar este documento pode causar inúmeros problemas para o profissional, inclusive sendo passível de ser denunciado por “violência obstétrica”, outro termo inventado para difamar médicos, dando a impressão que as violências que as gestantes sofrem são por culpa dos obstetras, sendo estes tão vítimas do sistema quanto as grávidas.

Procedimentos salvadores são restritos ou proscritos sem quaisquer evidências para tal. Como alguns dos exemplos temos: a episiotomia; a

⁸⁰ Lei Estadual nº 7.191/2016, sofreu alterações pela Lei nº 9238/2021, e dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública e privada de saúde no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Disponível em <https://leisestaduais.com.br/rj/lei-ordinaria-n-7191-2016-rio-de-janeiro-dispoe-sobre-o-direito-ao-parto-humanizado-na-rede-publica-de-saude-no-estado-do-rio-de-janeiro-e-da-outras-providencias>. Acesso em 05 de fevereiro de 2023.

⁸¹ Resolução CREMERJ nº 293/2019. Disponível em: <https://www.cremjerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>. Acesso em: 29 de janeiro de 2023.

manobra de Kristeller, a cesariana; a analgesia de parto; o uso de ocitocina; posições de assistência ao parto, dentre muitos outros.

Por conseguinte, recomendou-se ao Presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro que procedesse à revogação da Resolução CREMERJ nº 293/2019 ou que promovesse a revisão da Resolução “de modo a adequá-la aos artigos 1º, inciso III, e 5º, inciso II, da Constituição Federal, às disposições da Lei Estadual n. 7.191/2016, aos artigos 22 e 24 da Resolução CFM n. 2.217/2018 – Código de Ética Médica e, ainda, às Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto do Ministério da Saúde bem como às recomendações da Organização Mundial de Saúde para assistência ao parto”.

4.2.12 Recomendação nº 44/2019, de 25 de setembro de 2019 (SÃO PAULO)

A Recomendação nº 44/2019⁸² foi expedida nos autos do Inquérito Civil nº 1.34.001.007752/2013-81, que, considerando a tramitação de diversos procedimentos⁸³, recomendou ao Conselho Federal de Medicina (CFM) a revogação de alguns dispositivos da Resolução nº 2.232/2019, publicada no Diário Oficial da União em 16 de setembro de 2019⁸⁴. Tal recomendação foi emitida em São Paulo, mas assinada em conjunto por vários Procuradores da República⁸⁵.

⁸² Recomendação nº 22/2029 disponível em <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-cfm>. Acesso em 28 de janeiro de 2023.

⁸³ O documento cita como exemplos de procedimentos, exemplificativamente, os seguintes: Inquérito Civil nº 1.34.001.007752/2013-81 – PR/SP; Ação Civil Pública 0017488-30.2010.403.6100 PR/SP; Inquérito Civil principal nº 1.13.000.000721/2019-24 e 90 outros procedimentos administrativos conexos – PR/AM; Inquéritos Cíveis nº 1.30.0001.000689/2019-96 e nº 1.30.001.001965/2014-29 – PR/RJ; procedimento 1.19.001.000281/2019-81 em Imperatriz/MS; Inquérito Civil nº 1.34.007.000357/2018-2 PR Marília/SP.

⁸⁴ Resolução CFM nº 2.232/2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>. Acesso em: 29 de janeiro de 2023.

⁸⁵ A Recomendação contou com a assinatura dos seguintes Procuradores da República, à época com exercício nas unidades indicadas entre parênteses: Alexandre Ribeiro Chaves (Procurador da República no Rio de Janeiro/RJ); Ana Carolina Previtalli Nascimento (Procuradora da República em São Paulo/SP); Ana Paula Carvalho de Medeiros (Procuradora da República em Porto Alegre/RS); Anelise Becker (Procuradora da República em Rio Grande/RS); Áureo Marcus Makiyama Lopes (Procurador da República em Campinas/SP); Bruna Menezes Gomes da Silva (Procuradora da República em Manaus/AM); Carolina de Gusmão Furtado (Procuradora da República em Recife/PE); Caroline Maciel da Costa (Procuradora da República em Natal/RN); Daniele Cardoso Escobar (Procuradora da República em Florianópolis/SC); Diego Fajardo Maranhão Leão de Souza (Procurador da República em Marília/SP); Luiz Antonio Palácio Filho (Procurador da República em Marília/SP); Mariane Guimarães de Mello Oliveira (Procuradora da República em Goiás/GO); Marina Filgueira de Carvalho Fernandes (Procuradora da República em Imperatriz/MA); Rudson Coutinho da Silva (Procurador da República em Araraquara/SP) e Suzete Bragnolo (Procuradora da República em Porto Alegre/RS).

A Resolução nº 2.232/2019 do CFM estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico paciente. Argumenta o MPF que, no caso de mulheres grávidas, o disciplinado no §2º do artigo 5º, cumulado com os artigos 6º e 10º da Resolução, trariam sérios riscos “pois permitem a adoção de procedimentos médicos coercitivos ou não consentidos, caracterizadores de violação dos direitos fundamentais das mulheres, em desconformidade com determinações da Organização Mundial de Saúde – OMS”. Na Recomendação ministerial, constaram as seguintes solicitações:

- 1- revogue o §2º do artigo 5º, da Resolução CFM nº 2232/2019, tendo em vista sua contrariedade ao Código de Ética Médica, ao Código Penal, à Constituição Federal de 1988 e às Recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde para assistência ao parto, com o reconhecimento de que apenas em casos de iminente risco de vida é possível o médico adotar medidas necessárias para a preservação da vida no atendimento ao parto em contrariedade ao desejo materno, bem como que, no que tange ao binômio mãe/feto, caberá à gestante ponderar entre os riscos à sua vida e à vida do feto quando fizer opções por procedimentos terapêuticos relacionados à gestação e parto, conforme princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da legalidade e da autonomia.
- 2- que, por consequência, seja a assistência ao parto expressamente retirada do âmbito de incidência da Resolução CFM nº 2232/2019, especialmente em seus artigos 6º e 10.
- 3 - que se abstenha de empregar outras ações contrárias ao ordenamento jurídico em vigor, cerceadoras a autonomia das mulheres e contrárias às Políticas de Atenção ao Parto preconizadas pelo Ministério da Saúde.

4.2.13 Recomendação nº 1/2020/MPF/PR-AL/8ºOfício (ALAGOAS)

A Recomendação foi emitida, em 12 de março de 2020, no intuito de recomendar às maternidades públicas de Alagoas que adotem as providências necessárias para informar às gestantes acerca dos riscos da episiotomia, inclusive com o seu consentimento prévio e por escrito para a realização do procedimento médico. O documento foi expedido nos autos do Procedimento Administrativo nº 1.11.000.000575/2019-10⁸⁶ e recomendou, ainda, que as maternidades ajustassem os protocolos clínicos internos a fim de que “o profissional médico justifique, por

⁸⁶ O Procedimento Administrativo nº 1.11.000.000575/2019-10 foi instaurado em razão de representação que notícia violência obstétrica contra mulher parturiente, ocorrida em maternidade em Maceió/AL (a maternidade não foi identificada no documento), tudo conforme consta na Recomendação analisada que se encontra disponível em: https://www.mpf.mp.br/al/arquivos/2020-1/recomendacao_maternidades.pdf/view Acesso em: 28 de janeiro de 2023.

escrito, individual e pormenorizadamente, os motivos pelos quais adotou o procedimento”.

4.2.14 Recomendação Conjunta nº 01/2020 (AMAZONAS)

O Ministério Público Federal e o Ministério Público do Estado do Amazonas, motivados pela edição da Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020, do Ministério da Saúde⁸⁷, expediram, no dia 03 de setembro de 2020, nos autos do Procedimento Administrativo nº 1.13.000.000721/2019-24, a Recomendação Conjunta nº 01/2020.

A recomendação, dentre outras disposições, estabelece que a Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas - Susam oriente os profissionais do Sistema Único de Saúde competentes para o atendimento para a interrupção da gravidez para que realizem o atendimento forma humanizada. Importante notar que com a recomendação o MPF expressa seu entendimento de que as mulheres que sofrem violência durante o abortamento também podem ser incluídas nas estatísticas de casos de violência obstétrica⁸⁸ e ressalta que “embora o sigilo médico não seja absoluto, ele pode ser relativizado com finalidades de investigação criminal de interesse do paciente, jamais contra”.

Interessante, ainda, mencionar que a recomendação expressa que, no âmbito dos serviços públicos e privados de saúde, o respeito à vontade da vítima de violência sexual quanto à notificação à autoridade policial se insere como obrigação decorrente do princípio bioético da autonomia, o qual, no caso específico da assistência à mulher, foi referendado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) como sendo “o importante papel que a mulher deve adotar na tomada de decisões aos

⁸⁷ Portaria 2.282, de 27 de agosto de 2020 do Ministério da Saúde. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e trouxe, em seu artigo 1º, a obrigatoriedade de notificação à autoridade policial, pelo médico e demais profissionais de saúde ou responsáveis pelo estabelecimento de saúde que acolheram a mulher sexualmente violentada, nos casos em que houver indícios ou a confirmação do crime de estupro. A portaria também inova ao disciplinar que a equipe médica deverá informar a mulher que procura o serviço de abortamento sobre a possibilidade de visualização do feto ou embrião por meio de ultrassonografia (artigo 8º).

⁸⁸ Compartilhamos do entendimento dos Ministérios Públicos quando aduzem na recomendação que não é razoável ofertar a visualização do feto para a vítima de violência sexual que procura o serviço de saúde para interrupção da gravidez, tendo tal oferta apenas o efeito de gerar culpa e constrangimento na vítima. A recomendação se encontra disponível em: <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-conjunta/>. Acesso em 20 de março de 2023.

cuidados de sua saúde. Os médicos deverão observar a vulnerabilidade feminina, solicitando expressamente sua escolha e respeitando suas opiniões”.

Registre-se, por fim, que a Recomendação nº 01/2020 consignou que a portaria do Ministério da Saúde questionada foi editada

logo após o recente e rumoroso caso de criança de 10 anos que engravidou após ser estuprada por um parente, o que gerou pressão por parte [sic] grupos religiosos e de membros e apoiadores do Governo Federal, inclusive por invasão do domicílio da família e de divulgação da identidade da vítima, pela não realização do aborto ao qual tinha direito.

4.2.15 Recomendação nº 001/2021/12OFÍCIO/PR/AM (AMAZONAS)

A Recomendação em epígrafe, datada de 24 de fevereiro de 2021, emitida nos autos do Inquérito Civil nº 1.13.000.000774/2019-45⁸⁹, tem como objetivo recomendar ao CRM do Amazonas, em síntese, que promova uma ampla investigação para a averiguação dos casos de violência obstétrica noticiados, tais como oitiva dos profissionais que prestaram atendimento à suposta vítima e de possíveis testemunhas, perícias e “que sejam registrados, com a assinatura do profissional responsável e do paciente, todos os procedimentos realizados durante o atendimento”.

4.2.16 Recomendação nº 1/2021/MPF/PR-AL/8ºOFÍCIO (ALAGOAS)

A Recomendação aqui tratada foi emitida, nos autos do Procedimento Administrativo nº 1.11.000.000575/2019-10⁹⁰, na data de 15 de janeiro de 2021, com

⁸⁹ O Inquérito Civil nº 1.13.000.000774/2019-45 tem como finalidade “apurar possível cometimento de atos de improbidade administrativa pelo Presidente das Sindicâncias (nº 72/2019, 83/2019, 92/2019, 94/2019, 98/2019) do Conselho Regional de Medicina no Estado do Amazonas, em razão do encerramento prematuro das referidas Sindicâncias, e a consequente não instauração do Procedimento Ético Profissional (PEP), no âmbito do Conselho Regional de Medicina do Estado do Amazonas, para melhor apuração dos fatos envolvendo violência obstétrica”, conforme consta do teor da Recomendação, disponível em <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-crm/view>. Acesso em 28 de janeiro de 2023.

⁹⁰ O Procedimento Administrativo nº 1.11.000.000575/2019-10 tramita na Procuradoria da República no Estado de Alagoas, com o objetivo de “acompanhar/monitorar a execução das políticas públicas de saúde e no âmbito da saúde suplementar, acerca da necessidade de humanização do parto em maternidades públicas e privadas de Alagoas, a fim de evitar casos de ‘violência obstétrica’, em consonância com as recomendações da Portaria nº 569/2000 e da Portaria nº 1.459/2011, do Ministério da Saúde; da Recomendação nº 017/2012, do Conselho Nacional de Saúde; da Resolução RDC/ANVISA nº 36/2008; e da Resolução Normativa nº 398, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, dentre outras”, conforme conta do teor da Recomendação, disponível em <https://www.mpf.mp.br/al/arquivos/2021/recomendacao-no-1-2021-mpf-pr-al-8ooficio/view>. Acesso em 28 de janeiro de 2023.

o objetivo de recomendar ao Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, no sentido de concretizar o direito à informação à parturiente, através da elaboração de materiais informativos impressos e afixação de cartazes ou “banners”, que deverão ser dispostos em locais visíveis no interior da unidade hospitalar, inclusive nas proximidades das salas de parto.

A referida recomendação foi fundamentada, em síntese, com as disposições da Lei Estadual de Alagoas nº 7.873/2017, que disciplina que a parturiente deve estar informada sobre a possibilidade de utilização do Termo de Recusa e não sofrerá qualquer constrangimento ou retaliação por parte do profissional ou equipe, caso solicite a utilização do referido Termo. Consta, ainda, referência as declarações da OMS e determinações da Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.

4.2.17 Recomendação nº 2/2021/MPF/PR-AL/8º OFÍCIO, de 05 de março de 2021 (ALAGOAS)

A Recomendação nº 2/2021/MPF/PR-AL⁹¹ foi expedida ao Estado de Alagoas, no intuito de recomendar ao estado a adoção de providências necessárias com a finalidade de implantar a Ouvidoria no Hospital Clodolfo Rodrigues com acessibilidade, estrutura e servidores próprios para fortalecer os mecanismos de participação social.

No teor da recomendação, consta a informação de que tramita na Procuradoria da República no Estado de Alagoas o Procedimento Administrativo nº 1.11.000.000575/2019-10, que tem o escopo de monitorar a execução das políticas públicas de saúde, acerca da necessidade de humanização do parto em maternidades públicas e privadas de Alagoas, a fim de evitar casos de violência obstétrica.

⁹¹ Recomendação nº 2/2021/MPF/PR-AL. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/al/arquivos/2021/recom_2_maternidade.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2023.

4.2.18 Recomendação nº 3/2021/MPF/PR-AL/8ºOFÍCIO (ALAGOAS)

A Recomendação nº 3/2021/MPF/PR-AL/8º Ofício⁹² foi expedida com o objetivo de recomendar ao Hospital Ib Gatto Falcão que adote as providências necessárias a fim de implantar Ouvidoria com plena acessibilidade, estrutura e servidores próprios para fortalecer os mecanismos de participação social. A recomendação foi emitida no bojo dos autos do Procedimento Administrativo nº 1.11.000.000575/2019-10.

4.2.19 Recomendação nº 4/2021/MPF/PR-AL/8ºOFÍCIO (ALAGOAS)

Em 05 de março de 2021, foi expedida a Recomendação nº 4/2021/MPF/PR-AL/8º Ofício⁹³, na qual o Ministério Público Federal, pela Procuradora da República oficiante no 8º Ofício da Procuradoria da República em Alagoas recomenda ao Hospital Santo Antônio que adote as providências necessárias a fim de implantar Ouvidoria com plena acessibilidade, estrutura e servidores próprios para fortalecer os mecanismos de participação social. A recomendação em tela foi expedida no bojo do Procedimento Administrativo nº 1.11.000.000575/2019-10.

4.2.20 Recomendação nº 5/2021/MPF/PR-AL/8ºOFÍCIO (ALAGOAS)

A Recomendação nº 5/2021/MPF/PR-AL/8º Ofício⁹⁴ foi emitida nos autos do Procedimento Administrativo nº 1.11.000.000575/2019-10, com o objetivo de recomendar à Casa de Saúde e Maternidade Nossa Sra. de Fátima que adote as providências necessárias a fim de implantar Ouvidoria com plena acessibilidade, estrutura e servidores próprios para fortalecer os mecanismos de participação social.

4.2.21 Recomendação nº 6/2021/MPF/PR-AL/8ºOFÍCIO (ALAGOAS)

⁹² Recomendação nº 3/2021/MPF/PR-AL/8ºOfício. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/al/arquivos/2021/recom_3_maternidade.pdf. Acesso em 29 de janeiro de 2023.

⁹³ Recomendação nº 4/2021/MPF/PR-AL/8º Ofício. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/al/arquivos/2021/recom_4_maternidade.pdf. Acesso em 29 de janeiro de 2023.

⁹⁴ Recomendação nº 5/2021/MPF/PR-AL/8º Ofício. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/al/arquivos/2021/recom_5_maternidade.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2023.

A Recomendação nº 6/2021/MPF/PR-AL/8º Ofício⁹⁵, datada de 05 de março de 2021, foi emitida para recomendar à Santa Casa de Misericórdia de Penedo a adoção de providências necessárias para a implantação de Ouvidoria com plena acessibilidade, estrutura e servidores próprios para fortalecer os mecanismos de participação social.

4.2.22 Recomendação Conjunta nº 003/2022, de 15 de setembro de 2022 (AMAZONAS)

A recomendação nº 0003/2022⁹⁶ foi expedida pelo Ministério Público Federal (MPF/AM) em conjunto com a Defensoria Pública do Estado do Amazonas, tendo em vista o alto índice de mortalidade materna no Estado do Amazonas no ano de 2021⁹⁷, bem como os compromissos assumidos pelo *Parquet* federal e pela Defensoria Pública do Estado do Amazonas, por ocasião do Aditamento ao Termo de Cooperação Técnica, assinado em 24 de novembro de 2021, junto ao Comitê Multi-institucional de Combate à Violência Obstétrica no Estado do Amazonas, para recomendar à Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas, à Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga e à Diretoria da UPA/Maternidade Celina Villacrez Ruiz que: a) promovam a recuperação das condições de uso da sala das parturientes indígenas; b) restabeleçam o funcionamento da usina de oxigênio da Unidade de Pronto Atendimento/Maternidade de Tabatinga; c) executem a manutenção corretiva necessária na infraestrutura da maternidade, disponibilizando instalações privativas para a realização do trabalho de parto; d) assegurem o número mínimo de profissionais de saúde para atendimento especializado na maternidade, com no mínimo 6 (seis) neonatologistas e 6 (seis) pediatras, nos termos do contrato vigente com a empresa prestadora de serviços médicos da unidade hospitalar; e) assegurem que a totalidade de partos seja acompanhada por equipes completas; f) assegurem que os partogramas sejam adequadamente preenchidos pelos profissionais de saúde,

⁹⁵ Recomendação nº 6/2021/MPF/PR-AL/8º Ofício. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/al/arquivos/2021/recom_6_maternidade.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2023.

⁹⁶ Recomendação nº 003/2022, de 15 de setembro de 2022. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-conjunta-mpf-e-dpe-am/view>. Acesso em 30 de janeiro de 2023.

⁹⁷ A Recomendação nº 003/2022 consigna que foram 113 (cento e treze) óbitos, sendo 70 (setenta) deles na capital, sendo que, de 40% a 50% das causas da mortalidade maternal poderiam ter sido evitadas, segundo dados do Ministério da Saúde.

de maneira legível e completa; g) garantam a presença, na unidade hospitalar, de, no mínimo, um profissional apto à realização dos procedimentos necessários ao aborto legal, que não apresente escusa de consciência; h) assegurem a realização do pré-natal de alto risco às parturientes que o necessitem; i) fiscalizem a execução dos contratos de prestação de serviços médicos, havendo a apuração e a punição das condutas irregulares das empresas contratadas.

4.3 Notícias de Recomendações Expedidas pelo Ministério Público Federal

4.3.1 MPF recomenda medidas para adequado atendimento a parturientes na rede pública de saúde do Ceará (em 10 de maio de 2018)

O Ministério Público Federal no Ceará, através da Procuradora da República Nilce Cunha Rodrigues, recomendou⁹⁸ a adoção de uma série de medidas pelas secretarias de Saúde do estado do Ceará e do município de Fortaleza para que os leitos dos hospitais neonatais tenham as condições adequadas para o correto atendimento das parturientes e respectivos acompanhantes, favorecendo, assim, o parto humanizado na rede pública de saúde do estado.

4.3.2 MPF quer que maternidade da capital paulista apure casos de violência obstétrica (em 26 de outubro de 2016)

O Ministério Público Federal em São Paulo (MPF/SP) recomendou⁹⁹ que o Hospital e a Maternidade SacreCoeur apure a responsabilidade dos profissionais de saúde que participaram de partos nos quais teria sido adotada a chamada Manobra de Kristeller.

⁹⁸ Recomendação foi enviada às secretarias de Saúde do estado do Ceará e do município de Fortaleza. A notícia da recomendação está disponível em: <https://www.mpf.mp.br/ce/sala-de-imprensa/noticias-ce/mpf-recomenda-medidas-para-adequado-atendimento-a-parturientes-na-rede-publica-de-saude-do-ceara> . Acesso em: 30 de janeiro de 2023.

⁹⁹ Relatos indicam que mulheres tiveram a barriga pressionada no momento do parto para forçar a saída do bebê; prática é condenada por entidades médicas. Notícia da recomendação disponível em: <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-sp-quer-que-maternidade-no-centro-da-capital-apure-casos-de-violencia-obstetrica-1> . Acesso em: 30 de janeiro de 2023.

4.3.3 MPF, MP-RJ e Defensoria Pública cobram direito de acompanhantes em partos no RJ (em 16 de março de 2016)

O Ministério Público Federal, em conjunto com o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro expediram recomendação¹⁰⁰ às maternidades municipais, estaduais e federais da Região Metropolitana I, com o objetivo de garantir à parturiente a presença de acompanhante no trabalho de parto e pós-parto. Foi recomendada a observância da Lei nº 11.108/2005 e a fixação de cartazes sobre o direito ao acompanhante nas dependências das unidades de saúde, em local de ampla visibilidade. Após vistorias realizadas nas maternidades, apenas a maternidade municipal Maria Amélia Buarque de Hollanda garantia plenamente o direito ao acompanhante no parto e o direito à informação da parturiente.

4.3.4 MPF e MP/AM recomendam o cumprimento da Lei do Acompanhante no estado (em 07 de março de 2016)

O Ministério Público Federal e o Ministério Público do Estado do Amazonas recomendaram¹⁰¹ que as unidades de saúde permitam a presença de um acompanhante para a parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, em atendimento às disposições da Lei 11.108/05, bem como a garantia da presença de doulas, de acordo com o que determina a Lei Estadual nº 4.072/14¹⁰².

¹⁰⁰ Direito deve ser assegurado a gestantes em maternidades do SUS durante o trabalho de parto, no parto natural ou cesáreo [sic], bem como no pós-parto. A notícia da recomendação expressa que foram emitidas várias recomendações, mas não as quantifica. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/rj/sala-de-imprensa/noticias-rj/mpf-mp-rj-e-defensoria-publica-cobram-direito-de-acompanhantes-em-partos-no-rj>. Acesso em: 30 de janeiro de 2023.

¹⁰¹ Maternidades da rede pública e privada devem cumprir também a legislação estadual sobre a presença de doulas durante os serviços de parto. **Notícia sobre a expedição de 11 recomendações** a hospitais e órgãos de saúde do estado para que sejam colocadas em prática as diretrizes estabelecidas na Lei nº 11.108/05 e na Lei Estadual nº 4.072/14, que permite a presença de doulas durante os serviços de parto. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/mpf-e-mp-am-recomendam-o-cumprimento-da-lei-do-acompanhante-no-estado>. Acesso em: 30 de janeiro de 2023.

¹⁰² Lei nº 4072/2014. Dispõe que maternidades, casa de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada do Estado do Amazonas devem permitir a presença de “doulas” durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente.

4.3.5 Saúde materna: MPF/ES e MP/ES recomendam à Secretaria de Saúde adoção de medidas urgentes

O Ministério Público Federal no Espírito Santo e o Ministério Público Estadual (MP/ES) enviaram recomendação¹⁰³ à Secretaria Estadual de Saúde para que adotasse providências para minimizar as irregularidades constatadas, dentre elas: a adoção de medidas urgentes para a aferição e o controle do tempo das respostas das chamadas da empresa terceirizada que transporta gestantes e recém-nascidos de alto risco; disponibilidade de número mínimo de ambulâncias com equipamentos e equipe apta a realizar transporte de gestantes e recém-nascidos de parto de alto risco; a elaboração de cronograma de urgência para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) na Região Norte do Estado; a estruturação e gestão de um hospital público que seja referência em gestação de alto risco para atendimento dos municípios da Região Norte do Estado.

4.3.6 Após recomendação do MPF, hospital estadual reconhece que pressionar a barriga da mulher com força para agilizar o parto configura ato de violência obstétrica (em 16 de dezembro de 2014)

O Ministério Público Federal em São Paulo/SP recomendou¹⁰⁴, após recebimento de notícia de fato de uma gestante que, durante o parto no Hospital Geral de Pedreira (na Vila Campo Grande, zona sul da capital paulista), sofreu dores extremas ao ser submetida à Manobra de Kristeller, praticada por médico que, em duas oportunidades, subiu sobre as costelas da paciente para fazer peso e tentou empurrar o bebê com os punhos fechados.

¹⁰³ Notícia da recomendação disponível em: <https://www.mpf.mp.br/es/sala-de-imprensa/noticias-es/apos-diagnostico-da-saude-materna-no-norte-do-estado-mpf-es-e-mpes-recomendam-a-sesa-adocao-de-medidas-urgentes>. Acesso em: 30 de janeiro de 2023.

¹⁰⁴ Manobra de Kristeller é procedimento já banido pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo; hospital também afixou cartazes para conscientizar sobre riscos da prática. Notícia sobre a expedição de recomendação encaminhada ao Hospital Geral de Pedreira OSS (zona sul da capital paulista) para que os profissionais atuantes no hospital não realizem a Manobra de Kristeller, bem como para que a instituição realize capacitações para o atendimento humanizado ao parto. Disponível em: https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/sala-de-imprensa/noticias_prsp/16-12-14-apos-recomendacao-do-mpf-hospital-estadual-reconhece-que-pressionar-a-barriga-da-mulher-com-forca-para-agilizar-o-parto-configura-ato-de-violencia-obstetrica. Acesso em: 30 de janeiro de 2023.

Em decorrência da recomendação, o Hospital reconheceu que o procedimento “Manobra de Kristeller” é uma forma de violência obstétrica e aboliu a adoção da prática na realização de partos e afixou cartazes para conscientização sobre os riscos da prática da referida forma de violência obstétrica.

4.3.7 MPF em Campinas recomenda que hospitais assegurem direito de mulheres a acompanhante durante o parto e pós-parto (em 06 de outubro de 2014)

O Ministério Público em Campinas recomendou ¹⁰⁵ aos hospitais Madre Theodora, Celso Pierro, Vera Cruz, Hospital da Mulher – CAISM-UNICAMP e à Maternidade de Campinas que sejam implementados mecanismos para que as mulheres grávidas atendidas nas referidas instituições tenham o direito de indicar um acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato.

As cinco recomendações assinadas pelo Procurador da República Aureo Marcus Makiyama Lopes têm como objetivo o cumprimento da Lei Federal nº 11.108/05, conhecida como a Lei do Acompanhante, bem como a Lei estadual 13.069/2008, que obriga as unidades hospitalares do Estado de São Paulo a informar que as mulheres possuem o direito à presença de um acompanhante durante o parto e pós-parto imediato. Recomendou-se, ademais, que todos os profissionais de saúde dos hospitais realizem curso de capacitação e conscientização sobre a ocorrência de violência durante o parto, além de serem informados sobre o direito das parturientes a terem um acompanhante de sua livre escolha durante o parto e pós-parto.

Durante investigações realizadas pelo MPF, foram relatados casos de pessoas impedidas pelos hospitais de acompanharem mulheres grávidas durante consultas médicas de urgência, parto e pós-parto, bem como condutas que caracterizariam a prática da violência obstétrica.

¹⁰⁵ Unidades de saúde da região deverão capacitar profissionais para garantir o cumprimento da legislação e apurar denúncias de violência obstétrica. Notícia da recomendação disponível em: https://www.mpf.mp.br/sp/migracao/sala-de-imprensa-unidadeprsp/noticias_prsp/06-10-14-mpf-em-campinas-recomenda-que-hospitais-assegurem-direito-de-mulheres-a-acompanhante-durante-o-parto-e-pos-parto . Acesso em: 30 de janeiro de 2023.

4.3.8 MPF/SP recomenda que Hospital Unimed de Limeira apure denúncias de violência no parto (em 12 de maio de 2014)

O Ministério Público Federal em Piracicaba/SP expediu recomendação¹⁰⁶, em maio de 2014, à direção do Hospital Unimed de Limeira para que a instituição apure denúncias de violência contra a mulher durante o parto. Chegaram ao conhecimento do *Parquet* federal notícias de agressões à parturiente praticadas por médicos, as quais consistiam, notadamente, em menosprezo pelo sofrimento da paciente e na realização desnecessária de exames invasivos, tendo a Unimed se limitado a negar os fatos.

Por conseguinte, o MPF recomendou ao hospital: a) afixação de cartaz em todas as salas de parto e de espera de parturientes explicando que a violência física e moral durante o parto viola os direitos das mulheres e trazendo a informação de que as denúncias podem ser encaminhadas à direção do hospital, à Agência Nacional de Saúde e ao Ministério Público Federal e b) a realização de palestra ou curso de capacitação destinado a todos os médicos, enfermeiros e profissionais de saúde do hospital, a fim de informá-los sobre a gravidade das ocorrências de violência no parto.

4.3.9 Ação judicial e recomendações marcam atuação do MPF no combate à violência contra a mulher no Amazonas (em 19 de dezembro de 2022)

No marco dos “21 dias de ativismo pelo fim da violência contra a mulher”, o Ministério Público Federal promoveu atividades nos municípios de Manaus, de Tabatinga e de São Gabriel da Cachoeira. No Município de São Gabriel da Cachoeira, foram assinadas 2 recomendações conjuntas¹⁰⁷, assinadas pelo MPF, pelo polo da DPE do Alto Rio Negro e pelo Comitê Estadual de Enfrentamento da Violência Obstétrica. Tais recomendações apontam para a necessidade de ampliação do

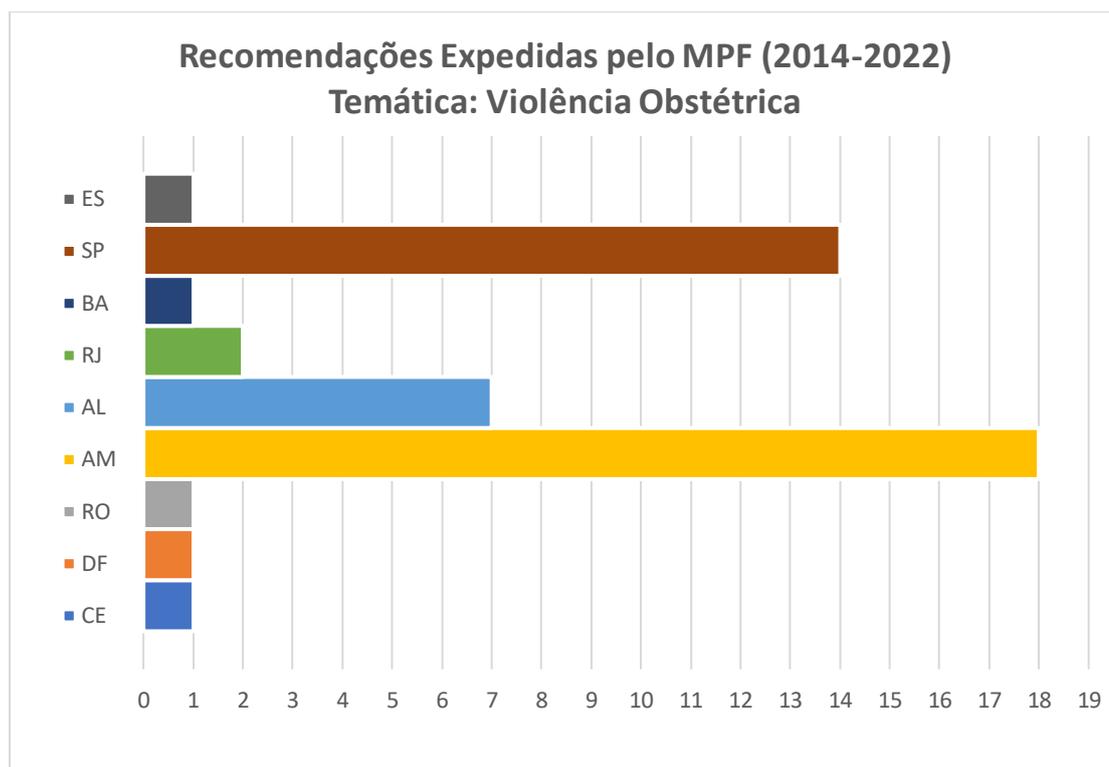
¹⁰⁶ Hospital deve adotar ações para conscientizar profissionais e parturientes sobre a gravidade de agressões físicas e morais contra mulheres no momento de dar à luz. Notícia sobre o envio da recomendação disponível em: <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/12-05-14-2013-mpf-em-piracicaba-recomenda-que-hospital-unimed-de-limeira-apore-denuncias-de-violencia-no-parto> . Acesso em 30 de janeiro de 2023.

¹⁰⁷ Notícia disponível em <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/acao-judicial-e-recomendacoes-marcam-atuacao-do-mpf-no-combate-a-violencia-contra-a-mulher-no-amazonas> . Acesso em 31 de janeiro de 2023.

quadro de médicos obstetras no município, bem como para adequação da oferta de exame de ultrassonografia, bem como para o cumprimento da Lei nº 11.108/2005.

As recomendações foram endereçadas ao Município, ao Estado do Amazonas e à União.

Gráfico 1: Gráfico representando o quantitativo de recomendações publicadas e/ou noticiadas no site do MPF (<https://www.mpf.mp.br/>), ilustrando a atuação do MPF em cada Estado e no DF



Fonte: elaborado pela pesquisadora

Da análise realizada na presente dissertação, concluiu-se que a Procuradoria que mais emitiu recomendações acerca da temática foi a Procuradoria da República no Amazonas, seguida da Procuradoria da República em São Paulo.

Nas recomendações expedidas pela Procuradoria da República no Amazonas observou-se que trataram de combater a violência obstétrica de cunho estrutural e institucional, tendo sido recomendado, em síntese: humanização de parto para indígenas, sendo assegurado o aborto legal a essa população; saneamento de irregularidades nos contratos de saúde dos profissionais que atendiam nas maternidade da rede pública; saneamento no preenchimento e na entrega de prontuários médicos às pacientes; determinação para que o CRM promova ampla investigação em relação aos médicos denunciados por VO; cumprimento da Lei do

Acompanhante e recomendação para que os profissionais do Sistema Único de Saúde competentes para o atendimento para a interrupção da gravidez realizem o atendimento forma humanizada.

Em relação às recomendações expedidas pela Procuradoria da República em São Paulo, tem-se que foram emitidas objetivando: proibir a realização da Manobra de Kristeller; proibir xingamentos e excessos de toques praticados pelos médicos; determinar o cumprimento da Lei do Acompanhante; evitar partos com fórceps, xingamentos proferidos pelos profissionais de saúde, registro incompleto dos prontuários, fomentar privacidade nas salas de partos; recomendar que se evite a ocitocina sintética, a posição litotômica e assegurar meios de analgesia; redução das taxas de cesáreas; que o Ministério da Saúde, em vez de criticar o termo “violência obstétrica”, combata a prática de tal violência e que o CFM se abstenha de autorizar aos médicos procedimentos em desrespeito à autonomia da mulher.

Da análise geral do teor das recomendações expedidas, é possível notar que o principal problema na assistência à saúde da gestante, parturiente e puérpera não é a falta de estrutura. Não se pode negar que a VO ocorre, também, por falta de estrutura nas maternidades, mas são o exercício autoritário da Medicina, o corporativismo da categoria e a ausência de capacitação baseada nas melhores evidências seus principais causadores.

4.4 Audiências Públicas realizadas para discussão da violência obstétrica

As audiências públicas não se encontram regulamentadas na Lei de Ação Civil Pública, tendo sido disciplinadas nas Leis Orgânicas dos Ministérios Públicos, especificamente no artigo 5º, incisos IV e V, da Lei Complementar 75/93 e no artigo 80 da Lei nº 8.625/93. Podem ser conceituadas como uma assembleia convocada e presidida por um membro do Ministério Público, com a participação de autoridades, representantes de entidades civis e demais interessados, com a finalidade de discutir temas de interesse da coletividade e, assim, fornecer ao *Parquet* elementos para que fundamente a sua ação institucional. Dessa maneira, a atuação ministerial estará mais próxima dos anseios da população jurisdicionada (ALMEIDA, 2011, p. 199).

Através das audiências públicas, o Ministério Público coleta elementos para formar sua convicção sobre determinada matéria, caracterizando-se a audiência

pública como “mecanismo de participação da cidadania no processo de decisão da melhor forma de gestão dos interesses públicos, sendo, por isso mesmo, de grande valia na consolidação do regime democrático” (ALMEIDA, 2011, p. 199).

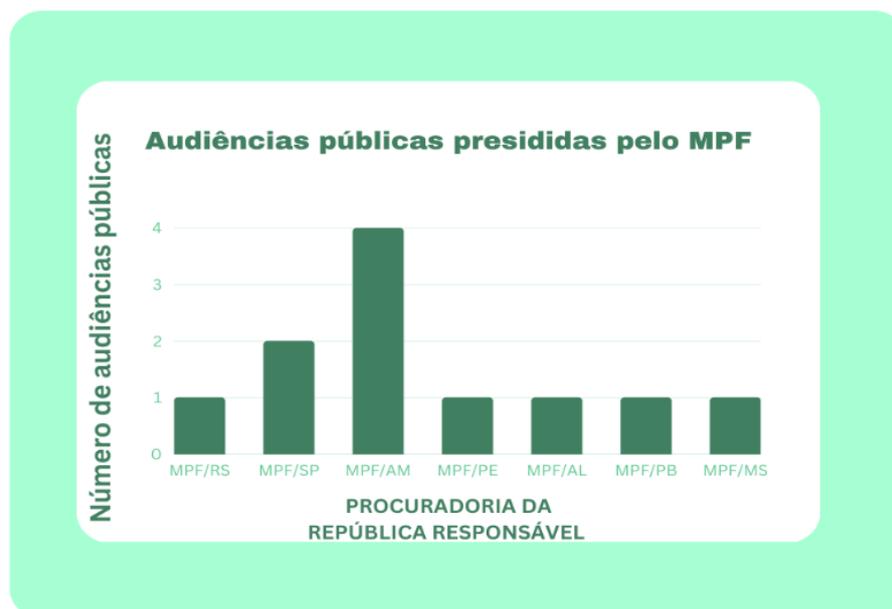
Salienta-se, por oportuno, que as audiências públicas são verdadeiros mecanismos de atuação resolutiva do Ministério Público. Com as audiências públicas os membros se aproximam da sociedade e “passam a atuar como agentes da cidadania no sentido mais amplo do termo. Isto é, eles buscam atender solicitações variadas, independentemente de sua pertinência, guiando-se pelo princípio de que quaisquer demandas merecem algum tipo de resposta” (SADEK, 2009, p. 12).

Pode-se afirmar, conseqüentemente, que as audiências públicas possibilitam o exercício da democracia participativa, assegurando ao indivíduo o direito de opinar e participar de forma ativa de assuntos que lhe interessem no âmbito da coletividade. Outrossim, torna possível ao Ministério Público, sob o viés resolutivo ¹⁰⁸, a aproximação efetiva da sociedade civil. Na audiência pública, há oportunidade de discussão de problemas sociais relevantes para determinada comunidade e de estabelecer soluções conjuntas de acordo com a realidade vivenciada no momento e no local, cabendo ressaltar que o Ministério Público não é o autor da audiência pública, atuando, em verdade, como “facilitador de resolutividade a ser elaborada pelos próprios indivíduos. Por outro lado, os indivíduos também são colaboradores do Ministério Público quanto à tutela dos direitos coletivos e do interesse público, na audiência pública” (GUIMARÃES, 2019, p. 85).

O gráfico a seguir ilustra as audiências públicas presididas pelo MPF que foram descritas no subcapítulo 4.4 da presente dissertação, tendo a Procuradoria da República no Amazonas e a Procuradoria da República em São Paulo sido as Procuradorias que mais realizaram audiências para discutir a problemática da violência obstétrica.

¹⁰⁸ A respeito do Ministério Público resolutivo, teceremos algumas considerações no subcapítulo 4.7.1.

Gráfico 2: Gráfico representando o quantitativo de audiências públicas realizadas pelo MPF, que foram noticiadas no site do MPF (<https://www.mpf.mp.br/>), ilustrando a atuação do MPF em cada Estado



Fonte: elaborado por esta pesquisadora

Em seguida, foram listadas as notícias das audiências públicas encontradas na consulta realizada no site institucional do MPF (<https://www.mpf.mp.br/>), tendo sido proferidos breves comentários sobre o conteúdo abordado em cada uma delas.

4.4.1 MPF e MP/RS debateram humanização no parto em audiência pública¹⁰⁹

Em 21 de agosto de 2014, foi realizada a audiência pública que discutiu medidas de humanização do parto e de prevenção da violência obstétrica no Estado do Rio Grande do Sul. A audiência foi presidida pelas Procuradoras da República Ana Paula Carvalho de Medeiros e Suzete Bragagnolo. Também participou da audiência o Procurador regional da República Paulo Leivas, bem como representantes de ONGs, conselhos, médicos, pais e mães.

Os procuradores da República Ana Carolina Previtalli Nascimento (SP) e Maurício Pesutto (SC) também participaram da audiência, que abordou a necessidade de melhoria na qualidade do atendimento às parturientes, expôs a problemática do

¹⁰⁹ Notícia disponível em <https://www.mpf.mp.br/rs/sala-de-imprensa/noticias-rs/mpf-rs-e-mp-rs-debateram-humanizacao-no-parto-em-audiencia-publica>. Acesso em 31 de janeiro de 2023.

aumento do número de cesarianas e a necessidade de atuação dos Conselhos federais e regionais na fiscalização do exercício da Medicina.

4.4.2 Para MPF/SP, há consenso de que a episiotomia [*sic*] não deve ser usada indiscriminadamente¹¹⁰

Aproximadamente 300 pessoas estiveram presentes no auditório da Procuradoria Regional da República da 3ª Região (PRR-3), em São Paulo/SP, para participarem de audiência pública realizada, no dia 23 de outubro de 2014, para debater a realização de procedimento médico de episiotomia e aspectos ligados à humanização do parto.

Participaram do evento as Procuradoras da República Ana Carolina Previtalli Nascimento e Luciana da Costa Pinto, representantes de entidades hospitalares e de instituições de ensino. Palestras foram proferidas pela médica e professora da Universidade Federal de Campina Grande, Melania Amorim, e pela professora da Faculdade de Saúde Pública da USP, Simone Grilo Diniz. As palestrantes ressaltaram a importância de abandonar as condutas que fizeram parte da formação de muitos médicos obstetras, já que as evidências mais atuais não apoiam os benefícios que eram atribuídos à episiotomia.

Por sua vez, o diretor clínico do Hospital Sofia Feldman (hospital referência em parto humanizado, localizado em Minas Gerais) trouxe dados comparativos de 2011, alertando que, enquanto no Brasil, 74,5% das primíparas sofrem a episiotomia, nos Estados Unidos esse índice é de 18% e, na Inglaterra, de 7,9%.

4.4.3 Violência obstétrica é comum nas maternidades do AM, afirmam mães e profissionais de saúde¹¹¹

Em 23 de novembro de 2015, foi realizada audiência pública pelo MPF e MP/AM, tendo o evento reunido mais de 130 pessoas para discutir a violência

¹¹⁰ Notícia disponível em <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/episiotomia-para-mpf-sp-ha-consenso-de-que-pratica-nao-deve-ser-utilizada-indiscriminadamente>. Acesso em 31 de janeiro de 2023.

¹¹¹ Notícia disponível em <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/violencia-obstetrica-e-comum-nas-maternidades-do-am-afirmam-maes-e-profissionais-da-saude>. Acesso em 31 de janeiro de 2023.

obstétrica e tornar visível esse problema que afeta milhares de mulheres, mas ainda é desconhecido pela maior parte da sociedade. Durante a audiência, uma série de mulheres apresentaram relatos emocionados de VO e foi entregue ao MPF e ao MP/AM uma representação coletiva, contendo o relato de mulheres que também foram submetidas a práticas abusivas durante a gravidez e o parto em hospitais e maternidades de Manaus.

Também fizeram uso da palavra os profissionais da saúde que relataram a falta de infraestrutura das unidades públicas de saúde. Contudo, diante das falas das mulheres presentes na audiência, restou claro que condutas médicas violentas são praticadas também na rede privada, não estando necessariamente ligadas, portanto, à ausência de materiais de trabalho, por exemplo.

4.4.4 MPF/PE e MPPE realizam audiência para discutir violência contra a mulher¹¹²

Em 12 de setembro de 2016, ao MPF em conjunto com o MPE/PE organizaram audiência pública para se discutir a violência contra a mulher, na área da saúde, com a participação de representantes dos órgãos do poder público, da sociedade civil e aberta aos demais cidadãos. A audiência pública foi intitulada “Violência Contra a Mulher e Saúde”. O evento contou com a presença da então Procuradora da República Deborah Duprat.

4.4.5 MPF/AM: Cooperação técnica firmada durante audiência pública busca garantia de direitos contra violência obstétrica no Amazonas¹¹³

A audiência pública realizada pelo Ministério Público Federal no Amazonas e pelo Ministério Público do Estado do Amazonas reuniu, em 18 de novembro de 2016, 160 participantes e contou com a assinatura do Termo de Cooperação Técnica, no

¹¹² Notícia disponível em <https://www.mpf.mp.br/pe/sala-de-imprensa/noticias-pe/mpf-pe-e-mppe-realizam-audiencia-para-discutir-violencia-contra-a-mulher>. Acesso em 31 de janeiro de 2023. Aqui, cabe a observação de que a notícia informa, em 30 de agosto de 2016, a realização de audiência agendada para o dia 12 de setembro do mesmo ano. Não foram encontradas notícias e informações sobre os acontecimentos da audiência pública em tela.

¹¹³ Notícia disponível em <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/mpf-am-cooperacao-tecnica-firmada-durante-audiencia-publica-busca-garantia-de-direitos-contra-violencia-obstetrica-no-amazonas-1>. Acesso em 31 de janeiro de 2023.

qual as instituições federais, estaduais e municipais se comprometeram a atuar na atividade educativa, preventiva e repressiva contra os atos de violência obstétrica. O Termo contou com a assinatura dos seguintes órgãos e instituições: 1- Defensoria Pública do Estado do Amazonas; 2- Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (Susam); 3- Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (Semsam); 4- Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Amazonas (Sejusc); 5- Ouvidoria-Geral do Sistema de Segurança Pública do Estado do Amazonas; 6- Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Amazonas (Coren-AM); 7- Universidade do Estado do Amazonas (UEA); 8- Universidade Federal do Amazonas (Ufam); 9- Defensoria Pública da União (DPU); 10- Ministério Público Federal no Amazonas e 11- Ministério Público do Estado do Amazonas.

No decorrer da audiência pública, a ginecologista/obstetra e professora universitária, Melania Amorim, ministrou palestra alertando sobre condutas que se caracterizam como sendo violência obstétrica, enfatizando ser a violência obstétrica um tipo de violência de gênero e esclarecendo sobre boas práticas na área do parto. Melania repudiou a prática da episiotomia e ressaltou que orienta os seus alunos a não realizarem tal procedimento no parto.

4.4.6 Violência Obstétrica é tema de audiência pública no MPF/AL¹¹⁴

Em 29 de novembro de 2016, realizou-se a primeira audiência pública sobre violência obstétrica no Ministério Público Federal em Alagoas (MPF/AL). No evento, foram ouvidos relatos emocionados de mulheres que foram vítimas de violência obstétrica nas maternidades e hospitais públicos e privados de Maceió.

Os principais relatos consistiram na realização das cesáreas desnecessárias, sendo alegado pela ativista Milena Caramari que o grande problema na assistência ao parto não é a falta de hospitais ou de estrutura. O maior de todos é o atendimento ofertado pelos obstetras. Milena salientou que estudantes de Medicina ainda estão aprendendo a fazer partos de forma errada, aumentando o risco de hemorragia da mãe e de fratura no recém-nascido.

¹¹⁴ Notícia disponível em <https://www.mpf.mp.br/al/sala-de-imprensa/noticias-al/violencia-obstetrica-e-tema-de-audiencia-publica-no-mpf-al> . Acesso em 31 de janeiro de 2023.

Uma outra participante relatou que, em Alagoas, as parturientes são manipuladas como numa linha de montagem e que não podem discordar dos procedimentos adotados. Foram relatadas, igualmente, as situações de desrespeito à Lei do Acompanhante e a resistência que a equipe médica tem em relação a gestantes acompanhadas por doulas.

4.4.7 MPF e MPAM realizam terceira audiência pública sobre violência obstétrica¹¹⁵

A audiência pública realizada no Estado do Amazonas, em 08 de novembro de 2017, reuniu instituições federais, estaduais e municipais. No encontro, destacou-se que, no ano de 2015, foram registradas 17 denúncias de violência obstétrica e que, em 2016, foram 16 denúncias formuladas. Do total de denúncias recebidas, apenas 1(uma) denúncia relatava a falta de infraestrutura nos hospitais e maternidades do Amazonas, o que leva à conclusão de que, no Amazonas, a infraestrutura não é a principal causa para a prática da VO.

4.4.8 Audiência pública discutiu a violência obstétrica na Paraíba¹¹⁶

Em 28 de novembro de 2017, no auditório da sede da Procuradoria-Geral de Justiça, em João Pessoa, a violência obstétrica ocorrida no Estado da Paraíba foi tema de audiência pública presidida pelo Ministério Público Federal e realizada em conjunto com o Ministério Público Estadual, a Defensoria Pública da União e a Defensoria Pública do Estado da Paraíba. Na audiência, o parto humanizado foi discutido pela médica obstetra Melania Amorim, pela enfermeira obstétrica Waglânia Freitas e pela promotora de Justiça da Cidadania de Olinda/PE, Maísa Melo.

No evento, destaca-se a realização da exposição do projeto de Humanização do Parto do Ministério Público de Pernambuco, que teve início, em 2013, com a expedição de uma recomendação para implementação do parto humanizado, tendo sido promovidos seminários envolvendo todos os municípios pernambucanos para

¹¹⁵ Notícia disponível em <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/mpf-e-mp-am-realizam-terceira-audiencia-publica-sobre-violencia-obstetrica>. Acesso em 31 de janeiro de 2023.

¹¹⁶ Notícia disponível em <https://www.mpf.mp.br/pb/sala-de-imprensa/noticias-pb/audiencia-publica-discutiu-a-violencia-obstetrica-na-paraiba>. Acesso em 31 de janeiro de 2023.

discutir a importância do parto humanizado. O MPPE conta com cartilha sobre direitos das mulheres ligados ao parto¹¹⁷ e, na audiência pública, a Promotora de Justiça Máisa Melo explanou que ações implementadas no Hospital de Olinda/PE foram responsáveis pela redução de 52% do índice de episiotomia e de 20% das queixas das mulheres.

4.4.9 Debate sobre o alto número de cesáreas no Brasil é retomado em segunda audiência pública¹¹⁸

Em 04 de novembro de 2018, o Ministério Público Federal de São Paulo promoveu uma segunda audiência pública (a primeira foi realizada em 23 de outubro de 2014) para debater os alarmantes índices de cesárea no Brasil, na tentativa de inverter esse cenário e proporcionar às mulheres um atendimento médico mais humano e respeitoso. A audiência pública foi realizada no Tribunal Regional Federal da 3ª Região.

Durante a audiência, através da fala do Procurador Regional da República Sergio Lauria, o Ministério Público Federal afirmou que a violência obstétrica é um tipo de violência sexual contra a mulher e que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está aquém de uma agência reguladora capaz de cumprir o seu dever. Por sua vez, a Procuradora da República, Ana Carolina Previtalli, que propôs a Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100¹¹⁹, ressaltou que apenas o aumento da remuneração médica (maior para parto normal) não resolverá o problema da violência obstétrica, mas se apresenta como importante incentivo aos jovens que estão ingressando nessa profissão.

Estiveram presentes no evento membros do Conselho Federal de Medicina, da Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo (Sogesp) e da Faculdade de Obstetrícia da USP, além de mães e estudantes de obstetrícia.

¹¹⁷ Cartilha lançada em 2015. Disponível em <https://bancodeprojetos.cnmp.mp.br/Detalhe?idProjeto=1632>. Acesso em 13 de março de 2023.

¹¹⁸ Notícia disponível em <https://www.mpf.mp.br/regiao3/sala-de-imprensa/noticias-r3/debate-sobre-o-alto-numero-de-cesareas-no-brasil-e-retomado-em-segunda-audiencia-publica>. Acesso em 30 de janeiro de 2023.

¹¹⁹ Ação Civil Pública em que se pleiteia a regulamentação dos serviços obstétricos realizados por consultórios médicos e hospitais privados no país, nos quais a taxa de cesáreas chega a 90%.

4.4.10 Audiência pública promovida pelo MPF debate aspectos da violência obstétrica contra mulheres indígenas e negras¹²⁰

O Ministério Público Federal em Dourados/MS promoveu, em 16 de maio de 2019, a audiência pública “Violência Obstétrica: mulheres indígenas e negras por um parto humanizado”. O evento teve a participação de mulheres negras e indígenas da região cone sul do Mato Grosso do Sul, contando com representantes da rede de atendimento à saúde pública, membros da sociedade civil e representantes das etnias Kaiowá, Terena e Guarani.

Durante a audiência, as participantes puderam relatar situações de violência sofridas no cotidiano das comunidades, tendo sido constatado que as situações de violência obstétrica contra gestantes indígenas e negras são invisibilizadas. Apontou-se a necessidade das questões como violência e racismo institucional serem discutidas. Questionou-se: como é atender a diferença dentro do hospital? O que significa cortar corpos negros e indígenas num espaço branco?

No decorrer no evento, foi proferida a monção de repúdio ao despacho do Ministério da Saúde, de 3 de maio de 2019, sobre a abolição do termo “violência obstétrica”.

4.4.11 MPF: audiência pública encerra atividades de enfrentamento à violência obstétrica em Manaus (AM)¹²¹

Em 28 de novembro de 2019, foi realizada audiência pública, presidida pela Procuradora da República Bruna Menezes, na qual se fez um balanço dos principais avanços na conscientização sobre a necessidade de cuidados adequados e atendimento respeitosa a mulheres nas maternidades do Amazonas. Foram destacadas as atividades executadas pelo Comitê de Enfrentamento da Violência Obstétrica do Amazonas, tendo sido destacado o feito de chegar até a zona rural do Estado.

¹²⁰ Notícia disponível em <https://www.mpf.mp.br/ms/sala-de-imprensa/noticias-ms/audiencia-publica-promovida-pelo-mpf-debate-aspectos-da-violencia-obstetrica-contra-mulheres-indigenas-e-negras> . Acesso em 30 de janeiro de 2023.

¹²¹ Notícia disponível em <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/mpf-audiencia-publica-encerra-atividades-de-enfrentamento-a-violencia-obstetrica-em-manaus-am-1> . Acesso em 30 de janeiro de 2023.

As audiências públicas abordadas nesta pesquisa se encontram detalhadas no quadro a seguir, que apresenta a Unidade Federativa de Atuação do Presidente da audiência pública, a data de realização da audiência pública e os principais pontos debatidos no instrumento de atuação extraprocessual.

Quadro 2: Sistematiza os principais pontos debatidos nas audiências públicas presididas pelo MPF, segundo notícias retiradas do site institucional (<https://www.mpf.mp.br/>)

Audiências Públicas Realizadas pelo Ministério Público Federal		
Unidade Federativa de Atuação	Data de Realização da audiência	Principais pontos explanados e debatidos
MPF/RS	21 de agosto de 2014	- Taxas de cesáreas - Fiscalização das Condutas pelos Conselhos Profissionais Regionais - Como melhorar o atendimento prestado às parturientes?
MPF/SP	23 de outubro de 2014	- Episiotomia de rotina
MPF/AM	23 de novembro de 2015	- Dar visibilidade à violência obstétrica para melhor combatê-la
MPF/PE	12 de outubro de 2016	- Dar visibilidade à violência contra a mulher na área da saúde
MPF/AM	18 de novembro de 2016	- Episiotomia de rotina - Foi firmado um Termo de Cooperação Técnica entre o MPF e diversas órgãos/entidades para o combate à VO
MPF/AL	29 de novembro de 2016	- Levantou-se que, em Maceió, a principal causa para a prática da VO não é a ausência de infraestrutura, mas a formação dos profissionais de saúde. Destacou-se a má-atuação dos obstetras; - Desrespeito à Lei do Acompanhante ; - A recusa dos médicos à presença de doulas na cena do parto
MPF/AM	08 de novembro de 2017	- Abordou-se que, no Amazonas, a principal causa de prática de VO é o tratamento dispensado pelos profissionais de saúde às gestantes e parturientes e não a falta de infraestrutura.
MPF/PB	28 de novembro de 2017	- Destacou-se a implementação do Projeto de Humanização do Parto do Ministério Público do Estado de Pernambuco
MPF/SP	04 de novembro de 2018	- Discutiram-se os altos índices de cesáreas do Brasil

MPF/MS	16 de maio de 2019	- Discussão da Violência Obstétrica com recorte racial . A audiência pública foi denominada “Violência Obstétrica: mulheres indígenas e negras por um parto humanizado”; - Houve monção de repúdio ao Despacho do Ministério da Saúde (de maio de 2019) sobre a abolição do termo “violência obstétrica” .
MPF/AM	28 de novembro de 2019	- Levantamento dos feitos do Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica do Estado do Amazonas , com o destaque de que a atuação conseguiu alcançar a zona rural do Estado.

Fonte: elaborado pela pesquisadora

4.5 Ações Cíveis Públicas ajuizadas pelo MPF em decorrência de comprovada violência obstétrica

Primeiramente, imperioso afirmar que a ação civil pública é inserida no ordenamento jurídico brasileiro com a concepção de proteção jurídica de âmbito coletivo. Assim, a ação civil pública surge com o objetivo de assegurar a tutela jurisdicional coletiva, a fim de conferir efetividade aos direitos difusos e coletivos, na tentativa de trazer ao processo civil maior agilidade, na medida em que conseguiria alcançar um maior número de indivíduos, evitando-se a replicação de ações com idêntico conteúdo.

A Ação Civil Pública, disciplinada pela Lei nº 7.347/1985, promulgada no período de transição entre o final da ditadura e a redemocratização, constitui-se em marco importante ao estágio atual do Ministério Público, pois ampliou, consideravelmente, a área de atuação da instituição, atribuindo ao órgão a função de defesa dos interesses difusos e coletivos.

Pedro Lenza (2005) leciona que “o interesse difuso é substancialmente ‘anônimo’, já o coletivo tem como portador um ente representativo de um grupo não ocasional” (p. 66). Oportuno apresentar, também, uma escala de interesses expressa por Mancuso (2004), para compreender a conceituação dos direitos difusos e dos direitos coletivos. O referido autor esclarece que

[...] caminha-se desde os interesses ‘individuais’ (susceptíveis de captação e fruição pelo indivíduo isoladamente considerado), passando pelos interesses ‘sociais’ (os interesses pessoais do grupo visto como pessoa jurídica); mais um passo, temos os interesses ‘coletivos’ (que ultrapassam as esferas anteriores, mas se restringem a valores concernentes a grupos sociais ou

categorias bem definidos); no grau seguinte, temos interesse 'geral' ou 'público' (referido primordialmente à coletividade representada pelo Estado e se exteriorizando em certos padrões estabelecidos, ou standards sociais, como bem comum, segurança pública, saúde pública). Todavia, parece que há ainda um grau nessa escala, isto é, haveria certos interesses cujas características não permitiriam, exatamente, sua assimilação a essas espécies. Referimo-nos aos interesses 'difusos'. (MANCUSO, 2004, p. 86)

A ação civil pública corresponde a um processo civil, pois é voltada para a matéria civil e que, por conseguinte, tramita perante um Juízo cível. Ademais, adiciona-se ao nome da ação o vocábulo "pública" por envolver a ordem pública e os bens que compõem o patrimônio público e discussões de interesse do Estado, indisponíveis por natureza, e, ainda, aquelas de grande relevância para a coletividade considerada como um todo, que são comuns e abrangem expressivas quantidades de pessoas (RIZZARDO, 2014, p.20).

Para Ronaldo Porto Macedo Júnior (2005)

[...] a ação civil pública se tornou um instrumento de política e de influência na gestão das políticas públicas e que, em grande medida, o meio de sua operacionalização se realiza e vivifica por meio de regras de julgamento fundadas em princípios gerais de direito. Significa também que ela se torna um instrumento de luta política, informada e formadora da opinião pública, e não apenas da implementação de direitos patrimoniais. Em tal medida, as ações civis públicas são instrumentos extremamente salutares para dar efetividade aos direitos e garantias previstos na Constituição da República e como forma de se combater o fascismo social descrito por Boaventura de Souza Santos, não devendo o Poder Judiciário se olvidar de sua enorme importância para isto, quando conclamado a intervir para sanar comissões ou omissões do Poder Público ou da iniciativa privada, a fim de concretar os comandos constitucionais (2005, p. 565)

A seguir, serão detalhadas as ações civis públicas encontradas na pesquisa.

4.5.1 Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100 - SÃO PAULO (MPF/SP x Agência Nacional de Saúde Suplementar)

Em 2010, o Ministério Público Federal no Estado de São Paulo moveu uma ação pública em face da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a fim de que a Agência expedisse regulamentação que: a) determinasse às operadoras de plano privado de assistência à saúde que fornecessem a seus beneficiários, a pedido destes e em prazo fixado pela ANS, os percentuais de cesarianas e partos normais efetuados pelos obstetras e hospitais remunerados pela operadora no ano anterior ao

questionamento; b) defina, segundo seus critérios técnicos, um modelo de partograma e estabeleça como documento obrigatório a ser utilizado em todos os nascimentos, como condição para recebimento da remuneração da operadora; c) determine a utilização do cartão da gestante como documento obrigatório; d) determine às operadoras e hospitais que sejam obrigados a credenciar e possibilitar a atuação dos enfermeiros obstétricos no acompanhamento de trabalho de parto e parto; e) crie indicadores e notas de qualificação para operadoras e hospitais específicos para a questão da redução do número de cesarianas e adoção de práticas humanizadoras do nascimento; f) estabeleça que a remuneração dos honorários médicos a serem pagos pelas operadoras seja proporcional e significativamente superior para o parto normal em relação à cirurgia cesariana, em montante a ser definido pela ANS segundo seus critérios técnicos.

A referida Ação Civil Pública foi instruída pelos autos do Procedimento Administrativo nº 1.34.001.004458/2006-98, que, segundo aduzido pelo MPF/SP, teve como finalidade a apuração das causas do elevado número de cesáreas na rede privada de saúde, bem como o estudo de medida para reverter tal quadro. Defende o MPF que constam dos autos danos causados aos consumidores usuários dos planos de saúde.

Atendendo a pedido do MPF, o juiz federal Victorio Giuzio Neto, da 24ª Vara Cível Federal de São Paulo, em 30 de novembro de 2015, julgou procedentes¹²² todos os pedidos formulados pelo MPF/SP, e determinou que a remuneração do parto normal seja, no mínimo, três vezes superior ao da cesárea, como forma de estimular a rede privada de saúde. Concedeu, ademais, a tutela antecipada para que, no prazo de 60 dias, a Diretoria Colegiada da ANS elaborasse minutas de Resoluções Normativas necessárias para a implementação dos pedidos da ação.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) interpôs recurso de apelação contra o MPF. Em consulta pública realizada, tem-se que a Apelação Cível 0017488-30.2010.4.03.6100 ainda aguarda julgamento¹²³, tramitando o cumprimento provisório de sentença sob o nº 5005407-46.2019.4.03.6100.

¹²² A sentença da ação civil pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100 se encontra disponível em: https://www.jfsp.jus.br/documentos/administrativo/NUCS/decisoes/2019/2019-11-11-enfermeiroobstetra_sentenca01.pdf. Acesso em: 06 de maio de 2023.

¹²³ Consulta pública realizada em <https://pje2q.trf3.jus.br/pje/ConsultaPublica>, no dia 07 de maio de 2023.

4.5.2 Ação Civil Pública nº 0001544-95.2016.4.02.5003 – ESPÍRITO SANTO (MPF/ES X União Federal, Estado do Espírito Santo e RGIORI Emergências Médicas Ltda)

Em 2012, o MPF/ES instaurou o Inquérito Civil nº 1.17.003.000227/2012-14, a fim de apurar a atuação estatal nos municípios do norte do Espírito Santo, no cumprimento do 5º Objetivo do Milênio do Programa da Nações Unidas para o Desenvolvimento, que consistia na redução, em três quartos, entre 1990 e 2015, da taxa de mortalidade materna.

No bojo do procedimento, foi requerido ao Serviço de Auditoria do Sistema Único de Saúde no Espírito Santo (SEAUD-ES) a realização de auditorias em todas as Secretarias de Saúde e maternidades dos municípios da Região Norte do estado. Dentre os objetivos das auditorias estavam a verificação de adoção de práticas de humanização do parto e o enfrentamento da violência obstétrica.

Nas primeiras auditorias, já foi possível constatar a inexistência de hospital de alto risco na Região Norte e a prestação insatisfatória do serviço de remoção inter-hospitalar por empresa terceirizada e, por conseguinte, foi instaurado um outro Inquérito Civil: o IC nº 1.17.003.000089/2014-35. As investigações conduzidas pelo *Parquet* federal, apontaram que a prestação do serviço de transporte de urgência, com a contratação da empresa RGIori, sofreu uma piora, tendo em vista que a empresa não investiu em compra de ambulâncias e equipamentos.

Outrossim, após as auditorias realizadas, o MPF/ES recebeu uma representação de uma cidadã residente no município de Jaguaré/ES, a qual noticiou ter sido vítima de inúmeras agressões físicas e psicológicas durante o nascimento de sua filha. Por conseguinte, o MPF/ES determinou a realização de auditorias complementares, voltadas à humanização do parto.

As auditorias complementares apontaram irregularidades em serviços de pré-natal, parto e pós-parto nas unidades de saúde e hospitais, bem como acesso ao transporte de urgência pelas gestantes no âmbito do SUS, tendo o MPF/ES expedido recomendação¹²⁴, a qual não foi atendida pelos responsáveis pelas irregularidades.

¹²⁴ A notícia da recomendação expedida consta do site institucional do MPF, tendo sido brevemente tratada nesta dissertação em tópico anterior. Notícia da recomendação disponível em: <https://www.mpf.mp.br/es/sala-de-imprensa/noticias-es/apos-diagnostico-da-saude-materna-no-norte-do-estado-mpf-es-e-mpes-recomendam-a-sesa-adocao-de-medidas-urgentes>. Acesso em: 30 de janeiro de 2023.

Assim, em 20 de janeiro de 2016, o Ministério Público Federal (Procuradoria da República em São Mateus/ES) ajuizou ação civil pública¹²⁵ em face da União, do Estado do Espírito Santo e da RGIORI Emergências Médicas Ltda., com o objetivo de obter melhorias na atenção à saúde das gestantes e dos recém-nascidos domiciliados no norte do Espírito Santo.

O MPF/ES requereu, liminarmente, que a fosse determinado ao Estado do Espírito Santo o início das tratativas com o setor privado, com o objetivo de contratar pelo menos seis leitos do total de unidades neonatais que seriam criadas em unidade hospitalar privada com fins lucrativos no município de São Mateus. E, caso fosse verificado algum entrave para tal contratação, que fosse determinado ao Estado a contratação de vagas em leitos neonatais na rede privada de saúde sempre que: a) no momento da solicitação da vaga pelo hospital de origem, não houver disponível leito neonatal do Sistema Único de Saúde (SUS) e b) quando o tempo da remoção do recém-nascido for superior a 15 minutos para os casos de urgência/emergência e a 30 minutos nos demais casos.

Requereu, ademais, que o Estado e a empresa contratada para a prestação de serviço de remoção inter-hospitalar disponibilizem, no prazo de 60 dias, pelo menos uma ambulância em cada um dos municípios que sediam os principais hospitais de referência para parto de risco habitual na Região Norte (municípios de Barra de São Francisco, São Mateus e Nova Venécia).

Em relação aos pedidos, pleiteou o Ministério Público Federal a confirmação da tutela antecipada no que cabível e que, caso ainda não tivesse sido implantado o SAMU nos municípios sob jurisdição da Vara Federal, a empresa contratada para o serviço de remoção inter-hospitalar fosse condenada a manter em atendimento ao menos três unidades móveis de saúde distribuídas nos municípios de São Mateus, Nova Venécia e Barra de São Francisco. Outrossim, pleiteou que a União e o Estado do Espírito Santo, solidariamente, fossem obrigados a implantar unidades neonatais na Região Norte em quantidade compatível com os parâmetros fixados pelo Ministério da Saúde, bem como implantar e operacionalizar o SAMU 192 na Região Norte, conforme cronograma a ser apresentado pelos entes públicos.

¹²⁵ Petição inicial da Ação Civil Pública nº 0001544-95.2016.4.02.5003 está disponível em: <https://apps.mpf.mp.br/aptusmpf/protected/download/recuperarIntegraUnico?modulo=0&sistema=portal&etiqueta=PRM-S.MATEUS-MANIFESTA%C3%87%C3%83O-91%2F2016> . Acesso em 30 de janeiro de 2023.

No curso da ação judicial, foi indeferida a tutela antecipada requerida pelo MPF “tendo em vista as propostas de solução apresentadas nesta audiência pelo Subsecretário de Estado da Assistência em Saúde”¹²⁶. Outrossim, a empresa RGIORI deixou de prestar serviços de remoção inter-hospitalar, tendo sido excluída do polo passivo.

Em que pese passados mais de 6 (seis) anos desde a propositura da demanda, o processo ainda não foi sentenciado¹²⁷, tendo o Juízo, em 03 de junho de 2021, deferido a suspensão do feito, a qual foi novamente deferida em 28 de novembro de 2022. É que os entes processados apresentaram cronograma para cumprimento dos requerimentos do *Parquet* federal.

4.5.3 Ação Civil Pública nº 1001350-48.2017.4.01.3200 – AMAZONAS (Ministério Público Federal x União Federal – Hospital Militar de Área de Manaus)

A Ação Civil Pública nº 1001350-48.2017.4.01.3200 foi ajuizada, em julho de 2017¹²⁸, em face da União, tendo em vista que, após procedimento administrativo, ficou constatado que o Hospital Militar de Área de Manaus, sob a justificativa de evitar a ocorrência de infecções hospitalares, optou por restringir a presença de acompanhantes das gestantes submetidas a procedimentos obstétricos cirúrgicos, em violação à lei federal nº 11.108/05 (Lei do Acompanhante).

A ACP, em trâmite na 1ª Vara Federal Cível da Seção Judiciária do Amazonas, o Ministério Público Federal requereu que a União, por intermédio de suas Forças Armadas e, no âmbito das unidades de saúde daquelas Organizações Militares (OM's) que se encontram situadas do Estado do Amazonas, cumpra, de forma efetiva, os dispositivos da Lei 8.080/1990 (Lei do SUS) e, em especial, para o que prescreve a “Lei do Acompanhante” (artigo 19-J e seguintes da Lei do SUS), com a consequente procedência da ação.

¹²⁶ Segundo consta do Agravo de Instrumento interposto pelo MPF, disponível em: <https://apps.mpf.mp.br/aptusmpf/protected/download/recuperarIntegraUnico?modulo=0&sistema=portal&etiqueta=PRM-S.MATEUS-MANIFESTA%C3%87%C3%83O-1099%2F2016>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2023.

¹²⁷ Conforme consulta realizada, em 06 de maio de 2023, na consulta pública do site Justiça Federal do Espírito Santo (jfes.jus.br).

¹²⁸ Conforme notícia do site institucional do MPF, disponível em <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/justica-determina-cumprimento-da-lei-do-acompanhante-em-hospitais-militares-do-am>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2023.

O juízo de primeiro grau¹²⁹, em 02 de junho de 2020, julgou procedente a ação determinando que a União, no âmbito das Organizações Militares que se encontram situadas no Estado do Amazonas, cumpra efetivamente os dispositivos da Lei 8.080/1990 (Lei do SUS), bem como que não oponha embaraços ao cumprimento da chamada Lei do Acompanhante.

Os autos foram remetidos ao Tribunal, tendo em vista a interposição de apelação pela União¹³⁰.

4.5.4 Ação Civil Pública nº 1005413-82.2018.4.01.3200 – AMAZONAS (MPF/AM e Ministério Público do Estado do Amazonas x Estado do Amazonas e União Federal)

Em novembro de 2014, o Ministério Público Federal no Amazonas instaurou o procedimento extrajudicial nº 1.13.000.002093/2014-15, a fim de verificar as medidas adotadas pelo poder público para a garantia do parto humanizado no Amazonas, bem como a apurar a prática de violência obstétrica nos hospitais e maternidades do referido estado.

Tal procedimento extrajudicial teve início a partir de representação apresentada ao Ministério Público Federal no Amazonas, em 2014, pela cidadã Gabriela Repolho de Andrade. A representação narrava atos de violência psicológica e várias omissões ocorridas no atendimento recebido por Gabriela por ocasião do parto de sua filha, em 12 de agosto de 2012. A partir da representação de Gabriela, mais de 50 outros relatos de mulheres que sofreram violência obstétrica foram colhidos, tendo tais vítimas constituído uma Organização Não Governamental: a Humaniza¹³¹, que tem como principal objetivo levar informação às mulheres, promovendo o combate à violência obstétrica.

Com o passar dos anos, no bojo do referido procedimento extrajudicial, foram realizadas audiências públicas, rodas de conversas na rede pública de saúde e em

¹²⁹ Sentença da ACP nº 1005413-82.2018.4.01.3200 disponível em: <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/sentenca-lei-do-acompanhante-hospitais-militares/view> . Acesso em: 20 de fevereiro de 2023.

¹³⁰ Conforme consulta pública realizada no sistema PJe <https://pje1g.trf1.jus.br/consultapublica/ConsultaPublica/listView.seam> . Acesso em 09 de maio de 2023.

¹³¹ A Humaniza Coletivo Feminista é uma Organização Não Governamental, que luta pela erradicação da violência obstétrica, atuando em conjunto com o MPF, MPAM, DPU, Defensoria Estadual do Estado do Amazonas, OAB Amazonas, UFAM, UEA e Secretarias de Saúde Estadual e Municipal. Mais informações sobre a atuação da ONG se encontram disponíveis em <https://humaniza.manaus.br/>, acesso em 13 de outubro de 2022.

universidades e inspeções nas instituições de saúde, tudo com o objetivo de promover a compreensão da temática da violência obstétrica e do parto humanizado, bem como a educação em direitos humanos¹³². Em novembro de 2015, a pedido de Gabriela e de outras vítimas da violência obstétrica, o Ministério Público Federal e o Ministério Público do Estado realizaram a primeira audiência pública sobre a temática no Amazonas.

Um fato que chamou atenção, quando da realização da audiência foi a insensibilidade dos representantes da saúde que compunham a mesa, os quais, após a exposição de mais de 4 horas de relatos das vítimas dos diversos tipos de violência obstétrica por elas sofridos, afirmaram que “não era possível visualizar naquele auditório sequer uma mulher sequelada”, tendo sido possível perceber que as práticas que o grupo de trabalho buscava eliminar estavam entranhadas no atendimento à saúde da mulher oferecido no estado do Amazonas (Comitê Estadual do AM, 2017).

Em 2016, o Ministério Público Federal designou reuniões com entidades que poderiam unir forças, dentro de suas respectivas áreas de atuação, no combate à violência obstétrica. A Defensoria Pública Federal, a Defensoria Pública do Estado do Amazonas, a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania, a Secretaria de Segurança Pública, os Conselhos de Classe, o Movimento Social, as Delegadas da Delegacia da Mulher e as Universidades foram ouvidas pelo *Parquet* federal.

As visitas do Ministério Público às maternidades levaram-no à conclusão de que as negativas aos direitos às gestantes e parturientes eram práticas corriqueiras nas instituições de saúde. Apuraram-se as reiteradas tentativas de

desconstituição do termo violência obstétrica, considerada (*sic*) por médicos obstetras como afrontoso à internação de sua profissão nestes e em diversas outras oportunidades, e à tentativa de desqualificação das recomendações de Boas Práticas no Parto e Nascimento do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, inclusive com o questionamento com relação à utilização do parto natural como método de nascimento mais benéfico para a mulher e à utilização da manobra de Kristeller, hoje formalmente banida como procedimento no parto e nascimento (Comitê Estadual do AM, 2017)

¹³² A síntese do trabalho desenvolvido pelo MPF e demais órgãos e entidades encontra-se disponível no sítio eletrônico <violenciaobstetricanao.mpf.mp.br>. Acesso em 13 de outubro de 2022.

Como forma de enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas, em 18 de novembro de 2016, na segunda audiência pública tendo por pauta o combate à violência obstétrica, firmou-se o Termo de Cooperação entre diversas instituições públicas e privadas, as quais se comprometeram a atuar no combate da violência obstétrica no estado do Amazonas.

Em 28 de novembro de 2018, o Ministério Público Federal, em conjunto com o Ministério Público do Estado do Amazonas, ingressou com a Ação Civil Pública nº 1005413-82.2018.4.01.3200¹³³, contra o Estado do Amazonas e a União Federal, pleiteando que o estado seja obrigado a incluir, nos contratos dos profissionais de saúde contratados, cláusulas claras e explícitas da obrigatoriedade quanto à atualização profissional e quanto à observância de normas regulamentares como diretrizes para a atenção à parturiente e abortante no SUS. Em relação à União, pleiteia o Ministério Público que haja atuação proativa no resguardo à integralidade do direito à saúde da mulher em estado gravídico, puerperal e em situação de abortamento no Amazonas e a reavaliação das maternidades que receberam o selo “Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Amazonas”, em razão das denúncias de violência obstétrica registradas nas unidades de saúde, retirando o selo daquelas unidades, caso demonstrado que o Estado do Amazonas não está garantindo às mulheres o atendimento digno. Ademais, foi requerida a condenação de ambos os entes ao pagamento de danos morais coletivos no valor de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais).

Por oportuno, serão transcritos os seguintes trechos da Ação Civil Pública aqui tratada:

Sem prejuízo de se considerar o informado na formação de sua convicção, o que o Ministério Público verificou foi a resistência dos profissionais médicos trabalharem com os profissionais da enfermagem como uma equipe na Maternidade Balbina Mestrinho, o que ficou bastante claro quando se promoveu inspeção no Centro de Parto Normal da unidade.

Como consta no relatório anexado à presente petição, o Centro de Parto Normal inspecionado possui três suítes para o atendimento de pacientes que detenham condições de saúde que indiquem gravidez de baixo risco e potencial parto vaginal. No local, a enfermagem obstétrica lidera o acompanhamento dos partos, conforme recomendação do Ministério da Saúde, ofertando às mulheres acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor e o apoio de uma estrutura hospitalar em caso da necessidade de intervenção médica.

¹³³ A petição inicial da ação civil pública nº 1005413-82.2018.4.01.3200 encontra-se disponível em: <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/acp-violencia-obstetrica/view> . Acesso em 30 de janeiro de 2023.

Quando da visita, foi informado ao Ministério Público que, tendo em vista que o tempo de recuperação e alta das pacientes que dão à luz pela via vaginal é de 24 horas, a produtiva daquele Centro de Parto Normal era de três partos por dia.

Não obstante, naquele mês da visitação, o local tinha sido utilizado em apenas 10 (dez) partos em razão da resistência de encaminhamento de parturientes para o acompanhamento da enfermagem obstétrica.

Alguns profissionais médicos, na presença da Procuradora da República que subscreve a presente inicial, mostraram-se hostis ao longo da inspeção na unidade quando mencionado o encaminhamento de pacientes ao Centro de Parto Normal. Em diversos momentos, foi apontado que o uso do local representava alto risco à saúde das mulheres e que os médicos acreditavam não serem obrigados a atenderem mulheres dali oriundas em casos de complicações supervenientes ao início do acompanhamento pela enfermagem obstétrica.

Ocorre que os critérios para o encaminhamento de pacientes ao Centro de Parto Normal da Unidade são bastante claros e objetivos, havendo um protocolo a se seguir na triagem da parturiente para a garantia de sua saúde, o que se encontrava exposto nas paredes da área de triagem do Hospital no momento da visita. Havendo um protocolo claro de avaliação de risco, aprovado pela área técnica da saúde estadual, não é compreensível a resistência verificada para o direcionamento de pacientes para o Centro de Parto Normal. (Petição Inicial, p. 15/17)

Na análise das mais de 50 denúncias encaminhadas ao Conselho Regional de Medicina no Amazonas, nenhuma irregularidade foi verificada. Sequer as irregularidades formais em preenchimento de prontuários e receitas com letras ilegíveis, por exemplo, em afronta ao art. 39 do Código de Ética Médica, foram identificadas e combatidas pelo referido conselho profissional, que insiste em afirmar categoricamente que nenhum de seus profissionais é violento (Petição Inicial, p. 36)

Em 23 de agosto de 2019, o Ministério Público Federal no Amazonas e a Universidade Federal do Amazonas (UFAM) celebraram acordo de cooperação técnica com o objetivo, em síntese, de garantir a educação em direitos humanos dos profissionais que prestam atendimento nos serviços de saúde e combate aos atos que caracterizem a violência obstétrica.

Em 21 de outubro de 2021, o Juízo da 3ª Vara Federal Cível da Seção Judiciária do Amazonas proferiu sentença¹³⁴ que condenou o Estado do Amazonas ao pagamento de danos morais coletivos no valor de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) ao fundo de que trata o artigo 13, *caput*, da Lei 7.347/1985, tendo havido ainda a condenação do Estado do Amazonas nos demais pedidos da parte autora. Em relação à União, tendo em vista que foi firmado acordo entre a União e os autores, o Juízo homologou definitivamente o acordo firmado, tendo em vista que a União comprovou a reavaliação das maternidades do Amazonas.

¹³⁴ Sentença nos autos da ACP nº 1005413-82.2018.4.01.3200. Disponível em: <https://trf1.jus.br/sjam/comunicacao-social/imprensa/noticias/justica-federal-condena-estado-do-amazonas-em-acao-sobre-violencia-obstetrica.htm>. Acesso em 29 de janeiro de 2023.

4.5.5 Ação Civil Pública nº 5021263-50.2019.403.6100 (Ministério Público Federal em São Paulo x Conselho Federal de Medicina)

A Ação Civil Pública 5021263-50.2019.403.6100¹³⁵ foi ajuizada, em 06 de novembro de 2019, após instaurado o Procedimento Preparatório nº 1.34.001.008584/2019-36, tendo em vista que não foi atendida a recomendação expedida pelo *Parquet* (Recomendação nº 44/2019, de 25 de setembro de 2019¹³⁶) para revogação de dispositivos da Resolução nº 2232/2019 (em especial artigo 5º, §2º, artigo 6º e artigo 10º), editada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), tem o CFM alegado que a autonomia da mulher deve ser interpretada em conjunto com os direitos do nascituro.

Os dispositivos questionados pelo MPF na ação civil pública são os seguintes:

Art. 5º A recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito.

[...]

§2º A recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto.

Art. 6º O médico assistente em estabelecimento de saúde, ao rejeitar a recusa terapêutica do paciente, na forma prevista nos artigos 3º e 4º desta Resolução, deverá registrar o fato no prontuário e comunicá-lo ao diretor técnico para que este tome as providências necessárias perante as autoridades competentes, visando assegurar o tratamento proposto.

[...]

Art. 10. Na ausência de outro médico, em casos de urgência e emergência e quando a recusa terapêutica trazer danos previsíveis à saúde do paciente, a relação com ele não pode ser interrompida por objeção de consciência, devendo o médico adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica do paciente.

Argumenta o *Parquet* que, muito embora a Resolução em tela não seja relativa à saúde materna, os dispositivos questionados citam a mulher “gestante” e o “abuso de direito” em relação ao feto. No entanto, a expressão “abuso de direito” trazida na Resolução para orientar médicos quanto ao atendimento ao parto desconsidera os limites prescritos pelo artigo 31 do Código de Ética Médica, o qual estabelece ser vedado ao médico “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal

¹³⁵ Petição Inicial da Ação Civil Pública 5021263-50.2019.403.6100. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/acp-cfm>. Acesso em: 29 de janeiro de 2023.

¹³⁶ Tratou-se de recomendação conjunta, tendo em vista que foi formulada e assinada por Procuradores da República ofiçiantes em diversas unidades.

de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”¹³⁷.

Ademais, além de afrontar aos ditames do Código de Ética Médica (notadamente o princípio bioético da autonomia), a Resolução nº 2232/2019 do CFM desrespeita o Código Penal, tendo em vista que o Direito Penal Brasileiro estabelece, no artigo 146¹³⁸ do Código Penal, o crime de constrangimento ilegal, que prescreve que as intervenções médicas ou cirúrgicas só podem ser realizadas sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, nos casos de iminente perigo de vida, previsão que se aplica, pois, ao atendimento à gestação e parto.

Foi requerida tutela de evidência (nos termos do artigo 311 do Código de Processo Civil) e julgamento antecipado do mérito para que:

- a) Seja **revogado o §2º do artigo 5º da Resolução CFM 2232 de 2019**, diante de seu excesso de poder regulamentar e sua infração ao princípio da reserva legal e, ainda, em face de sua contrariedade ao Código de Ética Médica, ao Código Civil, ao Código Penal, aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da legalidade, às Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto do Ministério da Saúde (Portaria MS/SAS nº 353 de 2017), à Convenção de Belém do Pará e às recomendações da Organização Mundial de Saúde para assistência ao parto;
- b) Que, por consequência, **seja declarada a ineficácia dos artigos 6º e 10º da mesma Resolução CFM 2232 de 2019** para a assistência e atendimento ao parto (grifos no original).

Em consulta ao site da Justiça Federal, está disponibilizada a sentença de 1º grau. A sentença de improcedência foi proferida em 11 de maio de 2021, fundamentando a magistrada que “retirar do profissional a possibilidade de realizar uma intervenção sem o respaldo de uma norma expressa, pode inibir eventuais atitudes que salvariam a vida de um bebê”.

¹³⁷ Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2217 de 27/09/2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 28 de janeiro de 2023.

¹³⁸ Art. 146 – Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda: Pena – detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Aumento de pena

§1º - As penas aplicam-se cumulativamente e em dobro, quando, para a execução do crime, se reúnem mais de três pessoas, ou há emprego de armas.

§2º - Além das penas cominadas, aplicam-se as correspondentes à violência.

§3º - Não se compreendem na disposição deste artigo:

- I- a intervenção médica ou cirúrgica, sem consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida;
- II- a coação para impedir suicídio.

O Ministério Público Federal apelou da sentença e o processo foi remetido para o Tribunal em 10 de agosto de 2021¹³⁹.

4.5.6 Ação Civil Pública nº 5026644-10.2019.4.04.7200 – SANTA CATARINA (Ministério Público Federal x Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina)

A Ação Civil Pública nº 5026644-10.2019.4.04.7200, ajuizada pelo Ministério Público Federal, em 08 de novembro de 2019, em desfavor do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, teve como objetivo a anulação da Resolução CRM-SC nº 193, de 26 de agosto de 2019, a qual, em síntese: a) proíbe a participação do médico em partos fora do ambiente hospitalar; proíbe a adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, incluindo o plano de parto, que possam restringir a autonomia médica na tomada de medidas para preservar o binômico materno-fetal, entre outras providências.

Em resumo: a finalidade da ação civil pública ajuizada em face do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina é assegurar o direito da mulher e do nascituro ao parto/nascimento seguro e, ademais, assegurar ao médico o exercício de sua profissão de acordo com o que determina a lei.

Alega o Ministério Público Federal que o modelo de parto extra-hospitalar se encontra previsto nas políticas públicas vigentes no Brasil. E, sendo assim, não pode o CREMESC, na qualidade de Conselho Profissional, proibir o parto domiciliar ou punir os médicos que atuem fora do ambiente hospitalar.

Eis alguns artigos da Resolução nº 193/2019, editada pelo CREMESC em 26 de agosto de 2019:

(...)

Art. 1º É vedada a participação do médico na assistência planejada ao trabalho de parto, parto e assistência imediata ao recém nato fora do ambiente hospitalar.

Art. 2º É vedado ao médico participar de equipes de suporte e sobreaviso a partos planejados fora do ambiente hospitalar.

Art. 3º É obrigatória a notificação ao CRM-SC, pelos médicos assistentes, diretores técnicos e plantonistas de unidades hospitalares, do atendimento a complicações em pacientes submetidas a partos planejados fora do ambiente hospitalar e seus conceitos.

¹³⁹ Conforme “Movimentações do Processo” disponível em: <https://pje1g.trf3.jus.br/pje/ConsultaPublica/DetalheProcessoConsultaPublica/listView.seam?ca=64dd7abd5733cc0f2b9a778b4244c2d44fe644181f99db8a> . Acesso em 17 de fevereiro de 2023.

Art. 4º É vedado ao médico aderir ou subscrever documentos que restrinjam ou impeçam a atuação médica na assistência ao trabalho de parto, parto e ao recém-nascido.

Art. 5º O não cumprimento desta Resolução será considerado infração ética.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação (...)"

Como bem fundamentado pelo MPF, a edição da Resolução 193/2019 do CREMESC viola princípios constitucionais, convenções internacionais (em específico, os preceitos da Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher de 1979), bem como contraria recomendações da Organização Mundial da Saúde e Portarias editadas pelo Ministério da Saúde. Desrespeita, ademais, o direito das mulheres de optarem pelo local e/ou profissional que escolham ter presente no momento do seu parto, além de cercear, arbitrariamente, o direito do profissional médico que, competente e responsavelmente, atue em partos extra-hospitalares.

Ora, o parto domiciliar não é proibido no Brasil e encontra-se previsto pelas políticas públicas vigentes em nosso país¹⁴⁰. Por conseguinte, não pode ser proibido por resolução de conselho de classe profissional.

A sentença¹⁴¹, proferida pelo Juízo da 2ª Vara Federal de Florianópolis, em 15 de dezembro de 2021, expressou que a Resolução CREMESC n.º 193/2019 acabou por tornar o parto domiciliar - que de todo modo segue permitido e sendo praticado à revelia do posicionamento oficial do órgão - ainda mais arriscado e potencialmente prejudicial à vida e à saúde da gestante e do nascituro, os quais passaram a ficar desamparados, sem o devido auxílio do médico, o que revela violação ao princípio da proporcionalidade em sentido estrito.

Vale destacar que a sentença julgou procedente a ação, declarando nula de pleno direito a Resolução CREMESC n.º 193/2019, tendo o CRM/SC, inconformado, apresentado apelação. O magistrado *a quo* entendeu que ao proibir a participação do médico na assistência planejada ao trabalho de parto, parto e assistência imediata ao

¹⁴⁰ Tendo em vista que, como bem ressaltou o MPF na petição inicial da ACP nº 5026644-10.2019.4.04.7200, opõe-se ao disciplinado pelas seguintes portarias do Ministério da Saúde: Portaria nº 1067/05, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica; Portaria nº 1459/2011, que institui a Rede Cegonha; Portaria nº 11/2015, que estabelece Diretrizes para implantação e habilitação de Centros de Parto Normal; Portaria nº 353/17, que aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

¹⁴¹ Sentença disponível em:

https://eproc.jfsc.jus.br/eprocV2/controlador.php?acao=acessar_documento_publico&doc=721639601902940693945013768533&evento=40400623&key=1b2dd6d881db0372a1d1a2e481d3fc3d00e655359c4e55af6d2493f196825e55&hash=1f351441df64807ba9b4cb047f3f8a13 . Acesso em 15 de maio de 2023.

recém nato fora do ambiente hospitalar ao impedir que o médico integre equipes de suporte e sobreaviso a partos planejados fora do ambiente hospitalar, a Resolução CREMESC n.º 193/2019 acabou por inovar no ordenamento jurídico, extrapolando seu poder regulamentar e criando limitação ilegítima ao exercício da profissão sem amparo nas leis de regência. Cabe destacar o seguinte trecho da sentença:

[...] tem razão o MPF ao alegar que que "(...) há a Lei 6.259 de 1975, que estabelece a notificação compulsória de doenças transmissíveis que possam gerar risco à população. Todavia, não há nenhum dispositivo legal que permita que os médicos violem o sigilo a que estão obrigados, 'notificando ao CRM-SC o atendimento a complicações em pacientes submetidas a partos planejados fora do ambiente hospitalar'. Assim, o artigo 3º da Resolução CRM-SC Nº 193/2019, que prevê, de forma ilegal, que o médico deva (obrigatoriedade) comunicar o CREMESC de qualquer atendimento a complicações a pacientes submetidas a partos planejados fora do ambiente hospitalar, sob pena de infração ética, expõe a privacidade das mulheres de forma flagrantemente ilegal, permitindo interferências do Conselho não autorizadas legalmente no atendimento ao parto, ferindo gravemente o princípio bioético da autonomia e os direitos personalíssimos à intimidade e privacidade, podendo causar danos morais de gravidade às mulheres atingidas" (negritou-se)

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina – CRM/SC apresentou apelação e o processo se encontra no Tribunal Regional Federal da 4ª Região.¹⁴²

4.5.7 Ação Civil Pública nº 1015134-24.2019.4.01.3200 - MANAUS (Ministério Público Federal x União – Hospital Militar de Área de Manaus)

A Ação Civil Pública nº 1015134-24.2019.4.01.3200¹⁴³, aqui tratada com alguns detalhes, teve a inicial assinada em 13 de janeiro de 2020 e tramita na 9ª Vara da Seção Judiciária do Amazonas. Trata-se de Ação Civil Pública cujo objetivo é efetivar os direitos das mulheres em estado gravídico e parturientes ao parto natural e à assistência humanizada por meio dos serviços médicos prestados no seio do Hospital Militar da Área de Manaus.

A ACP foi ajuizada, pois o Hospital Militar de Área de Manaus estava se negando a realizar partos normais, tendo, em 2019, realizado 23 (vinte e três) partos

¹⁴² Conforme consulta processual realizada em 17 de maio de 2023, no site: https://consulta.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=consulta_processual_pesquisa .

¹⁴³ Petição Inicial da ACP nº 1015134-24.2019.4.01.3200 disponível em: https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/docs/copy_of_ACPHospitalExercito.pdf/view . Acesso em: 30 de janeiro de 2023.

cirúrgicos e apenas 01(um) parto natural, tendo encaminhado 38 (trinta e oito) mulheres a serviços particulares, dentre as quais 06 (seis) com indicação de parto natural.

O MPF argumentou que a limitação ao acesso das parturientes ao parto natural contraria as diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde, as quais preconizam a humanização do parto, bem como desrespeita a resolução RDC ANVISA nº 36/2008¹⁴⁴.

Os pedidos formulados na ação coletiva foram:

5.2. O deferimento da tutela de urgência pleiteada para:

5.2.1. Determinar que a UNIÃO adote providências para não furtar às grávidas e parturientes que façam jus aos serviços do Hospital Militar de Área de Manaus o acesso isonômico a pré-natal e parto natural humanizado, de forma direta ou por meio de rede conveniada;

5.3. Após regular processamento do feito, a condenação da União Federal para:

5.3.1. Determinar que os hospitais militares, caso optem pela oferta direta de serviços obstétricos e neonatais, ofereçam, além do parto cirúrgico, parto normal e humanizado às parturientes, conforme diretrizes da CONITEC e da RDC 36/2008.

5.3.2. Determinar que se garanta atendimento isonômico a todas as grávidas que sejam atendidas pelo Hospital Militar de Área, sem o que a arquitetura das escolhas da parturiente pode ser viciada.

A sentença prolatada julgou improcedentes os pedidos autorais, restando consignado na sentença que “a simples juntada de estatísticas de partos no HMAM não é suficiente, por si só, para concluir pela ocorrência de violência obstétrica no estabelecimento”¹⁴⁵. Na fundamentação, o juízo de primeiro grau entende que não se pode dizer que o parto normal esteja sendo negado às parturientes apenas com a análise nos altos números de cesáreas no hospital. O Ministério Público Federal apelou da sentença¹⁴⁶.

¹⁴⁴A Agência Nacional de Vigilância Sanitária editou a Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008, que estabelece padrões para o funcionamento de unidades de atendimento e possui observância obrigatória em todos os estabelecimentos de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em: 29 de janeiro de 2023.

¹⁴⁵ Conforme apelação do MPF, disponível em: <https://apps.mpf.mp.br/aptusmpf/protected/download/recuperarIntegraUnico?modulo=0&sistema=portal&etiqueta=PR-AM-MANIFESTA%C3%87%C3%83O-17659%2F2022>. Acesso em 18 de fevereiro de 2023.

¹⁴⁶ Em consulta processual realizada na consulta pública do PJe TRF1, verificou-se que os autos foram remetidos ao Tribunal em 01 de março de 2023. Disponível em: <https://pje1g.trf1.jus.br/consultapublica/ConsultaPublica/listView.seam>. Acesso em 30 de maio de 2023.

4.5.8 Ação Civil Pública nº 5061750-79.2019.4.02.5101 – RIO DE JANEIRO (Ministério Público Federal e DPU x Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro - CREMERJ)

A ação civil pública foi ajuizada pelo Ministério Público Federal e pela Defensoria Pública da União em face do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro – CREMERJ, objetivando decisão que determine a anulação integral e imediata da Resolução CREMERJ nº 293/2019¹⁴⁷, datada de 23 de janeiro de 2019. Tal Resolução proibiu os médicos de observar e atender planos de parto e demais documentos pelos quais a gestante registre as suas disposições de vontade para o seu trabalho de parto.

No caso concreto, entende o Ministério Público : a) que a vedação total ao plano de parto é meio inadequado para o fim de se preservar a liberdade profissional do médico em casos excepcionais de emergência; b) que sacrificar, integralmente, a autonomia da gestante/parturiente é medida excessiva e desnecessária para resguardar essa mesma liberdade profissional e c) que a supressão do direito ao próprio corpo fere a dignidade da pessoa humana e se afigura como solução totalmente desproporcional em face do bem jurídico que, supostamente, busca promover (permitir o livre exercício profissional, livrar os médicos de coações e constrangimentos e proteger a vida de pacientes e bebês).

Sustentam o MPF e a DPU que a Resolução CREMERJ nº 293/2019 viola o artigo 5º, inciso XIII, da Constituição Federal e o Código de Ética Médica (itens VII e VIII), pois restringe a liberdade profissional do médico que queira observar e atender ao plano de parto elaborado pela gestante/parturiente, como também contraria as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto do Ministério da Saúde (Portaria MS/SAS nº 353 de 2017) e as recomendações da Organização Mundial de Saúde para assistência ao parto.

Foi proferida sentença¹⁴⁸ que julgou procedente o pedido dos autores, resolvendo o mérito do processo, a fim de anular a Resolução CREMERJ nº 293/2019.

¹⁴⁷ Resolução CREMERJ nº 293/2019 disponível em: <https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>. Acesso em 28 de maio de 2023.

¹⁴⁸ Sentença se encontra disponível em: <https://www.mpf.mp.br/ri/sala-de-imprensa/docs/pr-ri/sentenca-plano-de-parto.pdf/view> . Acesso em 18 de maio de 2023.

Consignou a sentença que “a prática do ato médico não pode resultar na redução da gestante à qualidade de mera expectadora do procedimento a que estará submetida, abstraindo-lhe a qualidade de sujeito de direitos plenamente capaz que lhe é inerente” e 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”, o que não ocorreu.

Segundo consulta processual no site da Justiça Federal do Rio de Janeiro¹⁴⁹, o processo transitou em julgado em 26 de janeiro de 2022, tendo o TRF da 2ª Região julgado desprovida a apelação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro/RJ.

Quadro 3: Ações Cíveis Públicas noticiadas no site institucional (<https://www.mpf.mp.br/>) objetivando coibir prática de VO

Ações Cíveis Públicas ajuizadas pelo MPF				
Número do Processo	Parte Autora	Parte Ré	Pedidos da ação	Resultado
Autos nº 0017488-30.2010.4.03.6100	MPF/SP	Agência Nacional de Saúde Suplementar	a) fornecimento de percentuais de cesarianas pelas operadoras de plano de saúde; b) estabeleça o partograma como documento obrigatório; c) cartão gestante como documento obrigatório; d) determinar a atuação dos enfermeiros obstétricos no acompanhamento de parto; e) criação de indicadores de humanização;	Sentença totalmente procedente, tendo sido estabelecido pelo Juízo que a remuneração para o parto normal será, no mínimo, 3 (três) vezes superior àquela paga pela cesariana.

¹⁴⁹ Consulta realizada no site <https://eproc.trf2.jus.br> em 29 de maio de 2023.

			f) remuneração superior para os profissionais que assistam o parto normal	
Autos nº 0001544-95.2016.4.02.5003	MPF/ES	-União Federal -Estado do Espírito Santo -RGIORI Emergências Médicas Ltda	a) contratação de, pelo menos, 6 (seis) leitos, do total de unidades que serão criadas em unidade hospitalar com fins lucrativos no município de São Matheus/SP; b) a disponibilização de ambulância em cada um dos municípios que sediam os principais hospitais de referência para parto de risco habitual na Região Norte do Estado.	A tutela antecipada requerida foi indeferida e o processo ainda não foi sentenciado (foi deferida a suspensão do feito para cumprimento de cronograma pela parte ré).
Autos nº 1001350-48.2017.4.01.3200	MPF/AM	União (Hospital Militar de Área de Manaus)	Respeito às disposições da Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/05).	Foi proferida sentença de procedência da ação. Pendente de julgamento a apelação interposta pela União.
Autos nº 1005413-82.2018.4.01.3200	MPF/AM MP/AM	-Estado do Amazonas; -União Federal	a) que o Estado seja obrigado a incluir, nos contratos dos profissionais de saúde, cláusulas claras de atualização profissional; b) que a União reavalie o selo "Iniciativa Hospital Amigo da Criança", pois há maternidades que possuem o selo, mas estão praticando VO; c) condenação ao pagamento de danos morais coletivos de	Foi proferida sentença que julgou procedente os pedidos da parte autora, condenando o Estado do Amazonas ao pagamento dos danos morais coletivos. Em relação à União, tendo em vista que firmou acordo com os autores, tendo a União

			danos morais coletivos no valor de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais).	comprovado a reavaliação do selo.
Autos nº 5021263-50.2019.403.6100	MPF/SP	- Conselho Federal de Medicina	Revogação de dispositivos da Resolução nº 2232/2019 do CFM, que ferem a autonomia da mulher (recusa terapêutica).	Sentença julgou o pedido improcedente. O MPF apelou da decisão.
Autos nº 5026644-10.2019.4.04.7200	MPF/SC	- Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina	Anulação da Resolução CRM-SC nº 193, de 26 de agosto de 2019, que proíbe a participação do médico em partos realizados fora do ambiente hospitalar.	Sentença julgou procedente o pedido. O CRM-SC interpôs apelação.
Autos nº 1015134-24.2019.4.01.3200	MPF/AM	- União Federal (Hospital Militar de Área de Manaus)	Assegurar o parto normal humanizado (o Hospital apenas estava realizando cirurgia cesariana)	Sentença julgou improcedentes os pedidos. O MPF apelou da sentença.
Autos nº 5061750-79.2019.4.02.5101	MPF/RJ DPU	Conselho Federal de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ)	Anulação da Resolução CREMERJ nº 293/2019, de 23 de janeiro de 2019, que proibiu o atendimento das disposições do plano de parto	Sentença julgou procedente os pedidos, tendo o processo transitado em julgado (o Tribunal julgou desprovida a apelação interposta pelo CREMERJ)

Fonte: elaborado pela pesquisadora

4.6 Casos exitosos de atuação do Ministério Público Federal

Após realizar o levantamento da atuação do Ministério Público Federal contra o problema da violência obstétrica, esta pesquisadora se deparou com duas atuações

que entende como exitosas e que poderiam ser replicadas ou adaptadas e adotadas pelas demais Procuradorias da República. As atuações são a do Ministério Público Federal em São Paulo e a do Ministério Público Federal no Amazonas.

Salienta-se que o intuito desta pesquisadora ao expor os referidos casos de atuação (que compreende como positivos) é explicitar as possibilidades de desempenho do MPF no âmbito da tutela coletiva, para a identificação, correção e aplicação de políticas públicas pautadas na adequada e respeitosa assistência à saúde da mulher gestante, parturiente e puérpera e, por conseguinte, evitar casos de violência obstétrica. A seguir, as atividades lideradas pelo Ministério Público Federal em São Paulo e pelo Ministério Público Federal no Amazonas no enfrentamento à referida violência.

4.6.1 A atuação do Ministério Público Federal em São Paulo

“Vemos muito pouca colaboração dos Conselhos de Medicina, que deveriam estar ao lado da sociedade e do Ministério Público, caminhando para atender o que a Organização Mundial de Saúde diz que deve ser feito, mas estão sempre colocando empecilhos, editando Resoluções [...] Esse caminho é um caminho sem volta. E os médicos que não aceitam é melhor mudar de profissão, porque, quando a gente não gosta mais de trabalhar na nossa profissão, do jeito que ela tem que ser desempenhada, a gente procura outro caminho [...]” (Ana Carolina Previtalli Nascimento)¹⁵⁰

A Procuradoria da República em São Paulo foi responsável pela instauração do primeiro inquérito civil, no âmbito do Ministério Público Federal, para investigar a violência obstétrica ocorrida em algumas maternidades da região. Trata-se do Inquérito Civil nº 1.34.001.007752/2013-81.

Registre-se que, antes do IC nº 1.34.001.007752/2013-81, o MPF já havia ingressado com a Ação Civil Pública nº 17488-30.2010.403.6100, que, muito embora não tratasse expressamente da questão da violência obstétrica, diz respeito às cirurgias cesarianas e à disponibilização pela ANS de melhores condições de

¹⁵⁰ Fala da Procuradora da República Ana Carolina Previtalli Nascimento, que atuou em diversos procedimentos relativos ao combate à violência obstétrica na Procuradoria da República em São Paulo. Disponível em: <https://open.spotify.com/episode/6ZEnzwQaMVxKHELifh7f> . Acesso em 30 de abril de 2023.

nascimento via parto normal. Atualmente, após anos debatendo o tema, as cesarianas realizadas contra a vontade da mulher são enquadradas como forma de VO.

Foram quatro anos de negociação antes de propor a Ação Civil Pública nº 17488-30.2010.403.6100 contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e depois mais quatro anos para ser proferida a sentença, tendo o Ministério Público Federal conseguido que a ANS permita que os consumidores usuários de planos de saúde privados obtenham informação adequada na prestação de serviços médicos obstétricos. É por conta da atuação do MPF que as mulheres podem ligar para o plano de saúde e pedir o índice de cesariana do médico que irá fazer o parto¹⁵¹.

Após a atuação do MPF, através de compromisso firmado entre o *Parquet* e os gestores do programa Parto Seguro (da Prefeitura de São Paulo), houve a apresentação de melhora nos indicadores de parto adequado, tais como: queda no número de episiotomias e reformulação das fichas de atendimento para permitir maior controle das unidades de saúde quanto à realização de atos invasivos, como uso de acesso venoso, lavagem intestinal, aplicação de ocitocina sintética para induzir o parto e rompimento da bolsa. Ademais, houve a promoção de oficinas de capacitação e treinamento de profissionais de saúde acerca da atenção humanizado do parto. No que diz respeito à taxa de episiotomias, tem-se que, em abril de 2014, o Programa Parto Seguro havia notificado a média de 40% de episiotomias por mês e, em junho de 2014, apontou-se uma taxa reduzida para 22,07% ¹⁵².

A Procuradora da República Ana Carolina Previtalli do Nascimento, em entrevista para o *Podcast Sessão Aberta*, da Assessoria de Comunicação do Ministério Público Federal em São Paulo, afirmou que as principais formas de violência denunciadas à PRSP são: agressões verbais; a negligência durante o atendimento ao parto; o uso rotineiro da ocitocina (utilizada para acelerar o trabalho de parto); a episiotomia; a utilização da Manobra de Kristeller; a posição de litotomia obrigatória; o descumprimento à Lei do Acompanhante; a questão das cesarianas (mulheres que queriam o parto normal, mas foram incentivadas pelos profissionais de

¹⁵¹ O índice de cesariana alto é um indicativo de que o profissional dificilmente prestará assistência a um parto normal. A esse respeito consultar a notícia no site do MPF, disponível em <https://www.mpf.mp.br/sc/sala-de-imprensa/noticias-sc/procuradora-da-republica-aborda-casos-de-violencia-contra-mulheres-no-momento-do-parto> . Acesso em 28 de maio de 2023.

¹⁵² Segundo consta de notícia extraída do site do MPF, disponível em <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/29-08-14-apos-firmar-compromisso-com-mpf-prefeitura-de-sp-melhora-atendimento-a-gestantes-e-realizacao-de-partos-1> . Acesso em 25 de maio de 2023.

saúde a realizar a cirurgia cesariana e casos de mulheres que necessitavam de uma cesárea, mas foram negligenciadas) (SESSÃO ABERTA, 2020).

Ao ser perguntada pelo apresentador do *Podcast* como vem ocorrendo a atuação no Ministério Público Federal em São Paulo, a Procuradora da República respondeu que, no âmbito de atuação da PRSP, todas as maternidades “denunciadas” foram oficiadas e visitadas, tendo sido, inclusive, realizadas reuniões. Afirmou que o Ministério Público Federal conseguiu monitoramento de taxa de episiotomia e da taxa de soro (ocitocina)¹⁵³, tendo trabalhado em conjunto com a Secretaria de Saúde do Estado, através de indicadores de Humanização. Explicou que, em 2020 (ano da entrevista), o MPF estava envidando esforços para que as maternidades disponibilizarem os quartos PPPs, para que as mulheres não necessitem de deslocamento entre o pré-parto, o parto e o pós-parto imediato¹⁵⁴.

A Procuradora da República declarou, ainda, que, com a atuação do MPF, houve uma melhora em relação à resposta das maternidades, desde o acompanhamento e divulgação das taxas de episiotomia, de aplicações de ocitocina, até no empenho em adequar os ambientes para proporcionar um atendimento humanizado (SESSÃO ABERTA, 2020, 22’). No entanto, ressaltou que a maior dificuldade no combate à violência obstétrica é a resistência dos médicos e Conselhos Profissionais, que exercem uma Medicina autoritária, sem entender que a protagonista do parto é a mulher, bem como entram no embate com outros profissionais da saúde, rejeitando, por exemplo, a condução de partos de baixo risco por enfermeiros ou se negando a aceitar planos de parto e a escolha da mulher pelo parto domiciliar.

Foi resultado da atuação do Ministério Público Federal em São Paulo, através da Recomendação nº 29/2019 PRSP, nos autos do Inquérito Civil nº 1.34.001.007752/2013-81, o reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, da liberdade do uso do termo violência obstétrica¹⁵⁵, expressão questionada pelas entidades

¹⁵³ Na entrevista, a Procuradora da República expressa que, antes da atuação do Ministério Público Federal, ninguém nas maternidades tinha acesso a dados de episiotomias realizadas ou de aplicação de ocitocina de rotina, tendo que, inicialmente, buscar ficha por ficha. Afirma que, após a atuação do MPF, a um monitoramento dessas taxas e de indicadores de Humanização.

¹⁵⁴ PPP é uma sigla que corresponde a “pré-parto, parto e pós-parto”. Um quarto PPP, portanto, seria aquele equipado para receber e acompanhar a parturiente durante esses três estágios, contendo todos os equipamentos de apoio ao trabalho de parto, oferecendo um espaço confortável e humanizado. Os PPPs estão previstos em RDC da ANVISA.

¹⁵⁵ O contexto da expedição da Recomendação nº 29/2019 PRSP foi tratado no subcapítulo 4.2.9.

médicas e pelo próprio Ministério. Na recomendação, o MPF/SP expressou que negar o uso do termo violência obstétrica e recomendar sua abolição é desconsiderar as orientações de Organização Mundial de Saúde sobre o tema.

Foram realizadas audiências públicas para discutir o alto índice de cesáreas, expedidas inúmeras recomendações, realizadas visitas em maternidades, propostas algumas ações civis públicas, sendo certo que houve o predomínio da atuação extrajudicial do Ministério Público Federal no Estado de São Paulo no combate à violência obstétrica. A atuação do *Parquet* trouxe mudanças importantes para a assistência ao parto na região e o MPF/SP centra o debate da VO na informação, tendo a Procuradora da República Ana Carolina Previtalli se posicionado publicamente contra a criminalização da violência obstétrica¹⁵⁶

4.6.2 A atuação do Ministério Público Federal no Amazonas

“Minha atuação no enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas ampliou minha percepção quanto ao potencial do MPF na tutela coletiva. Apreendi e aprendo muito com as diversas instituições e organizações sociais que fazem parte do Comitê e, se eu sempre acreditei que a defesa de direitos é papel de todos, hoje eu tenho a certeza de que uma atuação interinstitucional plural e bem coordenada pode pensar e construir boas soluções para casos difíceis” (Bruna Menezes, Procuradora da República)¹⁵⁷

Em 2014, a Procuradoria da República no Amazonas recebeu uma representação de uma cidadã que narrava maus tratos e omissões sofridos por ela ao longo de seu trabalho de parto em uma maternidade privada do Município de Manaus. Aparentemente, tratava-se que um caso individual, que se destinaria a um provável arquivamento¹⁵⁸. No entanto, a Procuradora oficiante, para além de encaminhar a

¹⁵⁶ Em audiência pública realizada pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, em 09 de novembro de 2018, a Procuradora da República se posicionou contra a criminalização e afirmou que o Código Penal já prevê as punições para os atos de VO. Consta da ata da mencionada audiência pública que “a tipificação seria muito difícil e causaria distanciamento do debate”. Disponível em https://www.mpdft.mp.br/transparencia/arquivos/audiencias/20181109_Ata.pdf. Acesso em 18 de maio de 2023.

¹⁵⁷ Fala da Procuradora da República Bruna Menezes Gomes da Silva, que atuou na Procuradoria da República no Amazonas e oficiou em inúmeros procedimentos no combate à violência obstétrica. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/procuradora-da-republica-bruna-menezes-e-indicada-ao-premio-viva-2020>. Acesso em 22 de abril de 2023.

¹⁵⁸ Lembremos que não cabe ao Ministério Público tutelar direitos individuais que sejam de interesse exclusivamente particular, sem repercussão no meio social. É que, nesses casos, o próprio interessado deve ajuizar ação, assistido por advogados ou por defensores públicos.

cidadã à Defensoria Pública, atuou esclarecendo-a sobre a importância de coletar mais denúncias de outras mulheres, com a finalidade de engrossar o movimento pela tutela do direito violado, tendo o MPF determinado a abertura do Procedimento Administrativo nº 1.000.002093/2014-15 para verificar mais informações sobre a assistência prestada às mulheres nos serviços de saúde do Amazonas (SILVA, 2019, p. 134).

No procedimento administrativo nº 1.000.002093/2014-15, o MPF oficiou ao Ministério da Saúde, às Secretarias de Saúde e às maternidades públicas para que apresentassem dados referentes ao cumprimento da Lei nº 11.108/2005 (Lei do Acompanhante), bem como possíveis denúncias de violência obstétrica registradas em suas respectivas ouvidorias. Ademais, a Agência Nacional de Saúde (ANS) e as maternidades particulares da região foram oficiadas para apresentarem as mesmas documentações. Vieram aos autos do procedimento administrativo documentos que atestavam a adequação do atendimento prestado às mulheres.

Antes de minutar a promoção de arquivamento, o Ministério Público Federal recebeu novamente a representante da denúncia de violência obstétrica, Gabriela Repolho, juntamente com a organização social pela humanização do parto no Amazonas, as quais solicitaram a realização de uma audiência pública para debater o tema violência obstétrica, o que foi deferido pela Procuradora oficiante (SILVA, 2019, p. 134).

Realizada na sede do Ministério Público Federal, em 2015, a audiência pública contou com quase 150 participantes, dentre eles vítimas de VO, profissionais do direito e da área da saúde e representantes de órgãos governamentais, tendo sido proferidos inúmeros relatos de violência obstétrica, tendo chamado a atenção do MPF o fato de que os profissionais de saúde participantes daquela audiência terem, após os relatos, muitos dos quais comoventes, terem afirmado que não era possível visualizar no auditório “sequer uma mulher com sequelas da malfadada violência obstétrica” (SILVA, 2019, p. 135). Considerou-se, portanto, estar diante da falta de empatia dos profissionais de saúde que atuavam no Amazonas, bem como de uma provável banalização de práticas violentas na assistência no parto e pós-parto, o que viria a ser confirmado com o aprofundamento das investigações por parte do *Parquet* federal.

Após a audiência pública, realizada em novembro de 2015, o Ministério Público Federal expediu recomendações com providências objetivas a serem tomadas por parte dos hospitais privados, pelo sistema de saúde, por universidades e por conselhos de classe, tendo promovido diversas reuniões com entes públicos e privados que poderiam auxiliar na construção de uma rede de enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas. Foram, também, realizadas rodas de conversas em todas as maternidades públicas em Manaus, contando com a participação de gestores, profissionais de saúde e pacientes¹⁵⁹.

Importante aduzir que o MPF constatou que, no Amazonas, a causa principal do tratamento inadequado dispensando às gestantes e parturientes são as deficiências na formação dos profissionais de saúde. Com a realização de visitas nas Universidades, o MPF verificou a reprodução de práticas retrógradas e contrárias às normas de humanização do parto por parte dos professores e preceptores. Era preciso, pois, desconstruir as práticas violadoras de direitos, reformulando o modelo de assistência (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL NO AMAZONAS, 2019, p. 76).

As inúmeras reuniões realizadas entre o MPF e entes públicos acabaram por resultar na assinatura do Termo de Cooperação Técnica (TCT) para enfrentamento da violência obstétrica no Amazonas. O Termo de Cooperação foi firmado pelo MPF, pelo movimento Humaniza Coletivo Feminista, pela Defensoria Pública da União, pela Defensoria Pública do Estado do Amazonas, pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, pela Secretaria de Justiça e Cidadania do Amazonas, pela Secretaria de Segurança Pública, pelo Ministério Público do Estado do Amazonas, pela Universidade Federal do Amazonas, pela Universidade do Estado do Amazonas, pelo Conselho Regional de Enfermagem e pela OAB, todos os entes assumindo obrigações para o combate à VO no Estado do Amazonas. Corrêa *et al* (2022) esclarece que:

O TCT foi pensado como uma forma de comprometimento das instituições que possuem algum potencial de atuação no enfrentamento à violência obstétrica, seja na prevenção ou na repressão posterior à violação, seja na avaliação e adequação das políticas públicas oferecidas no estado. Foi firmado como um instrumento norteador inicial para que todas as instituições apresentassem oficialmente, perante os signatários e a sociedade, as formas pelas quais atuariam em defesa dos direitos das mulheres, de acordo com seus potenciais e suas atribuições específicas. Cada instituição pode detalhar

¹⁵⁹ Conforme notícia institucional disponível em <https://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/mpf-am-vai-as-universidades-debater-violencia-obstetrica>. Acesso em 10 de fevereiro de 2023.

seu planejamento e encaminhar ao MPF, ficando assim definido quais seriam suas ações e atividades para o enfrentamento coordenado na violência obstétrica (CORRÊA *et al*, 2022, p. 211-212)

Deve ser destacada a atuação humanista da Procuradora da República oficiante, que, diante de representação de cunho aparentemente individual da cidadã Gabriela Repolho de Andrade, que sofreu, no parto de sua filha, tratamento ofensivo praticado por profissionais de saúde de um hospital particular, ao invés de optar pelo arquivamento de pronto, decidiu por aprofundar o entendimento na problemática denunciada, por vislumbrar hipótese de grave violação de direitos humanos e possível repercussão coletiva dos fatos narrados, determinando a instauração de procedimento administrativo investigativo. Atuou aqui o Ministério Público Federal como verdadeiro facilitador da resolução do conflito denunciado, dando voz à cidadã Gabriela e, posteriormente, às mulheres amazonenses violentadas no momento do parto.

Em 2016, surge o Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica no Amazonas. O Comitê surgiu por iniciativa do MPF, tendo dado origem a uma rede de apoio mútua para a articulação e implementação de ações conjuntas que resguardem os direitos das mulheres durante o pré-parto, parto e pós-parto, entre elas a aprovação de lei estadual contra a violência obstétrica (Lei nº 4848, de 3 de julho de 2019).

O modelo de assistência e enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas, já reconhecido e premiado em 2019 pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, tem como principal característica o contato direto com as vítimas, através da escuta e do acolhimento do sofrimento dessas mulheres. “É a abertura do poder público para o movimento social e, sobretudo, é a participação ativa de cada pessoa que representa sua instituição, com celeridade, presteza e engajamento via pactuação coletiva” (CORRÊA *et al*, 2022, p. 223).

A síntese da atuação do Ministério Público Federal no Amazonas e dos demais órgãos e entidades que compõem o Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica no Amazonas se encontra disponível no site <violenciaobstetricanao.mpf.mp.br>. Outrossim, encontra-se no site institucional o e-book “Memórias e Histórias do Ministério Público Federal”¹⁶⁰ que traz o enfrentamento da violência obstétrica e, especificamente, a criação da rede de combate à violência obstétrica como uma das atuações de destaque da Ministério Público Federal no Estado do Amazonas.

¹⁶⁰ Disponível em: ebook-memoriasehistorias-mpfam . Acesso em 30 de maio de 2023.

Por oportuno, um estudo quantitativo, exploratório e documental, realizado no período de janeiro a abril de 2018 por Martins *et al* (2022), no qual foram analisadas 43 (quarenta e três) “denúncias” de atos que configurariam violência obstétrica, demonstrou a existência de notícias de fato sobre violência obstétrica praticada em unidades prestadoras de serviços de saúde. Essas unidades, públicas e privadas, estão compreendidas tanto em Manaus, quanto no interior do estado do Amazonas. No entanto, os autores observaram uma maior prática de violência contra as gestantes e parturientes nas instituições da capital e da rede pública:

Os dados sugerem duas hipóteses: ou essas instituições recebem número maior de público (paciente/cliente), o que propicia um número maior de denúncias, ou os serviços das instituições estaduais estão irregulares, desatualizados e inadequados. Já a presença de denúncias de ocorrências de violência obstétrica em instituições privadas pode sinalizar um problema de atuação profissional, refutando um possível argumento de que a violência obstétrica é exclusivamente um problema estrutural do serviço público.

[...]

Referente aos profissionais que aparecem como denunciados por violência obstétrica, foi constatado que 28 (46,7%) eram médicos; 17 (28,3%) enfermeiros; 8 obstetras (13,3%); 2 (3,3%) médicos pediatras; 2 (3,3%) técnicos de enfermagem; 1 (1,7%) enfermeiro obstetra; 1 (1,7%) assistente social; e 1 (1,7%) sem identificação da classe profissional. (MARTINS *et al*, 2022, p. 71)

O referido estudo conclui no mesmo sentido do diagnosticado pela atuação do Ministério Público Federal: no Amazonas, a principal causa da prática de violência obstétrica é institucional e se evidencia na formação inadequada dos profissionais de saúde da mulher. É que, “nas universidades nota-se a supremacia do ensino das competências técnicas em detrimento da valorização da discussão sobre os valores éticos e o cuidado em saúde, o que possibilita a naturalização do uso do corpo da mulher como instrumento de aprendizagem” (MARTINS *et al*, 2022, p. 71)

Figura 13: Tabela representando o número de “denúncias” e a frequência relativa com que cada violência obstétrica foi “denunciada” ao MPF em Manaus/AM

Tabela 2. Distribuição de técnicas e ações. Manaus (BR), Brasil, 2018

Técnica denunciada	Nº de denúncias	Frequência relativa
Agressão/humilhação verbal	19	65,5%
Proibição do acompanhante	12	41,4%
Descaso e abandono	10	34,5%
Falta de respeito	8	27,6%
Constrangimento e humilhação	8	27,6%
Episiotomia rotineira	7	24,1%
Ameaça e coação	7	24,1%
Cesárea por conveniência do profissional	5	17,2%
Negação ou demora pela cesárea	5	17,2%
Agressão física	5	17,2%
Manobra de Kristeller	5	17,2%
Uso de medicamentos sem permissão ou esclarecimento à paciente	4	13,8%
Atendimento inadequado ou atendimento negado	4	13,8%
Ambiente inadequado para prestar serviços	4	13,8%
Negação de analgésico	3	10,3%
Restrição de água e/ou alimentos	3	10,3%
Abuso de poder	3	10,3%
Toques ginecológicos contínuos ou sem aviso prévio	3	10,3%
Intervenções sem aviso prévio	3	10,3%
Restrição de escolha do local do parto	2	6,9%
Cobrança ilegal de pagamento	2	6,9%
Situação de abandono	2	6,9%
Falta de esclarecimento	2	6,9%
Peregrinação em busca de vaga	2	6,9%
Risco à vida (esquecimento de item hospitalar dentro do corpo)	1	3,4%
Restrição de posição de parto	1	3,4%
Não realização de sutura da laceração	1	3,4%
Preconceito e discriminação	1	3,4%
Intervenção dolorosa	1	3,4%

Fonte: MARTINS et al, p. 72.

Desde 2018, o Ministério Público Federal no Amazonas participa da iniciativa “21 dias de ativismo pelo Fim da Violência contra as mulheres”, uma campanha anual e internacional que objetiva a divulgação de informações e a adoção de medidas de combate à violência contra a mulher e, na Procuradoria da República no Estado do Amazonas, o foco tem sido a violência obstétrica.

4.7 Algumas considerações sobre os instrumentos utilizados pelo MPF: Ministério Público resolutivo x Ministério Público demandista

4.7.1 O Ministério Público demandista

O Ministério Público passa por uma fase transicional, a qual não exige, necessariamente, reformas legislativas, bastando para a atualização institucional a interpretação recontextualizadora das normas constitucionais e legais que definem

sua estrutura, seus objetivos e atribuições. Na fase transicional por qual o órgão passa, dois modelos se apresentam de forma concreta: o Ministério Público demandista e o Ministério Público resolutivo. O demandista que se revela anacrônico e em processo de superação. Já o modelo resolutivo está em construção (GOULART, 2021, p. 221)

Tem-se que o embate entre os modelos ocorre nas três principais áreas de atuação do MP: criminal, cível e de interesses difusos. O Ministério Público demandista, em síntese, seria aquele que transfere as soluções das demandas para o Poder Judiciário e, até o advento da Constituição de 1988, era o modelo que sobressaía.

Na seara criminal, o modelo demandista é predominantemente individual e tem por objetivo o combate pontual do crime e a condenação de seu autor, desconsiderando o contexto social do fato e suas interconexões. Aqui, o papel do Ministério Público é passivo, restringindo-se ao protocolo de denúncias e ao acompanhamento da instrução processual, que, em geral, reproduz o conjunto de provas coletadas em sede policial. Por sua vez, no modelo resolutivo, o membro oficiante assume um papel ativo desde a fase de investigação, produzindo diretamente as provas e/ou exercendo o controle das diligências e atos praticados pela autoridade policial, combatendo-se a criminalidade como fenômeno difuso (GOULART, 2021, p. 221).

Na esfera cível, a atuação do Ministério Público demandista restringe-se ao processo judicial, no qual o membro oficiante ora atua como órgão agente (propondo ações civis públicas), ora como interveniente (fiscal da ordem jurídica). Aduz Goulart (2021) que, no modelo demandista,

O inquérito civil é reduzido a simples instrumento de coleta das provas necessárias ao ajuizamento de ação civil pública. Transfere-se para o Poder Judiciário a solução de todas as questões de natureza transindividual postas ao Ministério Público. No modelo *resolutivo*, o Ministério Público leva às últimas consequências o princípio da autonomia funcional, priorizando a solução direta das questões que lhe são postas pela sociedade. Com essa perspectiva, o inquérito civil transforma-se em instrumento de resolução de casos, objetivando, de forma imediata, o ajustamento de conduta e outras formas de composição que atendam ao interesse social. Deve partir para o ajuizamento de ação civil pública apenas quando esgotadas todas as possibilidades de solução negociada. A disputa judicial, nesse novo modelo, deve ser encarada como objetivo mediato do Ministério Público na esfera cível, mormente na tutela dos interesses transindividuais.

[...] Na esfera cível, assume o papel de agente político que lhe foi confiado pela sociedade, superando a perspectiva meramente processual de suas

intervenções. Ao politizar sua atuação, ocupa novos espaços, habilita-se como negociador e indutor de políticas públicas, age integradamente e em rede com os demais sujeitos políticos coletivos nos mais diversos níveis – local, regional intraestatal, estatal, regional supraestatal e global (GOULART, 2021, p. 222-223)

Em Eduardo Gambi (2017), podemos observar uma distinção entre o que ele chama de Membro de Gabinete e Membro de Fato na defesa dos interesses sociais. O Membro de Gabinete seria aquele que desempenha uma atuação passiva e burocrática, não se preocupando com a discussão positiva e com uma solução dialogada entre os envolvidos. Esse membro não possui interesse em manter um canal aberto com a sociedade, não desenvolve trabalho com planejamento estratégico e proatividade e seu relacionamento com as entidades governamentais e com a sociedade civil é frio e distante.

Por sua vez, o Membro de Fato sabe fazer uso dos procedimentos extrajudiciais como intermediador e catalisador de soluções entre a sociedade e o Poder Público, atuando em rede de cooperação, ocupando o posto de articulador, buscando sempre a melhor solução negociada para os interesses em jogo. Organiza e realiza visitas regulares aos diversos nichos da sociedade civil, tem a atuação preventiva como destaque para evitar as lesões aos direitos sociais e provoca o Poder Judiciário com extrema racionalidade, apenas quando esgotadas as possibilidades de resolução extrajudicial da questão, e após a reunião de um amplo acervo probatório (GAMBI, 2017).

Atualmente, parte da doutrina entende que o Ministério Público necessita de um momento histórico de construção de uma nova realidade, independente da alteração de lei ou da Constituição. Tal momento histórico se dará com a mudança cultural no seio da Instituição e com a elaboração de técnicas e estudos que possam fazer com que o Ministério Público priorize a mais significativa tutela jurídica do Estado Democrático de Direito: a tutela preventiva (ALMEIDA, COSTA e ALVARENGA, 2019, p. 198).

A mesma doutrina afirma que a atuação do órgão no Brasil é predominantemente repressiva “que se dá em grande parte em momentos patológicos da conflituosidade social. A prova disso é a atuação criminal, que por natureza é repressiva. De que adianta punir criminalmente sem compreender, por intermédio de estudos e de dados estatísticos, as causas dessa criminalidade?” (ALMEIDA, COSTA e ALVARENGA, 2019, p. 199).

Na seara coletiva, o Ministério Público deveria priorizar a atuação preventiva, na tentativa de evitar a violação dos direitos sociais. E mesmo quando atua judicialmente, o MP tem como atuar de forma preventiva: no ajuizamento de ações civis públicas de tutela inibitória, evitando-se, dessa forma, a prática do ilícito e sua continuidade.

Sabe-se que o volume de trabalho acaba por estimular o ajuizamento prematuro de ações, que se constitui numa forma mais célere de liberação de casos distribuídos aos membros do Ministério Público, reduzindo o papel de agente político e de transformação social do MP e realçando o papel de agente processual.

Certo é que os membros e servidores do Ministério Público, tanto no modelo de atuação demandista quanto no modelo de atuação resolutiva, devem ser treinados para a resolução humanizada das controvérsias e conflitos que lhes são postos.

4.7.2 O Ministério Público resolutivo

A compreensão do verdadeiro significado do termo “Ministério Público Resolutivo” necessita de um olhar conjunto sobre a atuação do *Parquet* quanto à tutela do regime democrático, da ordem jurídica e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. É que, sob o aspecto resolutivo, quaisquer definições doutrinárias ou correntes voltadas para a atuação ministerial que se apoie em apenas um dos referidos elementos, será reduzida e, por conseguinte, falha (GUIMARÃES, 2019, p.50).

Leciona Goulart (1998), que o Ministério Público resolutivo deve ser uma instituição independente do Poder Judiciário e apta a resolver, em seu próprio âmbito institucional, de forma prioritária, as demandas trazidas pela sociedade. Tais demandas se encontram intimamente ligadas aos direitos coletivos, difusos e individuais homogêneos, tais como o meio ambiente, consumidor, saúde pública, infância e juventude, deficientes, comunidades indígenas, violência de gênero, entre outros.

Leciona, ainda, que o Ministério Público resolutivo teve origem da sua separação doutrinária em dois modelos: o demandista e o resolutivo. O uso da expressão MP resolutivo pressupõe o Ministério Público como um órgão que “consiga efetivamente resolver as questões que lhe são postas pela sociedade” (GOULART,

1988, p. 112). Embora, nesta pesquisa, tenhamos observado uma atuação extrajudicial mais ampla que a judicial, a doutrina tem considerado que o Ministério Público resolutivo ainda se encontra em processo de construção na ordem jurídica nacional¹⁶¹.

Inicialmente, a atuação do Ministério Público na tutela dos direitos de grupo (difusos e coletivos) ocorria apenas no âmbito judicial, com a propositura das ações civis públicas. No entanto, com o avançar dos anos, a tutela de tais direitos passou a ser entendida pelos próprios membros como mecanismo de promoção e inclusão social, tendo aqueles passado a atuar na própria instância institucional com bastante efetividade, por meio da utilização de instrumentos alternativos à judicialização (GUIMARÃES, 2019, p. 49).

Quando da realização do 7º Congresso Brasileiro de Gestão do CNMP, em setembro de 2016, houve a aprovação da Carta de Brasília, caracterizada como documento de acordo de resultados, firmada entre a Corregedoria Nacional e as Corregedorias das unidades do Ministério Público. O referido documento foi assinado com o objetivo de modernizar o controle das atividades extrajudiciais do Ministério Público e, assim, viabilizar a atuação resolutiva. A Carta estabelece que os mecanismos de atuação extrajudicial são plurais e não taxativos, podendo o membro atuar através de audiências públicas, termos de ajustamento de conduta, inquéritos civis, reuniões com as partes e entidades públicas e privadas, recomendações, palestras e, inclusive, o atendimento ao público (que, muitas vezes, é o primeiro contato que o cidadão tem com o Ministério Público).

Em 2017, considerando a relevância da resolutividade institucional, o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) expediu a Recomendação nº 54, disciplinando a Política Nacional de Fomento à Atuação Resolutiva do Ministério Público brasileiro. A Recomendação estabeleceu que cada ramo do Ministério Público deverá adotar medidas administrativas e normativas que impulsionem a atuação resolutiva dos membros e a cultura institucional de resultados (artigo 1º). Dentre as medidas previstas na Recomendação, destaca-se a que dispõe que cada unidade do Ministério Público adotará mecanismos que incentivem a realização de audiências públicas, reuniões e pesquisas (artigo 10).

¹⁶¹ Sobre a temática, conferir Leisa Mara Silva Guimarães, na obra Ministério Público Resolutivo no enfoque do acesso à Justiça.

Embora a Recomendação tenha sido um avanço, ela traz em seu teor o entendimento de que a atuação resolutiva pode se dar tanto no âmbito extrajudicial quanto no judicial, o que diverge de boa parte da doutrina, que entende que a atuação resolutiva do Ministério Público se dá na esfera institucional do órgão (extrajudicial, portanto). É que, embora já seja lugar comum falar em lentidão do Judiciário, é preciso reforçar que, no que diz respeito aos direitos coletivos, a situação é ainda mais alarmante.

Ressaltamos que uma ação civil pública, via de regra, será materializada em diversos volumes (ou IDs, levando-se em consideração o sistema PJe) e, tendo em conta que, atualmente, os magistrados estão submetidos às cobranças de metas numéricas do Conselho Nacional de Justiça por produtividade, não se pode ignorar a possibilidade de os juízes releguem tais ações, pois, como se mede a produtividade em termos numéricos, a atuação judicial numa ação civil pública, normalmente volumosa e complexa, representa o mesmo que a atuação numa ação mais simples, não se tomando atrativo o julgamento das ACPs para as metas de produtividade a que estão submetidos os juízes brasileiros (GUIMARÃES, 2019, p. 56-57).

Assim, entende-se que um Ministério Público resolutivo irá priorizar a atuação extrajudicial, sendo a via judicial a *ultima ratio*. Inclusive, do atual Planejamento Estratégico do Ministério Público Federal infere-se a intenção institucional voltada ao engrandecimento da atuação extrajudicial, no intuito de instituir um papel proativo, preventivo e voltado à resolutividade. O Plano estratégico estabelece como um dos objetivos “o aprimoramento da resolutividade das ações cíveis e penais interpostas pelo MPF (êxito da demanda judicial, da execução da sentença e do resultado social alcançado)” (MPF, 2022, Mapa Estratégico Interativo).

Em relação à atuação do MPF nas demandas relativas à violência obstétrica, constatou-se a predominância dos instrumentos extrajudiciais, principalmente quando foram analisadas a atuação da Procuradoria da República em São Paulo e da Procuradoria da República no Amazonas. Nessas Procuradorias, foi possível perceber o manejo de audiências públicas para discussão do alto índice de cesáreas e para dar voz às vítimas de violência obstétrica.

A Procuradoria da República em São Paulo, por meio da atuação extrajudicial, visitou e notificou maternidades e, com o apoio da Secretaria de Saúde do Estado,

conseguiu mapear as taxas de episiotomia e de uso rotineiro de ocitocina, combatendo essas formas de violência obstétrica.

Observou-se, no trabalho desenvolvido na PR/AM, a postura proativa do MPF, quando realizou visitas nos hospitais amazonenses, participou de rodas de conversas com mulheres e profissionais de saúde, fundou o Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica, bem como quando adentrou nas Universidades para entender a formação daqueles profissionais.

Figura 14: Mapa mental das diferenças entre o MP Demandista e o MP Resolutivo



Fonte: adaptado de Marcelo Pedroso Goulart. Disponível em: https://cnmp.mp.br/portal/images/Congresso/8congresso/Marcelo_01.pdf. Acesso em 25 de maio de 2023.

A seguir, serão conceituados alguns dos instrumentos, que já são utilizados pelo Ministério Público com o objetivo de fomentar a resolutividade institucional. Tem-se que, no que se refere à atuação no combate à violência obstétrica, esta pesquisadora não trouxe exemplos concretos da utilização de todos os instrumentos que aqui serão explanados, devido à limitação de resultados no site institucional e à natureza sigilosa de boa parte dos inquéritos civis sobre a temática.

4.7.2.1 O atendimento ao público

Aqui, trata-se de atendimento ao público realizado pelo próprio membro do Ministério Público, indelegável ao analista e demais servidores do órgão e se

caracteriza como um canal de fácil acesso ao cidadão, independentemente de sua condição social ou econômica. “No exercício do atendimento ao Público, o *parquet* recorrerá não apenas ao arcabouço jurídico, mas a toda sua formação cultural e humanista, com o fim de fazer prevalecer os direitos sociais” (GUIMARÃES, 2019, P. 87).

Entretanto, devido às dificuldades de escuta inerentes à nossa sociedade, como também devido ao elevado número de processos sob a responsabilidade do membro, somado à grande quantidade de pessoas que procuram o Ministério Público com demandas que não guardam relação com as atribuições da instituição, foi criada, pela Portaria PGR/MPF nº 412, de 5 de julho de 2013, no Ministério Público Federal, a Sala de Atendimento ao Cidadão.

A Sala de Atendimento ao Cidadão é responsável pelo atendimento inicial ao público, realizando a coleta de representações iniciais ou notícias de irregularidades; pedidos de informações processuais a respeito da localização dos procedimentos instaurados pelo MPF; pedidos de vistas e cópias de autos e emissão de certidões de distribuição e localização de procedimentos extrajudiciais e denúncias. O atendimento é feito via internet, através do site de Sala de Atendimento ao Cidadão (<https://www.mpf.mp.br/servicos/sac>) ou, presencialmente, de acordo com o horário de funcionamento de cada Procuradoria.

4.7.2.2 O Inquérito Civil

O inquérito civil foi conceituado por Mazzilli (2001) da seguinte forma:

O inquérito civil é um procedimento administrativo investigatório a cargo do Ministério Público: seu objeto é a coleta de elementos de convicção que sirvam de base à propositura de uma ação civil pública para a defesa de interesses metaindividuais – ou seja, destina-se a colher elementos de convicção para que, à sua vista, o Ministério Público possa identificar ou não a hipótese em que a lei exige sua iniciativa na propositura de alguma ação civil pública. (MAZZILLI, 2001, p.403)

O Inquérito Civil é procedimento administrativo de uso exclusivo pelo Ministério Público, tendo a Lei nº 7.347/85 (Lei da Ação Civil Pública) previsto que a União, os Estados, os Municípios, as autarquias, as sociedades de economia mista, as empresas públicas, as fundações e as associações civis podem propor a ação civil pública, porém não podem utilizar o inquérito civil, valendo-se, portanto, de outros

meios para recolher elementos para a propositura da ação civil pública. Por oportuno, afirme-se que o IC não se caracteriza apenas como instrumento para coleta de provas para possível propositura de ACP, tendo a *práxis* institucional conferido ao IC caráter resolutivo. Tanto é que Recomendações são expedidas no bojo do Inquérito Civil e muitos Termos de Ajustamento de Conduta são celebrados no âmbito do IC.

Críticas doutrinárias são tecidas à ausência de prazo para o encerramento do inquérito civil, notadamente após a nova disposição constitucional inserida pela Emenda Constitucional nº 45/04, no inciso LXXVIII, do artigo 5º da CF/88. No entanto, apesar de considerarmos importante uma duração razoável do procedimento administrativo, entendemos que, ainda mais importante, é atuar com efetividade na resolução das demandas complexas e de interesse de um número elevado de pessoas.

4.7.2.3 A audiência pública

A disciplina das audiências públicas se encontra na Lei nº 8.625/93 (especificamente no artigo 27, inciso IV), revestindo-se as audiências públicas de verdadeiros instrumentos para o diálogo democrático direto entre membros dos Ministérios Públicos e cidadãos e apresentando três finalidades básicas: 1) a educação democrática; 2) modo de formular políticas institucionais e 3) prestação de contas públicas à sociedade (MACÊDO, 2020, p.156).

A primeira finalidade significa dar voz ao cidadão. A segunda consiste em ser meio pelo qual o membro oficiante toma conhecimento das especificidades dos problemas que afligem a população, o que lhe permite estabelecer as prioridades que melhor satisfaçam e resolvam as demandas sociais, conferindo legitimidade às decisões do *Parquet*. Por último, a terceira finalidade diz respeito à prestação de contas do órgão à sociedade, uma vez que, no diálogo que na audiência pública propicia, acaba por haver a publicidade dos atos e decisões do Ministério Público, dando transparência à atuação (MACÊDO, 2020, p. 156-157).

A audiência pública se caracteriza como um novel espaço público destinado à articulação dos interesses da comunidade, notadamente os interesses sociais e individuais, com o próprio Estado. Guimarães (2019) ressalta que a audiência pública se reveste de grande intensidade democrática, pois facilita a participação irrestrita da

população em temas que lhes são caros e, na opinião da autora¹⁶², é o principal instrumento do Ministério Público resolutivo. Prossegue a autora defendendo que

Na realização de audiência pública, há oportunidade de discutir problemas sociais relevantes para determinada comunidade e avançar em soluções conjuntas conforme a realidade vivenciada no momento e no local. O Ministério Público não é o autor da audiência pública, mas sim um *facilitador* de resolutividade a ser elaborada pelos próprios indivíduos. Por outro lado, os indivíduos também são colaboradores do Ministério Público quanto à tutela dos direitos coletivos e do interesse público, na audiência pública (GUIMARÃES, 2019, p. 85).

4.7.2.4 O termo de ajustamento de conduta

No âmbito do Ministério Público o termo de ajustamento de conduta ou compromisso de ajustamento de conduta foi primeiramente regulamentado na Resolução nº 23/07 do Conselho Nacional do Ministério Público. Em 2017, o CNMP emitiu a Resolução nº 179, que disciplinou o compromisso de ajustamento de conduta como sendo “instrumento de garantia dos direitos e interesses difusos e coletivos, individuais homogêneos e outros direitos de cuja defesa está incumbido o Ministério Público, com natureza de negócio jurídico que tem por finalidade a adequação da conduta às exigências legais e constitucionais, com eficácia de título executivo extrajudicial a partir da celebração” (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2017)

No compromisso de ajustamento de conduta, o Ministério Público é chamado de compromitente e a parte contrária (pessoa física, pessoa jurídica, grupo de indivíduos, o Próprio Poder Público) recebe a denominação de compromissária. No instrumento, serão estabelecidas as obrigações assumidas pela compromissária com a finalidade de reparar, evitar ou fazer cessar a prática de danos aos direitos tutelados pelo MP. O compromisso de ajustamento de conduta ou Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) é benéfico tanto para o compromitente, quanto para o compromissário, pois evita a judicialização e todo o desgaste financeiro e emocional de uma demanda judicial. Por conseguinte, o Poder Judiciário passa a ser espaço excepcional de atuação do Ministério Público (GUIMARÃES, 2019, p. 81).

¹⁶² Concordamos com a autora quando ela defende que a audiência pública é o principal instrumento do Ministério Público resolutivo.

4.7.2.5 A recomendação

Apesar de não ter sido prevista no texto constitucional, conforme já explanado em subcapítulo anterior, a recomendação foi devidamente disciplinada em textos infraconstitucionais (a exemplo da Lei Orgânica do Ministério Público da União). É considerada um instrumento típico da função *ombudsman* ou defensor do povo e, muito embora não tenha caráter vinculante, “impõe uma reflexão ao administrador público e uma possibilidade de refazer sua atuação em conformidade com a proteção dos direitos de dimensão coletiva” (GUIMARÃES, 2019, p. 82).

Trata-se de providência que pode ser tomada em autos do procedimento administrativo, toda vez que o Ministério Público concluir que a autoridade deve ser alertada a tomar alguma providência para resolver a inadequação ou a falha na prestação do serviço público ou relevância pública, evitando-se a via judicial (ALMEIDA, 2011, p. 198). E, caso a recomendação não seja atendida ou a autoridade pública não explicitar as razões políticas ou jurídicas de sua decisão, um dos caminhos a serem tomados pelo *Parquet* é o ajuizamento da ACP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação especificamente às mulheres, infere-se que, primeiramente, surgiram os instrumentos de direitos humanos voltados às questões relativas à nacionalidade e ao reconhecimento de direitos civis e políticos. Em seguida, destacaram-se como eixos temáticos para o desenvolvimento de uma proteção específica à violência e à discriminação contra as mulheres.

A Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW - 1979), ratificada pelo Brasil em 1984, e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará - 1994), ratificada pelo Brasil em 1996, apresentam-se como importantes instrumentos normativos de proteção dos Direitos Humanos das Mulheres e, por conseguinte, aliados no combate à violência obstétrica, que se caracteriza como aquela ocorrida durante o parto, mas também no pré-parto e puerpério.

Acerca do parto, utilizando-se os ensinamentos de Diniz (2005), foram apresentados dois sentidos para a humanização da assistência que, em termos gerais, quer dizer respeitar a individualidade da mulher, ao permitir a adequação da assistência segundo a cultura, as crenças, os valores e as diversidades de opinião da parturiente. A primeiro sentido consiste naquele pautado na medicina ou na assistência baseada na evidência, caracterizado pela prática apoiada nas revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, em oposição à prática orientada pela opinião e tradição. O segundo sentido, por sua vez, consiste na humanização do parto como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (pautado na autonomia e no respeito aos direitos humanos). O movimento pela humanização do parto surge, no Brasil, no final da década de 1980, em resposta ao parto medicalizado e cheio de violências.

A violência obstétrica é um tipo complexo de violência, pois se estabelece no âmbito individual, no institucional e no estrutural e atinge as mulheres no pré-parto, durante o parto e no pós-parto imediato. Trata-se de prática reconhecida internacionalmente e culturalmente incorporada ao cotidiano de profissionais e de vítimas. Portanto, para seu enfrentamento, faz-se necessária uma atuação sistêmica e disseminada para o maior número possível de órgãos e entidades, as quais devem

implementar atividades educativas para a prevenção e repressão de atos antijurídicos contra as mulheres.

No decorrer do trabalho, observou-se que os operadores do Direito fazem confusão entre o erro médico e a violência obstétrica, sendo necessário que não se admitam justificativas para as agressões psicológicas contra as mulheres gestantes, parturientes e puérperas, pois a ótica para se avaliar e julgar os casos de violência obstétrica deve ser a da perspectiva de gênero e a do respeito aos direitos humanos, afastando-se da lógica consumerista e civilista da responsabilidade civil.

Defendeu-se, na presente dissertação, um conceito mais amplo de violência obstétrica, de modo a abarcar o tratamento desumanizado e o desrespeito da autonomia da mulher em relação ao próprio corpo. Entendo que a esterilização compulsória e os abusos praticados em situações de abortamento devam ser considerados como formas de VO, bem como que os agentes da violência não se limitam a profissionais de saúde ou gestores hospitalares, de modo que operadores de direito (magistrados e membros do Ministério Público) possam ser enquadrados como autores de violência obstétrica.

A pesquisa empreendida nesta dissertação permite formular algumas conclusões sobre a atuação do Ministério Público Federal no enfrentamento à violência obstétrica e na defesa do direito da mulher ao parto respeitoso. Primeiramente, ressalte-se que os instrumentos de atuação identificados e abordados são apenas uma amostra daqueles efetivamente utilizados pelo Ministério Público Federal no combate à violência obstétrica. A seguir, as conclusões serão apresentadas e detalhadas.

A questão da violência obstétrica é séria e verificamos que é tratada em vários procedimentos investigativos instaurados pelo Ministério Público Federal. Após levantamento no site institucional (<https://www.mpf.mp.br/>), foram analisadas 46 (quarenta e seis) recomendações, 11 (onze) audiências públicas e 8 (oito) Ações Civis Públicas, com os objetivos: a) de observar como o MPF entende a violência obstétrica; b) de analisar qual a argumentação utilizada pelo *Parquet* federal para assegurar à mulher o direito ao parto respeitoso e c) de verificar qual o tipo de atuação predominante (judicial ou extrajudicial) e, assim, d) responder ao questionamento: como o Ministério Público Federal tem agido no combate à violência obstétrica?

As Procuradorias da República que atuam nessa temática interpretam a VO como violência de gênero, caracterizada pelo desrespeito a opções informadas da gestante, parturiente e puérpera e capaz de deixar sequelas físicas e psicológicas nas vítimas. Conclui-se que, apesar da ausência de lei federal disciplinando a violência obstétrica e a humanização do parto, o Ministério Público Federal dispõe de instrumentos normativos suficientes para enfrentar a violência obstétrica, fundamentando suas petições e recomendações em dispositivos constitucionais, na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW – 1979), na Convenção de Belém do Pará (1994), nas Recomendações da Organização Mundial de Saúde, na Lei 8.080/90, em portarias do Ministério da Saúde e em outros instrumentos normativos do próprio Ministério da Saúde, da ANVISA e do CONITEC.

Não se nega que a promulgação de lei federal que conceitue e preveja sanções às práticas de violência obstétrica se revestiria, no mínimo, de um valor simbólico, bem como auxiliaria na identificação da violência. No entanto, conforme foi exaustivamente exposto, o Brasil é signatário de tratados e convenções que repelem qualquer tipo de violência contra a mulher e garantem o respeito aos direitos reprodutivos.

É preciso fazer uso de tais instrumentos de direito internacional que, inclusive, já foram incorporados ao ordenamento jurídico brasileiro por meio da ratificação. Como estímulo ao uso nas petições e manifestações ministeriais de acordos e protocolos e demais documentos internacionais de direitos humanos, temos a recente edição da Recomendação nº 96, de 28 de fevereiro de 2023, do Conselho Nacional do Ministério Público, que recomenda aos ramos e às unidades do Ministério Público a observância dos tratados, das convenções e dos protocolos internacionais de direitos humanos, das recomendações da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, bem como da jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Com relação ao objeto principal da pesquisa, foi possível verificar que a atuação do Ministério Público Federal ocorre tanto por via extrajudicial, quanto por via judicial (ações civis públicas), não tendo sido observada a performance criminal do *Parquet* em relação à matéria, pois, na busca realizada (bibliográfica e no site institucional), não foram encontradas ações penais ou procedimentos investigativos criminais.

Ao coletar os documentos no site do MPF, observou-se uma predominância numérica dos mecanismos extrajudiciais de atuação, na medida em que foram encontradas 46 (quarenta e seis) recomendações, 11 (onze) audiências públicas e apenas 8 (oito) Ações Civis Públicas¹⁶³. Por conseguinte, conclui-se que o Ministério Público Federal possui atuação mais voltada ao campo extrajudicial. Destaca-se, assim, uma atuação resolutiva do *Parquet* federal, nos moldes da definição trazida por Goulart (2021) e Guimarães (2019), na qual o Poder Judiciário passa a ser espaço excepcional de atuação do Ministério Público.

Os resultados coletados indicam que o *Parquet* federal entende que o enfrentamento à VO deve ocorrer, prioritariamente, com a disseminação de informações baseadas nas melhores evidências científicas. Dessa forma, o órgão combate uma Medicina autoritária, pois defende que o conhecimento técnico, inerente ao exercício da Medicina, deve ser utilizado prioritariamente para a informação da mulher, que deve ser orientada sobre quais as medidas e os procedimentos mais adequados ou imprescindíveis para a proteção da vida e da saúde tanto da gestante quanto do bebê.

Da análise geral do teor das recomendações expedidas pelo MPF, é possível concluir que o principal problema na assistência à saúde da gestante, parturiente e puérpera não é a falta de estrutura e equipamentos nos hospitais e maternidades. Embora não se possa negar que a VO ocorra, também, por ausência ou inadequação de estrutura nas entidades hospitalares, são o exercício autoritário da Medicina, o corporativismo da categoria e a ausência de capacitação dos profissionais de saúde os principais causadores e perpetuadores da violência obstétrica.

Nas audiências públicas catalogadas, o MPF abordou questões significativas como o alto índice de partos cirúrgicos (MPF/RS, MPF/SP); episiotomia de rotina (MPF/SP, MPF/AM); o desrespeito à Lei do Acompanhante e à recusa da presença de doulas na cena do parto (MPF/AL). Foram, também, realizadas audiências públicas como forma de disseminação de informações sobre a violência obstétrica (MPF/AM, MPF/PE, MPF/PB, MPF/MS), tendo, inclusive, a audiência pública presidida pelo Ministério Público no Estado do Mato Grosso do Sul (MPF/MS) abordado a VO sob a perspectiva racial (violência obstétrica praticada em mulheres negras e indígenas).

¹⁶³ Frise-se que foram encontrados resultados para Inquérito Civil (instrumento extrajudicial de atuação), descartados pela inviabilidade de análise qualitativa.

Nos momentos em que o Ministério Público Federal necessitou acionar o Judiciário para corrigir os problemas relativos à assistência ao parto, as principais condutas combatidas foram aquelas praticadas por Conselhos Profissionais (Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina e Conselho Federal de Medicina do Rio de Janeiro) e pela União (demandada em 4 (quatro) das 8 (oito) ACPs analisadas). Da leitura dos pedidos das 8 (oito) ações civis públicas, tem-se que, em 7 (sete) delas, a violência obstétrica combatida ocorreu por comportamento dos médicos, respaldados pelos Conselhos Profissionais e pela ANS.

Durante a construção deste trabalho, esta pesquisadora se deparou com duas atuações no enfrentamento à violência obstétrica que entende como exitosas e que, por conseguinte, poderiam ser replicadas ou adaptadas pelas demais Procuradorias da República. As atuações são a do Ministério Público Federal em São Paulo e a do Ministério Público Federal no Amazonas.

A Procuradoria da República no Estado de São Paulo foi responsável pela instauração do primeiro inquérito civil sobre violência obstétrica no âmbito do Ministério Público Federal. No decorrer das investigações empreendidas, maternidades foram oficiadas e inspecionadas, recomendações foram expedidas, e audiências públicas foram presididas. Ademais, foram propostas as ações civis públicas nº 0017488-30.2010.4.03.6100 (MPF/SP x ANS) e nº 5021263-50.2019.403.6100 (MPF/SP x CFM).

A atuação do MPF/SP resultou em parceria com as Secretarias de Saúde do Estado de São Paulo e do Município de São Paulo, o que contribuiu para a implantação do monitoramento das taxas de cesáreas, episiotomia e uso rotineiro de ocitocina. É também um resultado positivo da atuação do MPF/SP o fornecimento da taxa de cesáreas do médico credenciado pelo plano de saúde, o que possibilita às gestantes a obtenção de dado objetivo para escolha do médico obstetra.

Em 2019, após o Ministério da Saúde do Brasil baixar uma determinação no sentido de que se abolisse dos documentos oficiais, das políticas públicas e das normas relacionadas ao tema, o uso da expressão violência obstétrica, o MPF/SP agiu prontamente e expediu recomendação para que o Ministério da Saúde esclarecesse, por meio de nota, que “violência obstétrica” é uma expressão já consagrada nos documentos legais e científicos e que, em vez de proibir o uso do termo, atuasse

contra a prática da referida violência. Na sequência, o Ministério da Saúde retratou-se formalmente.

A Procuradoria da República no Amazonas, por sua vez, possui uma atuação de enfrentamento à violência obstétrica caracterizada por ser em rede, validada pela assinatura do Termo de Cooperação Técnica assinado pelos entes públicos componentes do Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica no Amazonas, o qual surgiu por iniciativa do Ministério Público Federal. Além disso, foi através do apoio do Comitê que o movimento social obteve a promulgação da Lei nº 4.848/2019, que define o que é violência obstétrica e dispõe de condutas inaceitáveis para o atendimento ao pré-natal, parto, pós-parto e abortamento das mulheres assistidas no estado do Amazonas.

Ressalta-se que todas as ações da Procuradoria da República do Estado do Amazonas partiram da análise de uma singular representação, que narrava omissões e maus tratos praticados em uma mulher ao longo de seu trabalho de parto. É que a atuação ministerial, dando voz às mulheres, acatou o pedido de audiência pública, a fim de diagnosticar os problemas da assistência ao parto no Amazonas. A partir da audiência pública presidida pelo MPF, realizada em 2015, com a participação de quase 200 pessoas e o relato de diversas vítimas, possibilitou-se o debate profundo sobre a violência obstétrica no ambiente acadêmico e no Judiciário, resultando em rápida intervenção coordenada para salvar vidas de mulheres e bebês.

É salutar, pois, que os membros do Ministério Público Federal não se conformem e se acomodem com as soluções tradicionais que sejam limitadoras dos direitos humanos das mulheres. Nos exemplos de atuação das Procuradorias da República de São Paulo e do Amazonas temos que as soluções mais adequadas foram aquelas horizontalizadas, que aproximaram o Ministério Público da população. Foram promovidas audiências públicas, rodas de conversas, realizadas visitas e inspeções nas maternidades dos referidos estados. Os membros saíram de seus gabinetes e buscaram soluções para além da judicialização, a qual apenas foi adotada como última medida. Assim, o Ministério Público Federal adota uma postura de verdadeiro transformador da realidade social e caminha rumo ao modelo resolutivo de atuação.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Lei 8.130, de 07 de agosto de 2019. Altera a Lei Estadual nº 7.873, de 21 de março de 2017, e dá outras providências. Disponível em: https://sapl.al.al.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2019/1639/lei_no_8.130_de_7_de_agosto_de_2019_1.pdf . Acesso em: 03 de janeiro de 2023.

ALAGOAS. Lei nº 7.873, de 21 de março de 2017. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. Disponível em: https://sapl.al.al.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2017/1289/1289_texto_integr_al.pdf . Acesso em: 03 de janeiro de 2023.

ALBUQUERQUE, Aline. **Direitos humanos dos pacientes**. Curitiba: Juruá, 2016.

ALMEIDA, Gabriela Lima Valença. O uso do termo violência obstétrica na jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP). In: MONTEIRO, Claudia Lima *et al* (org.). *Olhares contemporâneos sobre direitos humanos e fundamentais*. Deerfield Beach: PEMBROKE COLLINS Editorial Board, 2023, p. 465/470, ISBN 979-8-88670-059-6.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; LEAL, Livia Teixeira. O dever de informação na relação médico-gestante como forma de garantia da autonomia existencial no parto. In: CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de (Coord.). *Violência Obstétrica em Debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

ALMEIDA, Gregório Assagra de; COSTA, Rafael de Oliveira; ALVARENGA, Samuel. Ministério Público como função essencial à Justiça na tutela dos direitos ou interesses coletivos. In: VITORELLI, Edilson (Org.). *Manual de Direitos Difusos*. Salvador: Editora JusPodivm, 2ª edição, rev., atual. e ampl., 2019

ALMEIDA, Silvio. **O que é o racismo estrutural?** Belo Horizonte: Editora Letramento, 2018.

AMAZONAS. Lei nº 4.848, de 03 de julho de 2019. Dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde do Estado do Amazonas. Disponível em: https://legisla.imprensaoficial.am.gov.br/diario_am/12/2019/7/199 . Acesso em: 03 de janeiro de 2023.

AMORIM, Melania. Estudando Episiotomia. 07 ago. 2012. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/estudando-episiotomia.html>. Acesso em 05 de outubro de 2022.

ARRUZZA, Cinzia; BHATTACHARYA, Tithi; FRASER, Nancy. **Feminismo para os 99%: um manifesto**. São Paulo: Boitempo, 2019.

ARTEMIS. Violência Obstétrica. Disponível em: <https://www.artemis.org.br/violência-obstétrica> . Acesso em 05 de dezembro de 2022.

BARROS, Fernando C. *et al.* *Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration*. *BMJ Open*, doi: 10.1136/bmjopen-2018-021538, Agosto de 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/8/e021538> . Acesso em 07 de janeiro de 2023.

BARROS, Marcus Aurélio de Freitas. **Dos litígios aos processos coletivos estruturais: novos horizontes para a tutela coletiva brasileira**. Belo Horizonte, São Paulo: D'Plácido, 2021.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A OMS e a epidemia de cesarianas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 18, n.2, 2018, p. 5-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/7DhKbXd9M4VKnzVWnWRP6Jg/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 06 de janeiro de 2023.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: LTC, 2020.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina: a condição feminina e a violência simbólica**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2021.

BOURGUIGNON, Ana Maria; GRISOTTI, Marcia. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.27, n.2, abr.-jun. 2020, p.485-502. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/zZddht4v88Y6Vz84frYyj7Q/>. Acesso em 06 de novembro de 2022.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. Resolução nº 179, de 26 de julho de 2017. Regulamenta o §6º do art. 5º da Lei nº 7.347/1985, disciplinando, no âmbito do Ministério Público, a tomada do compromisso de ajustamento de conduta. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Resolucoes/Resolu%C3%A7%C3%A3o-179.pdf> . Acesso em 27 de maio de 2023.

BRASIL. Conselho Superior do Ministério Público Federal. Resolução nº 87, de 06 de abril de 2010. Regulamenta, no âmbito do Ministério Público Federal, a instauração e tramitação do Inquérito Civil (art. 6º, VII, da Lei Complementar nº 75/93 e art. 8º, §1º, da Lei nº 7.347/85). Disponível em: http://bibliotecadigital.mpf.mp.br/bdmpf/bitstream/handle/11549/37227/RES_CSMPF_2010_87.pdf?sequence=5&isAllowed=y . Acesso em 28 de abril de 2023.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em 26 de março de 2022.

BRASIL. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm . Acesso em 28 de dezembro de 2022.

BRASIL. Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm . Acesso em 10 de janeiro de 2023.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm . Acesso em 08 de janeiro de 2023.

BRASIL. Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico (VETADO) e dá outras providências. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7347orig.htm . Acesso em 25 de abril de 2023.

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. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm . Acesso em 12 de novembro de 2022.

BRASIL. Lei nº 8.625/93, de 12 de fevereiro de 1993. *Institui a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, dispõe sobre normas gerais para a organização do Ministério Público dos Estados e dá outras providências.* Disponível em

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8625.htm. Acesso em 08 de novembro de 2022.

BRASIL. Lei Complementar nº 75, de 20 de maio de 1993. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp75.htm . Acesso em 08 de novembro de 2022.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm . Acesso em 08 de agosto de 2022.

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm . Acesso em 08 de janeiro de 2023.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm . Acesso em 08 de janeiro de 2023.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (4. Região). Agravo de Instrumento nº 5002135-47.2020.4.04.0000. Agravante: Ministério Público Federal. Agravado: Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina – CRM/SC. Relator: Sérgio Renato Tejada Garcia. Data de julgamento: 29/01/2020.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (4. Região). Apelação cível nº 5005760-05.2015.4.04.7101. Apelantes: Fabíola Sodré Teixeira e Ana Martins Sodré. Apelado: Fundação Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Relatora: Vânia Hack de Almeida. Data de julgamento: 18/02/2020.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (4. Região). Remessa Necessária Civil - Ação civil pública nº 5001211-70.2020.4.04.7005. Autor: Ministério Público do Estado do Paraná e Ministério Público Federal. Ré: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Relatora: Marga Inge Barth Tessler. Data de julgamento: 11/05/2021.

CABRAL, Luis Fernando Paes Cabral; SILVA, José Carlos Loureiro; TOLEDO, Ana Carla Vasco de. Movimentos diaspóricos e saúde: o caso das grávidas venezuelanas no Brasil. In: LAMY, Marcelo (Org.). *Temas Avançados de Direito da Saúde: Tutelas Jurídicas da Saúde*. São Paulo: Matrioska Editora, 2020.

CAMBI, Eduardo. Ministério Público Resolutivo: o modelo contemporâneo de atuação institucional. São Paulo: Revista dos Tribunais, vol. 982, p. 107-134, ago. 2017.

CARNEIRO, Rosamaria. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface – Comunic., Saúde, Educ., Botucatu*, v. 17, n. 44, p. 49-59, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zfT7YfFZQbSD4ZRbfzWRvrR/abstract/?lang=pt>. Acesso em 14 de novembro de 2022.

CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de. Considerações sobre o direito ao acompanhante e a violência obstétrica. In: CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de (Coord.). *Violência Obstétrica em Debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação Geral n. 35 sobre violência de gênero contra as mulheres do comitê para eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (CEDAW). Série Tratados Internacionais de Direitos Humanos. Brasília, 2009. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/769f84bb4f9230f283050b7673aeb063.pdf>. Acesso em 10 de setembro de 2022.

CORRÊA, Raquel Geber. Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica no Estado do Amazonas: uma rede de proteção às mulheres. In: DAVID, Décio Franco; MACCOPPI, Jaqueline Alexandra (Org.). *Violência Obstétrica: perspectivas multidisciplinares*. Florianópolis: Habitus, 2022.

COSTA, Rodrigo de Souza Costa; OLIVEIRA, Adriana Vidal de; CERQUEIRA, Consuello Alcon Fadul. A responsabilidade penal nas hipóteses de violência obstétrica. In: CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de (Coord.). *Violência Obstétrica em Debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

CUNHA, Rogério Sanches. **Manual de Direito Penal – Parte Especial**. 16ª edição. Salvador: JusPodivm, 2023.

DÂMASO, Cecília Ribeiro. A expansão do conceito de violência obstétrica e as práticas da esterilização compulsória. In: CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de (Coord.). *Violência Obstétrica em Debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

DECLARAÇÃO E PLATAFORMA DE AÇÃO DA IV CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER, Pequim, 2015. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4293170/mod_resource/content/1/declaracao_beijing.pdf . Acesso em 28 de dezembro de 2022.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Conversando sobre violência obstétrica**, agosto 2021. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/documents/20122/301164/nudem_13.pdf/f60e278a-4bd2-0094-2917-e9fc0c74d310?t=1646405755026>. Acesso em 16 de setembro de 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005, v. 10 (julho-setembro), n. 3, p.627-637.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2014, p. 140/153. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/348584/mod_resource/content/1/Diniz%20e%20cols%20acompanhantes%20NNB.pdf . Acesso em 20 de fevereiro de 2023.

DINIZ, Simone Grilo *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 17 de setembro 2022. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e paradoxo perinatal. **Journal of Human Growth and Development**. v. 19, n. 2, p.313-326, 2009.

DINIZ, Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

DISTRITO FEDERAL. Lei nº 6.144, de 7 de junho de 2018. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da atenção obstétrica no Distrito Federal. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/700564f2b3214c69a7c7c7897caab258/Lei_6144_07_06_2018.html . Acesso em 12 de janeiro de 2023.

EXAME. “Não quero que isso acontece com mais nenhuma mulher” – Esterilizada contra a vontade, Janaína Quirino ainda teve a filha recém-nascida arrancada dos braços. Disponível em <https://exame.com/brasil/nao-quiero-que-isso-aconteca-com-mais-nenhuma-mulher/> . Acesso em 22 de dezembro de 2022.

FEBRASGO. Posicionamento FEBRASGO contra o termo violência obstétrica. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1435-posicionamento-febrasgo-contraviolencia-obstetrica> . Acesso em 09 de janeiro de 2023.

FEBRASGO. Recomendações Febrasgo parte II – Episiotomia. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/norecomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia> . Acesso em 09 de janeiro de 2023.

FEDERICI, Silvia. **Mulheres e a Caça às Bruxas**. São Paulo: Boitempo, 2019.

FERREIRA, Ruth Rodrigues Mendes Ferreira. Violência Judiciária: Reflexões de uma Advogada sobre a Violência Obstétrica no Judiciário. In: DAVID, Décio Franco e MACCOPPI (Orgs.). *Violência Obstétrica: Perspectivas multidisciplinares*. Florianópolis: Habitus, 2022.

FLORES, Joaquín Herrera. **A (re) invenção dos direitos humanos**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 14ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. 12ª edição. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres Brasileiras e gênero nos Espaços Público e Privado, 2010. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf . Acesso em: 1 de setembro de 2022.

GABRIEL, Alice de Barros; SANTOS, Breno Ricardo Guimarães. A Injustiça Epistêmica na violência obstétrica”. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 28, n.2, e60012, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ref/a/vqSggYjmywGvy6BHTs4DFjK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 02 de outubro de 2022.

GLOBO. Fantástico exibido em 09/01/2022. Shantal, sobre parto conduzido por Renato Kalil: 'Não tinha a menor necessidade de ele tentar me rasgar com as mãos'. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/10196296/>. Acesso em 02 de janeiro de 2023.

GLOBO. Shantal Verdelho: após áudio vazado sobre violência obstétrica, influencer anuncia que 'se afastará das redes sociais'. Disponível em: <https://g1.globo.com/pop-arte/noticia/2021/12/12/shantal-verdelho-apos-audio-vazado-sobre-violencia-obstetrica-influencer-anuncia-que-se-afastara-das-redes-sociais.ghtml>. Acesso em 20 de janeiro de 2022.

GOIÁS. Lei nº 19.790, de 24 de julho de 2017. Institui a Política Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica no Estado de Goiás. Disponível em: <https://legisla.casacivil.go.gov.br/api/v2/pesquisa/legislacoes/99105/pdf#:~:text=Esta%20de%20Goi%C3%A1s.-,Art.,%2C%20ainda%2C%20no%20estado%20puerperal>. Acesso em 15 de janeiro de 2023.

GOULART, Marcelo Pedroso. **Elementos para uma Teoria Geral do Ministério Público**. Belo Horizonte, São Paulo: D'Plácido, 2021.

GOULART, Marcelo Pedroso. **Ministério Público e democracia: teoria e e práxis**. Leme/SP: Editora de Direito, 1998.

GROBÉRIO, Isabella. **Violência Obstétrica e Patriarcado**: como o “destino biológico” das fêmeas humanas fez surgir a violência no parto. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2022.

GUIMARÃES, Leísa Mara Silva Guimarães. **Ministério Público Resolutivo: no enfoque do acesso à Justiça**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2019.

HADLICH, Laura Edla Rönau; WENDRAMIN, Natalia Albano; OLIVEIRA, Paula Haus de; TABORDA, Rosangela Ramirez; REDA, Somaia; PAZIN, Daiana Cristina. Análise do número de cesarianas realizadas em uma maternidade após a aprovação da lei no Estado do Paraná. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 12, p. e9415, 13 dez. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9415> . Acesso em 21 de fevereiro de 2023.

HIRSCH, Olivia Nogueira. O “parto natural” e “humanizado”: um estudo comparativo entre mulheres de camadas populares e médias no Rio de Janeiro. Tese de doutorado – Ciências Sociais. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

IHERING, Rudolf Von. **A Luta pelo Direito**. Tradução e notas de Edson Bini. 2ª edição. São Paulo: Edipro, 2019.

INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. Los derechos humanos de las mujeres: Fortalecimiento su promoción y protección internacional. San José, C.R.: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2004. Disponível em: <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1831/los-derechos-humanos-de-las-mujeres-2004.pdf> . Acesso em 04 de agosto de 2022.

KÄMPF, Cristiane; DIAS, Rafael de Brito. A episiotomia na visão da obstetrícia humanizada: reflexões a partir dos estudos sociais da ciência e tecnologia. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1155-1160. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/PD6KVZFBdgzWSHP4PsnLkJS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 04 de novembro de 2022.

LAMY, Marcelo *et al.* **El derecho de la gestante a su acompañante durante el parto: previsión legal en los países latino-americanos y caribenhos**. Revista De Direito Sanitário, 21, e0010. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.160452>. Acesso em 04 de novembro de 2022.

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. sup. 1, p. 2-17. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 17 e março de 2023.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cadernos de Saúde Pública, v.30. sup.1, p.17-47. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWFgGd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 04 de novembro de 2022.

LEI DE PROTEÇÃO INTEGRAL DE MULHERES - ARGENTINA: LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES, Ley nº 26.485, Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, Sancionada: Marzo 11 de 2009, Promulgada de Hecho: Abril 1 de 2009. Disponível em:

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155/actualizacion>.

Acesso em 02 de fevereiro de 2022.

LEI DO PARTO HUMANIZADO – 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.* 157 de set de 2004. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf. Acesso em 02 de fevereiro de 2022.

LEI ORGÂNICA SOBRE OS DIRETOS DAS MULHERES – VENEZUELA: *LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA. LEY N° 38.668*, de 23 de abril de 2007. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf Acesso em 02 de fevereiro de 2022.

LEITE, Júlia Campos. *Reparação judicial para mulheres vítimas de violência obstétrica*. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento no Estado Democrático de Direito. Faculdade de Direito de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo), Ribeirão Preto, 2019.

LENZA, Pedro. **Teoria Geral da Ação Civil Pública**, 2ª edição. São Paulo, SP: Editora Revista dos Tribunais, 2005.

MACÊDO, Marcus Paulo Queiroz. **A teoria Crítica, o uso emancipatório do direito e o Ministério Público Brasileiro**, 1ª edição. Belo Horizonte, São Paulo: D'Plácido, 2020.

MACEDO JÚNIOR, Ronaldo Porto. *Ação Civil Pública, o direito social e os princípios*. In: MILARÉ, Édís (Coord.) *A ação civil pública após 20 anos: efetividade e desafios*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005. p. 559-565.

MAGALHÃES, Roberta Cordeiro de Melo Magalhães. *Violência Obstétrica no Contexto da Violência Feminina*. Tese de Doutorado – Direito. Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Brasília, 2020.

MANCUSO, Rodolfo de Camargo. **Interesses Difusos**, 6ª edição. São Paulo, SP: Editora Revista dos Tribunais, 2004.

MARRERO, Lihsieh; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*, p. 1219/1228, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QG37BFxdvgr6dvj5JtXvRtq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 de outubro de 2022.

MARTINS, Reny Bastos *et al.* Análise das denúncias de violência obstétrica registradas no Ministério Público Federal do Amazonas, Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2022;30(1), pp. 68-76, 2022. Disponível em <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/jRdjT97Rnn4W84nsBQVMVff/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 de outubro de 2022.

MATO GROSSO DO SUL. Lei nº 5.217, de 26 de junho de 2018. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. Disponível em: https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO9684_27_06_2018#:~:text=LEI%20N%C2%BA%205.217%2C%20DE%2026,DE%20MATO%20GROSSO%20DO%20SUL. Acesso em 03 de janeiro de 2023.

MAZZILLI, Hugo Nigro. **O Inquérito Civil: investigações do Ministério Público, compromissos de ajustamento e audiências públicas**. São Paulo: Saraiva, 2015.

MAZZILLI, Hugo Nigro. Questões controvertidas sobre o inquérito civil. *In: ALVES, Airton Buzzo; RUFINO, Almir Gasquez; SILVA, José Antonio Franco da (Org.). Funções institucionais do Ministério Público*. São Paulo: Saraiva, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 30ª edição. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINAS GERAIS. Lei nº 23.175/2018. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/LEI/23175/2018/>. Acesso em 04 de janeiro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, 2016. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em 05 de janeiro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal- versão resumida. Brasília-DF, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em 07 de novembro de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2282_28_08_2020.html.

Acesso em: 20 de março de 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Mapa Estratégico do MPF (2022-2027) – Interativo. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/o-mpf/sobre-o-mpf/mapa-estrategico>. Acesso em 23 de abril de 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Procuradoria da República no Amazonas. **Memórias e histórias do Ministério Público Federal no Amazonas**. Manaus: MPF, 2019. Disponível em <ebook-memoriasehistorias-mpfam>. Acesso em 29 de maio de 2023.

NAÇÕES UNIDAS Brasil. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. Disponível em <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs> . Acesso em 10 de janeiro de 2023.

NETO, Miguel Kfourri. **A responsabilidade civil do médico**, 8ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

NUNES, Ana Beatriz Cruz; MARCHETTO, Patricia Borba. **Violência Obstétrica: Análise Jurisprudencial no TJ/SP**. Curitiba: Juruá, 2022.

OLIVEIRA, Amanda Muniz; RODRIGUES, Horácio Wanderlei. *Blessed be the fruit*: resquícios de um viés controlista em ações sobre cirurgia de laqueadura no Judiciário de Santa Catarina (2015-2016). Revista Direito GV – São Paulo, v.15, n. 1, Jan-Abr 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/HXvRHxm5PCJQ5pLkc8cVZ9J/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 22 de dezembro de 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos> .Acesso em 12 de janeiro de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. Genebra: OMS, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre taxas de Cesáreas, Genebra: OMS, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em 30 de novembro de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração sobre a Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em 01 de maio 2022.

PARANÁ. Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018. Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=211151&indice=1&totalRegistros=1&dt=29.5.2021.17.6.44.898>. Acesso em 12 de janeiro de 2023.

PARTO DO PRINCÍPIO (Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa). Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com Dor” – Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, Brasília, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2022.

PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica é Violência Contra a Mulher: Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 2014. Disponível em: https://www.partodoprincipio.com.br/files/ugd/2a51ae_a3a1de1e478b4a8c8127273673074191.pdf. Acesso em 12 de outubro de 2022.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Mari. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Revista de Saúde Pública. Fev. 2011. p. 185-194. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/rMnhFmBRjDPQhkSV3HBgQYH/?lang=pt>. Acesso em 11 de dezembro de 2022.

PEREZ, Caroline Criado. **Mulheres Invisíveis: o viés dos dados em um mundo projetado para homens**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2022.

PERNAMBUCO. Lei nº 16.499, de 6 de dezembro de 2018. Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco. Disponível em:

<https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=41220&tipo=> . Acesso em 03 de janeiro de 2023.

PERNAMBUCO. Lei nº 17.226, de 22 de abril de 2021. Altera a Lei nº 16.499, de 6 de dezembro de 2018, que estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco, de autoria da Deputada Teresa Leitão, com a finalidade de acrescentar rol de direitos às mulheres que sofreram de perda gestacional. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=1&numero=17226&complemento=0&ano=2021&tipo=&url=> . Acesso em 04 de janeiro de 2023.

PICKLES, Camilla. *Obstetric violence and the law: British academy postdoctoral researchfellow*. Oxford: University of faculty of oxford law, 2017. Disponível em: <https://www.law.ox.ac.uk/centres-institutes/centrecriminology/blog/2017/01/obstetric-violence-and-law-british-academy>. Acesso em 21 de março de 2023.

PIOVESAN, Flávia. A proteção internacional dos direitos humanos das mulheres. *Cadernos Jurídicos da Escola Paulista de Magistratura*, São Paulo, ano 15, nº 38, p. 21-34, Janeiro-Abril, 2014. Disponível em <https://www.mpmg.mp.br/data/files/FC/F7/D5/F3/DA44A7109CEB34A7760849A8/A%20Protecao%20Internacional%20dos%20Direitos%20Humanos%20das%20Mulheres.pdf> . Acesso em 03 de fevereiro de 2023.

PIOVESAN, Flávia; PIROTTA, Wilson Ricardo Buquetti. *In: PIOVESAN, Flávia. Temas de Direitos Humanos*. 11ª edição. São Paulo: Saraiva, 2018. E-book.

RIBEIRO, Lauro. *Direito à Saúde*. *In: ANDRADE, Adriano; MASSON, Cleber; ANDRADE, Landulfo. Interesses Difusos e Coletivos*, volume 2. 3ª edição. São Paulo: MÉTODO, 2020.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 7.191, de 06 de janeiro de 2016. Dispõe sobre o direito ao parto humanizado na rede pública e privada de saúde no Estado do Rio de Janeiro de dá outras providências. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rj/lei-ordinaria-n-7191-2016-rio-de-janeiro-dispoe-sobre-o-direito-ao-parto-humanizado-na-rede-publica-de-saude-no-estado-do-rio-de-janeiro-e-da-outras-providencias>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 9.238, de 08 de abril de 2021. Altera a Lei Estadual nº 7.191, de 06 de janeiro de 2016 e dá outras providências. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rj/lei-ordinaria-n-9238-2021-rio-de-janeiro-altera-a-lei-estadual-no-7-191-de-06-de-janeiro-de-2016-e-da-outras-providencias?q=Lei%20n%C2%BA%209.238,%20de%2008%20de%20abril%20de%202021>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

RIZZARDO, Arnaldo. **Ação Civil Pública e Ação de Improbidade Administrativa**. 3ª edição. Rio de Janeiro, RJ: Forense, 2014.

SADEK, Maria Tereza. Cidadania e Ministério Público. *In*: SADEK, Maria Tereza (Org.). *Justiça e Cidadania no Brasil*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2009.

SANTA CATARINA. Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. *Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina*. Disponível em: http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2017.097%2C%20DE%2017%20DE%20JANEIRO%20DE%202017&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20de,no%20Estado%20de%20Santa%20Catarina. Acesso em 29 de dezembro de 2022.

SANTA CATARINA. Lei nº 18.322, de 05 de janeiro de 2022. *Consolida as Leis que dispõem sobre as Políticas Públicas de Enfrentamento da Violência contra a Mulher*. Disponível em: http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2022/18322_2022_lei.html . Acesso em 05 de janeiro de 2022.

SÃO PAULO. Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015. *Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências*. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/lei-15759-25.03.2015.html#:~:text=Assegura%20o%20direito%20ao%20parto,Estado%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias> . Acesso em 02 de março de 2023.

SÃO PAULO. Lei nº 17.431, de 14 de outubro de 2021. *Consolida a legislação paulista relativa à proteção e defesa da mulher*. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2021/lei-17431-14.10.2021.html> . Acesso em 02 de março de 2023.

SESSÃO ABERTA SA #10. Violência Obstétrica. Podcast do Ministério Público Federal em São Paulo. Entrevistada: Ana Carolina Previtalli Nascimento. Produção: Assessoria de Comunicação da Procuradoria da República Federal de São Paulo, 06 de março de 2020. Disponível em: <https://open.spotify.com/episode/6ZEnzwQaMVxKHELjfh7f> . Acesso em 30 de abril de 2023.

SILVA, Artenira da Silva e; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma imposição social de dor para além da dor do parto: violência obstétrica como violência de gênero *Revista Libertas. Direito UFOP*. Ouro Preto: v. 4, n. 1, pp. 67-84, agost/set. 2018.

Disponível em: <https://periodicos.ufop.br/libertas/article/view/1685/3173> . Acesso em 10 de novembro de 2022.

SILVA, Bruna Menezes Gomes da. Uma proposta de atuação para o enfrentamento à violência obstétrica: a experiência do Ministério Público Federal no Estado do Amazonas. In: Castilho *et al.* (Org.). *Perspectivas de Gênero e o Sistema de Justiça Brasileiro*. Brasília: ESMPU, 2019.

SILVA, Delmo Mattos da; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência Obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. *Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais*. Maranhão: v. 3, n.2, p. 42-65, 1 dez 2017. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/2586> Acesso em 10 de novembro de 2022.

SILVA. Cláudia Moraes da. *O Ministério Público e a Garantia do Direito à Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado. Universidade Santa Cecília, Santos, 2019. Disponível em: https://unisanta.br/arquivos/mestrado/direito/dissertacoes/Dissertacao_CLAUDIAMO_RAESDASILVA354.pdf. Acesso em 01 de novembro de 2022.

SILVEIRA, Sandra Cristina; CAMARGO, Brígido Vizeu; CREPALDI, Maria Aparecida. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicologia Reflexão e Crítica*. Porto Alegre: v. 23, n.1, p. 01-10, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/MDwjZz9qf3P5KyWKNPbVDsC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 03 de novembro de 2022.

SOARES, Flaviana Rampazzo. **Consentimento do Paciente no Direito Médico: validade, interpretação e responsabilidade**. Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2020.

SOUZA, Larissa Velasquez de. Não tem jeito. Vocês vão precisar ouvir. Violência obstétrica no Brasil: construção do termo, seu entendimento e mudanças na assistência obstétrica (1970-2025). Tese de doutorado – História das Ciências e da Saúde. Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

TAVARES, Paulo César Vieira. Atuação do Ministério Público Estadual de Londrina na área da saúde pública: análise das demandas e atividades. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?view=vtls000158513> Acesso em 15 de janeiro de 2022.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; LEAL, Livia Teixeira. O dever de informação na relação médico-gestante como forma de garantia da autonomia existencial no parto. In: CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de (Coord.). *Violência Obstétrica em Debate: diálogos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

TESSER, Charles Dalcanale. Por que a prevenção quaternária é importante na prevenção?. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 51, pág. 116, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051000041. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/141548>. Acesso em 22 de dezembro de 2022.

TESSER, Charles Dalcanale *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;10(35):1-12. Disponível em <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>. Acesso em 19 de novembro de 2022.

TOCANTINS. Lei nº 3.385, de 27 de julho de 2018. Dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins. Disponível em: https://www.al.to.leg.br/arquivos/lei_3385-2018_53238.PDF . Acesso em 28 de fevereiro de 2023.

TOCANTINS. Lei nº 3.674, de 26 de maio de 2020. Altera a Lei nº 3.385, de 27 de julho de 2018, que dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins. Disponível em: <http://servicos.casacivil.to.gov.br/leis/lei/3674> . Acesso em 28 de fevereiro de 2023.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no Ideário da Humanização do Parto. *Estudos Feministas*. Ano 10 (2), 2002, p. 415-427. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/4mpSbNhnq5dV5kV6WT8Tc5J/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 10 de janeiro de 2023.

UNICEF. Quem espera espera. 2017. Disponível em https://www.unicef.org/brazil/media/3751/file/Quem_espera_espera.pdf. Acesso em 07 de janeiro de 2023.

UOL. Shantal Verdelho revela que médico insistiu em remédio que podia matá-la. Disponível em <https://www.uol.com.br/splash/noticias/2022/01/09/shantal-verdelho-sobre-violencia-obstetrica--.htm>. Acesso em 02 de janeiro de 2023.

VASCONCELOS, Desirée Cristina Rodrigues. Alyne e seus espectros: breve estudo sobre violência obstétrica no Brasil. Dissertação de Mestrado – Ciências Jurídicas. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/14044> . Acesso em 25 de outubro de 2022.

VEDAM, Saraswathi *et al.* The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. **Reproductive Health**. 16, 77 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2> Acesso em 17 de dezembro de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018.p.29. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – LEVANTAMENTO DA LEIS ESTADUAIS BRASILEIRAS QUE ABORDAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Com os objetivos de compreender como o legislativo brasileiro vem entendendo a violência obstétrica e de conhecer o conteúdo das legislações estaduais que abordem a temática, foi realizado, entre dezembro de 2022 e fevereiro de 2023 uma pesquisa na bibliográfica, com posterior consulta, nos sites das Assembleias Legislativas, do inteiro teor das legislações estaduais referidas pela doutrina, jurisprudência, e instrumentos ministeriais consultados. Ressalte-se que não houve a pretensão de levantamento exaustivo da legislação estadual brasileira.

A seguir, estão listadas as legislações estaduais brasileiras estudadas e alguns pontos de destaque de cada lei:

1. Lei nº 17.097/2017, de 17 de janeiro de 2017 (consolidada e revogada pela Lei nº 18.322/22) – Estado de Santa Catarina

O artigo 2º da Lei nº 17.097/2017 conceituava a violência obstétrica como sendo “todo ato praticado pelo médico, pela equipe médica do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério”. O artigo 3º da Lei, por sua vez, elencava, de forma exemplificativa, condutas que se caracterizariam como ofensa verbal ou física.

Recentemente, em 5 de janeiro de 2022, a Lei nº 18.322 foi promulgada e veio a consolidar e revogar a Lei 17.097. Assim, o novo diploma legal manteve na íntegra, no artigo 34, o conceito de violência obstétrica presente na lei anterior, não tendo inovado na matéria.

2. Lei nº 7.873/2017, de 21 de março de 2017 (alterada pela Lei nº 8.130/2019) – Estado de Alagoas

Embora a Lei 7.873/2017 não conceituasse o que seria a violência obstétrica, estabeleceu o direito às gestantes ao plano individual de parto e, no artigo 12, prescreveu que seriam objeto de justificção por escrito

firmada pelo chefe da equipe responsável pelo parto, a adoção de qualquer dos procedimentos que os protocolos mencionados nesta lei classifiquem como: I- Desnecessários ou prejudiciais à saúde da gestante ou parturiente ou ao nascituro; II- De eficácia carente de evidência científica; III- Suscetíveis de causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira (ALAGOAS, 2017)

Cita a legislação como exemplos de condutas passíveis de justificção a administração de ocitocina, a amniotomia, a episiotomia, os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante processo expulsivo e a administração de enemas.

Em 2019, a Lei 8.130, de 07 de agosto de 2019, apesar de não ter trazido um conceito explícito para a violência obstétrica, avança ao proibir a prática das seguintes condutas, claramente prejudiciais ou ineficazes segundo as orientações baseadas em evidências científicas: a) o uso rotineiro de enema; b) a infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto; c) o uso rotineiro de ocitocina a fim de acelerar o trabalho de parto; d) o uso rotineiro de litotomia; e) os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante processo expulsivo; f) uso rotineiro de episiotomia; g) manipulação excessiva no períneo durante o trabalho de parto e parto; h) manobra de Kristeller; i) uso rotineiro de amniotomia e j) outros procedimentos que não tenham respaldo com as evidências científicas atuais.

3. Lei nº 19.790, de 24 de julho de 2017 – Estado de Goiás

Na lei do Estado de Goiás, a violência obstétrica é “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por doulas, por algum familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no estado puerperal” (GOIÁS, 2017, artigo 2º). A lei, no artigo 3º, também lista condutas que confirmam ofensa verbal ou física.

4. Lei nº 4.173, de 09 de novembro de 2017 – Estado de Rondônia

A Lei nº 4.173/17 considera a violência obstétrica como sendo

todo ato ou omissão, praticado por médico, enfermeiro, qualquer pessoa ou profissional do hospital, ou ainda, por familiar ou acompanhante, que ofenda de forma verbal, física ou emocional, mulheres gestantes em trabalho de parto, ou ainda, no período do puerpério. (RONDÔNIA, 2017, artigo 2º)

A Lei elenca, de forma exemplificativa, algumas condutas que podem ser enquadradas como violência obstétrica, de forma bastante semelhante à legislação catarinense.

5. Lei nº 6.144/18, de 07 de junho de 2018 – Distrito Federal

Para a lei distrital, a violência obstétrica consiste em

todo ato praticado pela equipe de assistência à mulher grávida ou parida de estabelecimentos hospitalares, postos de saúde, unidades básicas de saúde e consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher grávida ou parida que ofenda de forma verbal ou física desde o pré-natal até o puerpério. (DISTRITO FEDERAL, 2018, artigo 2º)

A lei lista um rol não taxativo de 21 condutas que se caracterizam como violência obstétrica.

6. Lei nº 5.217/2018, de 26 de junho de 2018 – Estado do Mato Grosso do Sul

O artigo 2º da Lei 5.217/2018 apresenta o seguinte conceito para violência obstétrica:

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério. (Mato Grosso do Sul, 2018)

Observa-se que a Lei do Mato Grosso do Sul apresenta o conceito de violência obstétrica idêntico àquele existente na lei catarinense. Ademais, exemplificando, no artigo 3º, condutas que caracterizam a referida violência.

7. Lei nº 3.385, de 27 de julho de 2018 (alterada pela Lei nº 3.674/2020) – Estado do Tocantins

A Lei nº 3.385/2018, antes mesmo da alteração conferida pela Lei nº 3.674/2020 já possuía um conceito para a violência obstétrica, o qual foi ligeiramente alterado, substituindo-se “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital”, da redação original, por “todo ato praticado pela equipe multiprofissional do hospital”, estabelecendo-se, ao final, a seguinte definição:

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pela equipe multiprofissional do hospital, da maternidade e da unidade de saúde ou por um familiar ou acompanhante que ofenda de forma verbal ou física as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de estado puerperal. (TOCANTINS, 2020)

No artigo 3º, a lei elenca algumas condutas que configuram ofensa verbal ou física às gestantes, parturientes ou puérperas. Causa estranheza a revogação do inciso XVII pela Lei nº 3.674/2020 (promulgada em 26 de maio de 2020), o qual enquadrava como violência “submeter a mulher e/ou o recém-nascido a procedimentos feitos exclusivamente para ensinar estudantes”. Parece-nos um retrocesso e uma carta branca para que estudantes residentes (médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde) violem os corpos femininos em nome da ciência.

8. Lei nº 16.499/18, de 06 de dezembro de 2018 (alterada pela Lei nº 17.226/2021) – Estado de Pernambuco

A Lei nº 16.499, no artigo 2º, conceitua a violência obstétrica como sendo “todo ato praticado por profissionais de saúde, que implique em [sic] negligência na assistência, discriminação ou violência verbal, física, psicológica ou sexual contra mulheres gestantes, parturientes e puérperas”.

Em 22 de abril de 2021, é promulgada a Lei nº 17.226/21 que acrescenta à Lei nº 16.499/2018 rol de direitos àquelas mulheres que sofreram abortamento. Dessa forma, a legislação pernambucana vislumbra a possibilidade de ocorrência da violência obstétrica nas situações de abortamento.

9. Lei nº 19. 701/18, de 20 de dezembro de 2018 – Estado do Paraná

A Lei 19.701/18 adota uma conceituação de violência obstétrica bem abrangente no que diz respeito a quais atos podem configurar esse tipo de violência. Vejamos:

Art. 2º Para efeitos desta Lei, configura violência obstétrica: **I-** qualquer ação ou omissão que cause à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico; **II-** a negligência na assistência em todo período gravídico e puerperal; **III-** a realização de tratamentos excessivos ou inapropriados e sem comprovação científica de sua eficácia; **IV-** a coação com a finalidade de inibir denúncias por descumprimento do que dispõe esta Lei. (PARANÁ, 2018, artigo 2º)

A lei prevê como autor da violência qualquer profissional da saúde, de estabelecimentos públicos ou privados, incluindo redes de saúde suplementar e filantrópica e serviços prestados de forma autônoma. A legislação também traz em seus dispositivos uma definição para parto adequado, sendo aquele capaz de promover uma experiência agradável e segura para a mãe e para o bebê, garantindo acompanhante durante o parto e nos períodos pré-parto e pós-parto, bem como respeitando a autonomia da parturiente, ao validar a sua gestão de dor e as suas decisões sobre as posições escolhidas durante o trabalho de parto. A lei também garante a cirurgia cesariana eletiva, a partir da 39ª semana de gestação¹.

10. Lei nº 23.175/18, de 21 de dezembro de 2018 – Estado de Minas Gerais

A Lei nº 23.175/18 dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, bem como traz, em seu artigo 2º, uma definição para a violência obstétrica. Em verdade, no bojo da lei, o termo “violência obstétrica” é substituído por “violência na assistência obstétrica”, constando que

Para fins desta lei, considera-se violência na assistência obstétrica a prática de ações, no atendimento pré-natal, no parto, no puerpério e nas situações de abortamento, que restrinjam direitos garantidos por lei às gestantes, às parturientes e às mulheres em situação de abortamento e que violem a sua privacidade e a sua autonomia [...]

¹ Não nos debruçamos sobre essa questão em específico, porém, por mais que esta pesquisadora defenda que a escolha da via de parto cabe à mulher, não se pode negar que a cesariana eletiva, segundo a Medicina Baseada em Evidências, é bem mais arriscada para a mãe e o bebê. Sendo assim, é cabível afirmar que a Lei nº 19.701/18, no que diz respeito à cesariana agendada, contraria algumas políticas públicas já consagradas no Brasil, dentre elas o Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna. Logo, caberiam estudos de viabilidade da oferta da cesárea eletiva pelo SUS, a exemplo do realizado por Hadlich *et al* (2021), que se encontra disponível em <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9415/5702>. Acesso em 21 de fevereiro de 2023.

A Lei acaba por elencar algumas ações que considera como prática de violência, tais como: utilização de termos depreciativos; impedimento da presença de acompanhante; deixar de aplicar analgesia ou métodos não farmacológicos para o alívio da dor; impedir o contato do recém-nascido com a mãe logo após o parto; “submeter a mulher a exames e procedimentos cujos propósitos sejam pesquisa científica, salvo quando autorizados por comitê de ética em pesquisa com seres humanos e pela própria mulher mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (MINAS GERAIS, 2018, art. 2º, inciso, IX).

11. Lei nº 4.848/19, de 05 de junho de 2019 – Estado do Amazonas

A lei amazonense conceitua a violência obstétrica como sendo

a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, através do tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia capacidade das mulheres de decidir livremente sobre os seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres durante o pré-natal, parto, puerpério ou em abortamento, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada por membros que pertençam à equipe de saúde, ou não, sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia. (AMAZONAS, 2019, artigo, artigo 1º, parágrafo único).

O conceito de violência obstétrica trazido pela Lei 4.848/19 é o mais completo dos analisados neste trabalho e não limita a prática da violência aos membros da equipe de saúde. Há, no artigo 4º da Lei, previsão expressa que o gestor da saúde, o diretor clínico ou o responsável pelo estabelecimento de saúde podem ser enquadrados como autores da violência obstétrica.

12. Lei nº 7.191, de 6 de janeiro de 2016 (alterada pela Lei nº 9.238/2021) – Rio de Janeiro

Quando foi promulgada, a Lei nº 7.191/2016 dispunha sobre o direito ao parto humanizado na rede pública de saúde no Estado do Rio de Janeiro e não continha um conceito para a violência obstétrica.

Em 08 de abril de 2021, foi sancionada a Lei 9.238/2021 que veio alterar alguns dispositivos da lei anterior (dispondo que o direito ao parto humanizado estará

garantido também na rede privada de saúde) e incluir o conceito de violência obstétrica “definida por tratamento desumano, práticas ou condutas médicas não consentidas, que sejam desnecessárias, sem respaldo científico ou que não respeitem o ritmo natural e saudável do desenvolvimento do parto”. (RIO DE JANEIRO, 2021, artigo 3º, inciso VI)

13. Lei nº 17.431, de 14 de outubro de 2021 (revoga a Lei nº 15.759/2015) – Estado de São Paulo

O Estado de São Paulo não possui uma lei que conceitue a violência obstétrica. Entretanto, desde 2015, já garantia o parto humanizado como um direito de toda parturiente (a revogada Lei nº 15.759/2015).

Em outubro de 2014, foi promulgada a Lei nº 17.431/2021 que, apesar de não ter inovado trazendo uma conceituação para a violência obstétrica (o rol do artigo 66, não trouxe de forma expressa definição para a VO), trata da consolidação da legislação paulista relativa à proteção e defesa da mulher. Trouxe conceitos de parto humanizado, garantindo acompanhante de livre escolha da mulher para o momento pré-parto, parto e pós-parto imediato.

O artigo 143 da Lei nº 17.431/2021 também prevê que serão objeto de justificção por escrito (que será averbada ao prontuário médico): a administração de enemas; a administração de ocitocina, com a finalidade de acelerar o trabalho de parto; os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante processo expulsivo; a amniotomia e a episiotomia, quando indicada.

APÊNDICE B – BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A DECISÃO DE NÃO RECEBIMENTO DA DENÚNCIA NO CASO SHANTAL VERDELHO

Segundo consta da denúncia proposta pelo MPSP (autos nº 1541195-03.2021.8.26.0050), durante o parto da filha da vítima Shantal Verdelho, o médico obstetra Renato Kalil proferiu os seguintes xingamentos direcionados à parturiente:

"merda da bixiga", "puta da bixiga", "faz força, porra", "não mexe, porra", "parece que você tá aí meditando", "ela não faz força, essa viadinha", "sua filha da ... (sem concluir a palavra)", "você não faz força direito" "A cabeça... Não sabe, porra! Você só... A hora que você apoia o pé", "Descansou, descansou, parou. Muita falação. Você tá sem coordenação. Já tinha nascido faz uma meia hora aqui" "Não se mexe, porra". "Que ódio". "olha aqui o tanto que rasgou", "ficou toda arrebetada" e "vou ter que dar um monte de pontos na perereca dela" (Sentença do Processo nº 1541195-03.2021.8.26.0050 TJSP, fl. 861/862).

Esta pesquisadora não teve acesso ao inteiro teor do processo nº 1541195-03.2021.8.26.0050, que tramita em segredo de justiça. No entanto, tendo em vista a repercussão do caso, o magistrado de primeiro grau (juiz de Direito Carlos Alberto Corrêa de Almeida Oliveira) determinou o levantamento de sigilo da decisão de não recebimento da denúncia, sendo oportuna a transcrição de alguns trechos da referida decisão, para que, ao final, sejam tecidas algumas críticas ao entendimento do magistrado. Vejamos:

Apresentadas essas colocações iniciais, verifica-se que o presente caso se desenvolve na acusação do investigado em dois campos distintos. O primeiro campo de ordem eminentemente médico-científico, relacionado com o procedimento dele ao indicar a medicação denominada Misoprostol, a qual seria contraindicada, segundo os argumentos da ilustre acusação, para o preparo do colo do útero ou para a indução do parto em mulheres com histórico de cirurgia cesariana anterior, como é o caso da vítima Shantal, devido ao risco de rotura uterina, bem como pela ação da aplicação da chamada manobra de Kristeller técnica obstétrica consistente em aplicar pressão na região superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê.

O segundo campo de ordem moral ao serem proferidas as frases: "**merda da bixiga**", "**puta da bixiga**", "**faz força, porra**", "**não mexe, porra**", "**parece que você tá aí meditando**", "**ela não faz força, essa viadinha**", "**sua filha da ... (sem concluir a palavra)**", "**você não faz força direito**" "**A cabeça... Não sabe, porra! Você só... A hora que você apoia o pé**", "**Descansou, descansou, parou. Muita falação. Você tá sem coordenação. Já tinha nascido faz uma meia hora aqui**" "**Não se mexe, porra**". "**Que ódio**". "**olha aqui o tanto que rasgou**", "**ficou toda arrebetada**" e "**vou ter que dar um monte de pontos na perereca dela**".

No primeiro campo de ordem médico-científico, conforme se verifica pelo teor do laudo pericial da Comissão Técnica de Laudos Indiretos Periciais (fls. 717/726), bem como nos documentos de fls. 501/612, ao contrário do que postula o Ministério Público, não restou provado o erro médico de procedimento por parte do investigado e o próprio nexos causal entre os

procedimentos do investigado e as lesões sofridas pela vítima, mais precisamente a ruptura da saída do canal de parto e do períneo.

Isso porque, os **Srs. Peritos Médicos Gustavo José Politzer Telles; Márcio Bassanezi e José Luiz de Menezes Gomes**, em resumo, esclareceram:

“...V) DISCUSSÃO:

O uso restrito da episiotomia aumenta a probabilidade de preservar a integridade perineal, porém podem ocorrer taxas maiores de lacerações espontâneas. Estas lacerações são classificadas em graus dependendo dos tecidos atingidos. Aquelas de primeiro grau, afetam a pele e a mucosa; as de segundo grau, estendem-se até os músculos perineais e as de terceiro grau, atingem o músculo esfíncter do ânus. Alguns autores consideram ainda o quarto grau, quando a laceração atinge a mucosa anal.

A classificação da laceração perineal também envolve variáveis relacionadas à parturiente e ao profissional. Quanto à mulher, existem variações individuais nas estruturas anatômicas da região vulvoperineal como a espessura do tecido subcutâneo e muscular, a tonalidade e o sangramento local durante o parto. A localização, o número e o formato da laceração podem interferir em sua classificação, assim como a falta de instrumentos testados e padronizados que reduzem a subjetividade e a incerteza na avaliação.

No caso em tela, há descrição cirúrgica de laceração perineal de segundo grau. Laceração de mucosa vaginal em paredes laterais bilateralmente. Esta lesão pode ocorrer pela passagem do feto pelo canal do parto. (grifo nosso).

[...]

VII) RESPOSTAS AOS QUESITOS:

[...]

A partir das imagens dos vídeos, pode-se afirmar que o médico obstetra Renato Kalil procedeu manobra com as mãos provocando a abertura da vagina da parturiente no sentido das laterais? Em caso positivo, a conduta do referido médico foi necessária ou indicada para aquele momento do parto?

R: Sim, o médico em questão realizou tal manobra. Esta manobra foi realizada visando facilitar a visualização e a passagem do feto pelo canal do parto. (grifo nosso).

A referida conduta do médico Renato Kalil, provocou ou contribuiu para a laceração da vagina apresentada pela vítima?

R: Não temos elementos para afirmar que alguma manobra tenha contribuído para a laceração perineal além da dinâmica ocorrida do feto pelo canal de parto. (grifo nosso)”.

Respeitosamente, como se observa pelo que foi acima exposto, não foi constatado erro médico ou procedimento inadequado por parte do médico e que por si só tenham causado as lesões verificadas na região vaginal da vítima, em especial, no seu períneo. Anota-se que a própria situação anatômica da vítima, pessoa de compreensões físicas menores (*sic*), a passagem do feto (da sua cabeça) pelo canal de parto poderiam ter causado as lesões e não necessariamente os procedimentos tomados pelo investigado.

Importante mencionar que a vítima se recusava que fosse realizado o procedimento de episiotomia para facilitar a visualização do feto e para ajudar na sua passagem pelo canal de parto, tendo o médico utilizado das mãos para aumentar a abertura do canal de parto, o que os peritos justificaram conforme se observa acima.

Não se pode olvidar o fato de que a vítima, pessoa que não é médica obstetra, estabeleceu que o parto da sua filha seria natural e sem cortes (episiotomia).
[...]

A eventual ocorrência do ato, a inadequação do uso de tal manobra e a sua necessidade ou não no caso concreto, mormente diante da situação de não ser feita a **episiotomia**, é algo que dependia de análise técnica específica, especializada e imparcial, bem como não conduz, necessariamente, à violência obstétrica e ao crime de lesão corporal, necessitando o estabelecimento de um nexos causal entre a suposta manobra de *Kristeller* e as lesões verificadas na vítima, o que não foi estabelecido pelos senhores peritos. Observa-se que foram três médicos que analisaram a conduta do investigado e o nexos causal não foi estabelecido, conforme se verifica pela transcrição de parte do laudo técnico acima.

[...]

No tocante ao segundo campo de ordem moral, respeitosamente, verifica-se que as frases coletadas foram reunidas fora de um contexto de tempo em que foram proferidas, até porque o parto durou mais de seis horas, o que se observa pelas transcrições realizadas a partir das filmagens do parto (fls. 501/612).

[...]

Embora reprováveis as palavras de baixo calão no ambiente cirúrgico, respeitosamente, acompanhando as imagens, não se verifica o ânimo (dolo) do investigado de causar sofrimento moral ou humilhações na pessoa da vítima com os palavrões proferidos.

Ao contrário, o que passaram para o Juízo foi o nervosismo do médico de continuar com algo que ele estava vendo que não iria dar certo, mas que ele tinha assumido como condição de parto indeclinável.

[...]

Todos os crimes imputados exigem a demonstração das suas materialidades e do elemento volitivo denominado dolo, o que não foi apresentado pelo Ministério Público no presente caso segundo o nosso entendimento.

[...]

Logo, sem uma avaliação psiquiátrica adequada, através de pessoas especializadas e em condições de separar o que foi dito pelo médico (palavras de baixo calão e inadequadas) e tudo que a vítima passou como sofrimento anterior e durante o parto, sem mencionar o pós-parto, não é possível dizer que o médico é o responsável pelos problemas psicológicos da vítima após o parto da filha dela.

Talvez, o melhor caminho teria sido o médico, verificando as divergências entre ele e a paciente, bem como a realidade e os limites científicos, ter colocado a situação e dado a ela a chance de procurar um outro profissional, algo que poderia ter evitado maiores sofrimentos para todos.

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

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

[...]

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

No caso da decisão proferida pelo juiz de direito da 25ª Vara Criminal de São Paulo, observamos que houve o reconhecimento da verbalização dos diversos palavrões e palavras de baixo calão proferidos pelo experiente médico, tendo o juiz, no entanto, desconsiderado a vulnerabilidade da gestante e justificado o comportamento do profissional por conta de nervosismo e das circunstâncias imprevisíveis decorrentes de um parto natural. Como se não bastasse, há a revitimização da mulher, tenho em vista que o juiz culpa a estrutura física de Shantal, aduzindo ser “pessoa de compreensões físicas menores (sic)” e a escolha pela via de parto normal quando afirma que “não se pode olvidar o fato de que a vítima, pessoa que não é médica obstetra, estabeleceu que o parto da sua filha seria natural e sem cortes (episiotomia)”.

Ora, no entendimento do magistrado Carlos Alberto Corrêa de Almeida Oliveira, a vítima, ao optar a pelo parto normal e sem a intervenção do procedimento episiotomia (que, como acima explicitado, contraria as evidências científicas), no exercício de sua autonomia e com anuência do obstetra denunciado, conhecido no meio das celebridades pela realização do “parto humanizado”, teria sido a verdadeira culpada pela lesão de seu períneo e pelo comportamento agressivo do médico denunciado.

Vale ressaltar que a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo¹ destaca que a episiotomia, quando bem justificada, pode proteger o períneo contra lacerações graves, ressaltando, no entanto, que esses efeitos são conflitantes e que

a episiotomia não deve ser realizada sem o consentimento da parturiente, após esclarecimento dos motivos que justificam sua realização. É necessário assegurar a compreensão da mulher sobre a necessidade do procedimento, solicitando o seu consentimento, antes da realização da episiotomia, fundamentalmente antes do início do período expulsivo (FEBRASGO, 2018).

Frise-se, contudo, que a Febrasgo possui posicionamento contrário ao uso do termo violência obstétrica afirmando que se trata “de uma expressão criada com evidente conotação preconceituosa que, sob o falso manto de proteger a parturiente,

¹ Recomendações Febrasgo parte II- Episiotomia. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia>. Acesso em 09 de janeiro de 2023.

criminaliza o trabalho de médicos e enfermeiros na nobre e difícil tarefa de atendimento ao parto” (FEBRASGO, 2022).

Como, no Brasil, não há lei federal que discipline e criminalize a violência obstétrica, as condutas praticadas pelo médico Renato Kalil, no processo ora analisado, foram enquadradas em lesão corporal (artigo 129 do Código Penal)² e violência psicológica contra a mulher (artigo 147-B do Código Penal)³. Examinados os tipos penais, na opinião desta autora, restaram cometidos os referidos delitos pelo médico obstetra, agindo com equívoco o magistrado de primeiro grau ao rejeitar a denúncia protocolada pelo *Parquet* estadual.

Ao rejeitar a denúncia oferecida pelo MPSP, o magistrado, além de desconsiderar os indícios suficientes de materialidade e de autoria (o parto foi filmado e o obstetra acusado, em interrogatório policial, confirmou ter proferido palavras contra a parturiente, sua paciente), não valorou adequadamente as declarações da vítima. Acerca da valoração da palavra da vítima nos julgamentos que envolvem violência de gênero, o Conselho Nacional de Justiça – CNJ⁴, no recente Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero 2021, prescreve que:

Faz parte do julgamento com perspectiva de gênero a alta valoração das declarações da mulher vítima de violência de gênero, não se cogitando de desequilíbrio processual. O peso probatório diferenciado se legitima pela vulnerabilidade e hipossuficiência da ofendida na relação jurídica processual, qualificando-se a atividade jurisdicional, desenvolvida nesses moldes, como imparcial e de acordo com o aspecto material do princípio da igualdade (art. 5º, inciso I, da Constituição Federal) (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2021, p.85).

² Artigo 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:
Pena - detenção, de três meses a um ano.

³ Artigo 147-B. Causar dano emocional à mulher que a prejudique e perturbe seu pleno desenvolvimento ou que vise a degradar ou a controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, chantagem, ridicularização, limitação do direito de ir e vir ou qualquer meio que cause prejuízo à sua saúde psicológica e autodeterminação.
Pena - reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa, se a conduta não constitui crime mais grave.

⁴ A publicação do Protocolo constitui mais um instrumento para que se alcance a igualdade de gênero, objetivo de desenvolvimento sustentável – ODS 5 da Agenda 2030 da ONU, com a qual se comprometeram o Conselho Nacional de Justiça e o Supremo Tribunal Federal. A publicação, em síntese, traz um guia aos magistrados para que os julgamentos que ocorram nos diversos âmbitos da Justiça (estadual, federal, trabalhista, militar e eleitoral) possam ser realizados em respeito ao direito à igualdade e ao direito a não discriminação de todas as pessoas, “de modo que o exercício da função jurisdicional se dê de forma a concretizar um papel de não repetição de estereótipos, de não perpetuação de diferenças, constituindo-se um espaço de rompimento com culturas de discriminação e de preconceitos”. Disponível em <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/10/protocolo-18-10-2021-final.pdf>. Acesso em 09 de janeiro de 2023.

Ademais, do Protocolo consta um tópico que versa sobre a violência obstétrica, no qual consta a ressalva de que ainda que, no Brasil, não se tipifique como crime autônomo da violência obstétrica, deve ser observada a existência de tratados e de documentos internacionais, além da Constituição Federal, da legislação infraconstitucional e dos regulamentos técnicos, diplomas que funcionam como mecanismos para a punição na esfera criminal (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2021, p. 89). É preciso, pois, que o Judiciário lance um olhar sobre as vulnerabilidades inerentes ao gênero, a fim de evitar a vitimização secundária das mulheres nos casos de violência, inclusive no caso da violência obstétrica.

Por fim, no teor da decisão, foi possível notar a confusão, muito comum na jurisprudência do TJSP ⁵, entre erro médico e violência obstétrica, quando o juiz afirma, por exemplo, que “não foi constatado erro médico ou procedimento inadequado por parte do médico e que por si só tenham causado as lesões verificadas na região vaginal da vítima, em especial, no seu períneo”. Ora, a lesão corporal que se imputa ao médico é a dolosa e prescinde da ocorrência do erro médico, no qual a responsabilidade do médico está fundamentada na culpa.

Rogério Sanches Cunha (2023) adverte que o dano emocional (artigo 147-B do Código Penal e o dano à saúde (artigo 129 do Código Penal) apresentam conceitos distintos:

O dano à saúde mental, caracterizador do crime do art. 129, CP, não se confunde com abalo emocional, caracterizador do crime de violência psicológica, art. 147-B, CP. No crime do art. 129, a conduta do agente provoca uma patologia médica; já no crime do art. 147-B, a conduta do agente não gera qualquer tipo de patologia somática. (CUNHA, 2023, p. 264-265)

⁵ Sobre a análise da jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo acerca da violência obstétrica, esta pesquisadora apresentou estudo no Congresso Interdisciplinar de Direitos Humanos e Fundamentais – CDHF 2022, evento internacional realizado entre os dias 14 e 16 de dezembro de 2022, na qualidade de autora do trabalho: O uso do termo violência obstétrica na jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP). No trabalho, foram apresentadas as seguintes conclusões: “Verificou-se que, na jurisprudência do TJSP, o tema da violência obstétrica acaba sendo restringido aos aspectos da responsabilidade civil e do direito consumerista. Não se suscitam direitos reprodutivos, violência de gênero, direitos dos pacientes ou imputação de responsabilidade criminal. Inclusive, quando do período de busca dos acórdãos (novembro de 2021), não foi encontrada disponível para análise qualquer decisão em ação penal e apenas poucas decisões em sede de ações civis públicas, o que vem a demonstrar que o entendimento sobre o tema tem ganhado contornos de direito privado. É preciso, pois, aprofundar o debate acadêmico sobre a violência obstétrica, de modo a analisar a temática sob o prisma da saúde reprodutiva e dos direitos humanos”. Acerca da temática, conferir, ainda, a recente obra “Violência Obstétrica: Análise Jurisprudencial no TJ/SP”, das pesquisadoras Ana Beatriz Cruz Nunes e Patrícia Borba Marchetto.

Assim, temos que o dano emocional pode ser aferido pelo operador do direito, diante dos mais variados meios de prova, sem que haja a necessidade do laudo pericial. Um argumento que consolida a desnecessidade do laudo pericial no crime do artigo 147-B do Código Penal é que a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, que, em casos de exasperação de penas, admite a prova do abalo emocional sofrido com base em depoimentos e a gravidade da violência praticada contra as vítimas⁶.

Ou seja, entendemos que a decisão no caso Shantal culpabiliza a mulher e exime o médico de qualquer conduta danosa. Há, por consequência, uma revitimização da mulher violentada, que deve, a todo custo, seja por orientação do CNJ (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2021, p. 89), seja por orientação das Cortes Internacionais, ser evitada.

⁶ Nesse sentido, consultar os seguintes julgados: STJ. Agravo Regimental no HC nº 735.005/PR. Relator Ministro Reynaldo Soares da Fonseca, julgado em 25/10/2022 e STJ. Agravo Regimental no HC nº 720.369/SC. Relator Ministro Antonio Saldanha Palheiro, julgado em 24/05/2022.

APÊNDICE C – CONSULTA DO TERMO “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA” REALIZADA NA JURISPRUDÊNCIA DOS TRIBUNAIS REGIONAIS FEDERAIS BRASILEIROS

Com o objetivo de avaliar o posicionamento dos Tribunais Federais sobre a violência obstétrica, esta pesquisadora realizou um breve levantamento da Jurisprudência dos Tribunais Regionais Federais brasileiros (TRF1, TRF2, TRF3, TRF4 e TRF5), tendo chegado às seguintes conclusões: 1) quando adotado o critério de busca “violência obstétrica” apenas o Tribunal Regional Federal da 4ª Região apresentou 3 (três resultados)¹, não tendo surgido resultados para os demais tribunais; 2) da análise dos 3 resultados encontrados (2 acórdãos e 1 decisão monocrática) depreende-se que a violência obstétrica não foi abordada sob o viés dos direitos reprodutivos e da violência de gênero, imperando a análise sob a ótica da responsabilidade civil, bem como a relativização dos direitos conquistados (caso da Lei do Acompanhante que foi desrespeitada em virtude da COVID-19).

Para melhor ilustrar as conclusões adotadas, transcrevem-se as ementas dos acórdãos e trecho da decisão monocrática. Vejamos:

EMENTA: REMESSA NECESSÁRIA CÍVEL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PARTURIENTE. ACOMPANHAMENTO POR FAMILIAR OU TERCEIRO POR ELA INDICADO NO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO. LEI 8.080/1990. LEI 11.108/2005. LEI 12.895/2013. AVISO INFORMATIVO. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. FLEXIBILIZAÇÃO COVID-19. 1. Desde o ano de 2005 é inquestionável o direito da parturiente ser acompanhada por uma pessoa por ela indicada durante todo o período de trabalho de parto, durante o parto e durante o pós-parto imediato no âmbito do SUS, seja em rede hospitalar própria, seja em rede hospitalar conveniada. 2. A partir de 2013 é imposição legal a manutenção de aviso informativo a respeito desse direito em local visível das dependências dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS. **3. No que concerne à flexibilização temporária da decisão que deferiu a tutela de urgência, deve ser mantida. Tal conclusão é inafastável, tendo em vista persistir a pandemia Covid-19 e, por consequência, a manutenção das recomendações de isolamento social e redução de aglomerações e, ademais, considerando o disposto na Nota Técnica n. 12/2020, do Ministério da Saúde, em relação a gestantes e parturientes.** (TRF4 5001211-70.2020.4.04.7005, TERCEIRA

¹ Consulta realizada em 21 de novembro de 2022, nos seguintes sites: <https://portal.trf1.jus.br/portalf1/pagina-inicial.htm>; <https://www10.trf2.jus.br/portal/>; <https://www.trf3.jus.br/>; <https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=principal&> e <https://www.trf5.jus.br/>. Os julgados encontrados no TRF4 foram os seguintes: **a)** TRF4 5001211-70.2020.4.04.7005, TERCEIRA TURMA, Relatora MARGA INGE BARTH TESSLER; **b)** TRF4, AC 5005760-05.2015.4.04.7101, TERCEIRA TURMA, Relatora VÂNIA HACK DE ALMEIDA; **c)** TRF4, AC 5005760-05.2015.4.04.7101, TERCEIRA TURMA, Relatora VÂNIA HACK DE ALMEIDA – decisão monocrática.

TURMA, Relatora MARGA INGE BARTH TESSLER, juntado aos autos em 12/05/2021) (negritou-se)

EMENTA: DIREITO CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. AÇÃO INDENIZATÓRIA. ARTIGO 141 DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. ALEGAÇÕES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOMENTE APRESENTADAS DEPOIS DE ESTABILIZADA A DEMANDA. FALHA NO ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR AFASTADA PELA PROVA PERICIAL. PROCEDIMENTO CONFORME A LITERATURA MÉDICA ESPECIALIZADA. AUSÊNCIA DE ERRO MÉDICO. NEXO DE CAUSALIDADE ROMPIDO. DEVER DE INDENIZAR NÃO CONFIGURADO. 1. Conforme o artigo 141 do Código de Processo Civil, o juiz decidirá o mérito nos limites propostos pelas partes, sendo-lhe vedado conhecer de questões não suscitadas a cujo respeito a lei exige a iniciativa da parte. Assim, alegações de violência obstétrica que não foram apresentadas na petição inicial, e sim somente depois de estabilizada a demanda, não ensejam a nulidade da sentença quando o juiz, ao proferi-la, delimita a lide, deixando de examiná-las. 2. Seguindo a linha de sua antecessora, a atual Constituição Federal estabeleceu como baliza principiológica a responsabilidade objetiva do Estado, adotando a teoria do risco administrativo. Consequência da opção do constituinte é que, de regra, os pressupostos da responsabilidade civil do Estado são três: a) uma ação ou omissão humana; b) um dano injusto ou antijurídico sofrido por terceiro; c) o nexo de causalidade entre a ação ou omissão e o dano experimentado por terceiro. 3. Em se tratando de comportamento omissivo, a jurisprudência vinha entendendo que a responsabilidade do Estado deveria ter enfoque diferenciado quando o dano fosse diretamente atribuído a agente público (responsabilidade objetiva) ou a terceiro ou mesmo decorrente de evento natural (responsabilidade subjetiva). Contudo, o tema foi objeto de análise pelo Supremo Tribunal Federal em regime de recurso repetitivo no Recurso Extraordinário nº 841.526, definindo-se que "a responsabilidade civil do Estado por omissão também está fundamentada no artigo 37, §6º, da Constituição Federal, ou seja, configurado o nexo de causalidade entre o dano sofrido pelo particular e a omissão do Poder Público em impedir a sua ocorrência - quando tinha a obrigação legal específica de fazê-lo - surge a obrigação de indenizar, independentemente de prova da culpa na conduta administrativa (...)". **4. Afastada pela perícia a tese de que houve falha no tratamento médico prestado pelo hospital ou erro por parte dos profissionais da medicina, não se configura o dever de indenizar, pois rompido o nexo de causalidade entre os fatos e os danos alegados.** (TRF4, AC 5005760-05.2015.4.04.7101, TERCEIRA TURMA, Relatora VÂNIA HACK DE ALMEIDA, juntado aos autos em 18/02/2020) (negritou-se)

DECISÃO (trechos selecionados por esta pesquisadora): Trata-se de agravo de instrumento contra decisão que, em ação civil pública ajuizada pelo MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL em face do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA indeferiu a tutela de urgência em que pretendia suspender imediatamente os efeitos da Resolução n. 193/2019 do órgão de classe regional que, entre outras disposições, proibiu a participação do médico na assistência planejada ao trabalho de parto, parto e assistência imediata ao recém nato fora do ambiente hospitalar. O MPF alegou, em preliminar, a nulidade da decisão proferida por juízo absolutamente incompetente. No mérito, repisou alegação no sentido do preenchimento dos requisitos para a concessão da tutela provisória, sustentando, em suma, que o ato normativo fere gravemente o direito das mulheres de optarem pelo local e/ou profissional que escolheram ter por perto no momento do seu parto, além de cercear arbitrariamente o direito do profissional médico que atua em partos extra-hospitalares. Postulou, liminarmente, a concessão do pedido de tutela de urgência, *inaudita altera pars*, para determinar a suspensão integral e imediata da Resolução CRM-

SC nº. 193/2019, nos termos do artigo 300 do Código de Processo Civil. Alternativamente ao pedido anterior, caso não se entenda pela tutela de urgência, a concessão de tutela de evidência, nos termos do artigo 311 do Código de Processo Civil, para a suspensão integral e imediata da Resolução CRM-SC nº. 193/2019. É o relatório. Decido.

Preliminar

Nos termos do §4º do art. 64 do CPC, conservar-se-ão os efeitos da decisão proferida pelo juízo incompetente até que outra seja proferida, se for o caso, pelo juízo competente. Assim, afasto, por ora, a preliminar.

Mérito

Em cognição sumária, da mesma forma que a decisão agravada, não identifiquei prova inequívoca da verossimilhança das alegações do Ministério Público Federal, notadamente em face das informações que foram prestadas pelo Conselho Regional de Medicina. **É de ser prestigiada, por ora, a cautela do órgão de classe na edição da referida resolução, a fim de que se possa, no curso da instrução processual, melhor investigar a amplitude dos riscos existente na realização do parto domiciliar planejado, inclusive com dados técnicos, a fim de aquilatar se a restrição imposta pela resolução atenta contra direitos da gestante e do médico, como bem observou o Magistado de primeiro grau. Assim, mantenho a decisão agravada (..)** (TRF4, AG 5002135-47.2020.4.04.0000, TERCEIRA TURMA, Relator SÉRGIO RENATO TEJADA GARCIA, juntado aos autos em 29/01/2020) (negritou-se)

Assim, pela leitura dos acórdãos e decisão aqui colacionados (que dizem respeito à jurisprudência federal de 2º grau), tem-se que é necessário e urgente o engrossamento do debate acadêmico, de modo a examinar a temática sob o ângulo da saúde reprodutiva e dos direitos humanos. A Academia precisa ecoar nas petições dos advogados, dos defensores públicos e do Ministério Público, a fim de que os tribunais venham a encarar os casos de violência obstétrica como sendo casos de violação de direitos humanos das mulheres. Não está dando certo enquadrar as sucessivas violações aos corpos femininos na gestação, parto e pós-parto e situações de abortamento sob o prisma do erro médico e sob a responsabilidade civil lastreada na culpa, prevista no Código Civil e no Código de Defesa do Consumidor.