

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Direito e Ciências do Estado**  
**Programa de Pós-Graduação em Direito**

**Ana Clara Matias Brasileiro**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM JULGAMENTO:**  
**etnografia de acórdãos sobre um conceito em disputa**

**Belo Horizonte**  
**2023**

**ANA CLARA MATIAS BRASILEIRO**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM JULGAMENTO:  
etnografia de acórdãos sobre um conceito em disputa**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Direito, na Área de Estudos Antropologia do Direito, Interlegalidades e Sensibilidades Jurídicas, inserida na Linha de Pesquisa Direitos humanos e Estado democrático de direito: fundamentação, participação e efetividade.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Camila Silva Nicácio

**Belo Horizonte**

**2023**

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Junio Martins Lourenço - CRB/6-3167.

B823v Brasileiro, Ana Clara Matias

Violência obstétrica em julgamento [manuscrito]: etnografia de acórdãos sobre um conceito em disputa / Ana Clara Matias Brasileiro.-- 2023.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Direito.

Inclui bibliografia.

1. Direitos humanos - Teses. 2. Parto (Obstetrícia) - Teses. 3. Poder judiciário - Teses. 4. Etnologia jurídica. 5. Violência obstétrica. I. Nicácio, Camila Silva. II. Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Direito. III. Título.

CDU: 342.7 (81)



## ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA ANA CLARA MATIAS BRASILEIRO

Realizou-se, no dia 26 de setembro de 2023, às 09:00 horas, Sala Mieta Santiago, no 12o andar, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM JULGAMENTO: etnografia de acórdãos sobre um conceito em disputa*, apresentada por ANA CLARA MATIAS BRASILEIRO, número de registro 2019666973, graduada no curso de DIREITO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em DIREITO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Camila Silva Nicacio - Orientador (UFMG), Prof(a). Fabiana de Menezes Soares (Faculdade de Direito), Prof(a). Bárbara Gomes Lupetti Baptista (Universidade Federal Fluminense), Prof(a). Ana Lúcia Pastore Schritzmeyer (USP), Prof(a). Stephania Gonçalves Klusza (IESC/UFRJ).

A Comissão considerou a tese:

( x ) Aprovada, tendo obtido a nota: 95.

( ) Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 26 de setembro de 2023.

Camila Silva Nicacio:02755842679

Assinado de forma digital por Camila Silva  
Nicacio:02755842679  
Dados: 2023.10.04 12:34:27 -03'00'

Prof(a). Camila Silva Nicacio ( Doutora ) Nota: 95

Prof(a). Fabiana de Menezes Soares ( Doutora ) Nota: 95

Barbara Gomes Lupetti Baptista  
barbaralupetti@id.uff.br:07937  
162767

Assinado de forma digital por Barbara  
Gomes Lupetti Baptista  
barbaralupetti@id.uff.br:07937162767  
Dados: 2023.10.03 16:53:12 -03'00'

Prof(a). Bárbara Gomes Lupetti Baptista ( Doutora ) Nota: 95

Prof(a). Ana Lúcia Pastore Schritzmeyer ( Doutora ) Nota: 95

Prof(a). Stephania Gonçalves Klusza ( Doutora ) Nota: 95

*À mamãe  
escrevendo dissertação  
enquanto me ensinava dever de casa.*

*À vovó Glória,  
que se foi, mas vive em mim.*

## AGRADECIMENTOS

Há dois espaços aos quais minha atenção se volta especialmente em produções acadêmicas e literárias: os agradecimentos e as dedicatórias. Antes mesmo de desbravar quaisquer outras páginas, é para eles que corro curiosa.

São frestas por onde quem se dispõe à escrita, em especial a jurídica, ainda tão afeita às formalidades impessoalizantes, se permite aparecer. Mesmo que por frases curtas ou que jamais venhamos a conhecer o rosto daqueles nomes, nessas frestas, os autores nos contam que não estão sozinhos.

Ao final desse processo de mais de cinco anos, desde o início do processo seletivo até a finalização desta tese, cabe a mim apenas agradecer a Deus pelo cuidado e por cada uma dessas muitas pessoas sem as quais este trabalho não seria possível. Por sua causa, nunca estive sozinha neste caminho. E a vocês dedico todo meu afeto e reconhecimento...

À Professora Dr.<sup>a</sup> Camila Silva Nicácio, pela imprescindível orientação, tão respeitosa, dedicada, segura e aberta. Sou infinitamente grata por toda a parceria, pelo apoio sempre que preciso, pela precisão com que instigou cada escolha – sem nunca decidir por mim, mas me dando subsídios para seguir os melhores caminhos – e por estar atenta (e me provocar a atenção) aos meus passos para muito além da pesquisa. Em um doutorado marcado pelas transformações e incertezas provocadas pela pandemia, foi incrível, mesmo que a distância, ter Camila por perto.

À minha família, por todo amor e estrutura dos quais alguém pode precisar para se desenvolver e por acreditar na educação emancipadora. Obrigada, vovô Zezão, vovó Lia, vovô Inácio e vovó Glória (que, do céu, olha por mim), tios e primos e priminhos, pelas bênçãos, colos, causos, momentos e por tanta comida boa acompanhando tudo isso. Obrigada, Floquinho, por me lembrar da importância de persistir e de viver o presente, vamos guardar você pra sempre em nossos corações. Obrigada, Luna, pela serenidade, por me ajudar a me centrar e lembrar do que realmente importa. Obrigada, Carol, por nunca me permitir ser menos do que eu posso ser. Obrigada, papai, pelos estímulos, pelas leituras compartilhadas e por ser tão irredutível na decisão pela felicidade. Obrigada, mamãe, por ser a maior inspiração e apoio em cada um dos projetos aos quais me propus na vida, por me amparar e impulsionar.

A Aluísio, meu parceiro, meu amor, que, ao longo deste doutorado, aceitou se tornar meu marido, por me dar coragem e segurança. Por acreditar em mim, mesmo quando eu começo a duvidar. Por me ajudar a duvidar do que acredito com certezas perigosas. Pelo amor traduzido em ação. Pelo compartilhamento de sonhos, projetos, gargalhadas. Por ser meu companheiro de aventuras.

À família com a qual a vida me presenteou, Auro, Lisa, Ana Elisa, Rafael, Dona Neusa, Dona Selma e tantos tios e primos que ganhei nesses últimos anos, por me acolherem com tanta alegria, ternura e conversa boa. Ao Daniel, colega, cunhado e amigo (se caí nessa loucura de tentar o doutorado mesmo antes de terminar o mestrado, boa parte devo ao seu encorajamento). Dono de uma determinação tão grande, que, não cabendo apenas em si, vira incentivo a quem está por perto. Sou grata pela sorte de estar por perto.

Aos meus vizinhos, que me dão a alegria de aprender a estar em comunidade, em especial ao Raul, por me chamar para brincar e comer pipoca. Em meio a tantas coisas de adulto, nossa amizade é uma brisa suave que me enche de frescor e disposição. Aos meus amigos de toda a vida, pela força, pelo amor, pela diversão, pelo contraditório, por continuarem me convidando, mesmo sabendo que eu posso não ir. Por participarem, cada um ao seu modo, deste processo de me tornar pesquisadora, obrigada, Renata, Laura, Vinícius, Bruna, Paulo, Lívia, Carlos, Rebeca, Dayana, Clément, Jérem, Naga, Sagner, Cibelih, Gab, Raminho, Leo, Lu, Rayner, Kym, Ivana, Tchô, Tiago, Daniela Machado, Rayara, Patrícia, Luiz Cláudio, Marco Antônio, Christiane, Millene, Tâmara, Isadora, Melina, André e Sarah...

Aos colegas e amigos que compartilharam comigo a caminhada na pós-graduação. Poder contar, dividir dificuldades e conquistas com vocês foi um refrigerio. Obrigada, especialmente, Carla, Denison, Rafaella, Leo, João, Fernando, Anna Camila, Daniel, Nina e Giovanna, os meus queridíssimos parceiros de pesquisa no Dom – Grupo de Pesquisa em Antropologia do Direito. Que ambiente incrível nós estamos construindo (mais um motivo para agradecer à Camila). À Fernanda Pereira e à professora Flávia Siqueira, pesquisadoras brilhantes e extremamente dedicadas, com quem tanto aprendi e troquei em nossas pesquisas sobre violência obstétrica. E à Professora Lívia Mendes Moreira Miraglia, minha orientadora no mestrado, que, ao longo de minha jornada no direito do trabalho, tanto valorizou e incentivou meu interesse por outras questões do mundo e não pensou duas vezes antes de me apoiar na decisão de mudar de área para pesquisar esse tema que tanto me move. A todas

as pesquisadoras, de agora e de antes – que possibilitaram que eu ocupe este lugar – e de depois – em quem eu espero por um mundo mais plural.

Aos professores Ana Beatriz Viana Mendes, Eduardo Viana Vargas e Ruben Caixeta de Queiroz, e aos colegas que me acolheram nas disciplinas de Teoria Antropológica Clássica e Teoria Antropológica Contemporânea. Apesar de todo o esforço, não foram raras as vezes em que, por falta de conhecimento prévio, tinha interpretações completamente descabidas dos textos ou das aulas. Foi a generosidade de pessoas incríveis que fez com que o processo fosse tão leve e proveitoso. Como fui feliz naquelas tardes de 2019, na FAFICH! Obrigada, Lucas Brandão (com quem compartilhei a aventura de ser forasteira no PPGAN), Bárbara El-dine, Bianca Retes, Bianca Zacarias, Thiago Camargo, Célia Xakriabá, Alessandro Pataxó, Iru, Roque Wai Wai, Amanda Jardim, Mauro Baracho, Ilklyn, Lívia, Marcos Vinícius, Marco, Vanuzia, Raquel, Victória e Marina. Tenho um orgulho danado de ter estudado e aprendido com vocês.

Ao corpo técnico e administrativo que faz com que seja possível o funcionamento do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFMG. Perdi a conta de quantas vezes cada uma dessas pessoas me auxiliou, sempre com enorme presteza e cuidado.

Por permitir que eu aprendesse junto a elas, agradeço às duas turmas que me receberam durante estágio de docência. Ao primeiro raiar do retorno às aulas presenciais, conhecer vocês me permitiu um novo esperar *com* o Direito.

À Prof.<sup>a</sup> Miracy Barbosa de Sousa Gustin, exemplo para mim e para todos nós que nos dispomos à pesquisa jurídica. Obrigada, professora, por cada palavra, por sua presença. Sinto-me honrada pela oportunidade de ter sido, durante um ano, aluna da senhora, que é minha mestra para toda a vida.

Aos pesquisadores que confiam e confiaram em mim para revisar seus textos ou mentoreá-los em suas pesquisas. É uma honra ser, por vezes, a primeira leitora de uma obra, e é uma responsabilidade que recebo com alegria a de sugerir meios para aprimorá-la. Sei o quão desafiador pode ser permitir que outra pessoa leia seu trabalho, identifique onde é preciso melhorar, sugira alterações... Felicidade a minha ter clientes que estão dispostos a abraçar as oportunidades de crescimento que esse processo pode (nos) proporcionar.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, a CAPES, que financiou esta pesquisa, e me permitiu desenvolvê-la com tranquilidade, justamente quando meu corpo exigiu que eu focasse meus esforços.

Às mulheres que permitiram que eu fosse mais forte do que qualquer dor e encontrasse a energia para seguir em frente. Júlia Rios, nutricionista que transformou em desafio e motivação o medo, a preocupação e a confusão que, por tanto tempo, senti ao comer. Daniela Curi, fisioterapeuta que me salvou, quando, com o braço lesionado havia quase dois anos, estive a ponto de desistir da escrita. Yaminia Reyes, minha professora de Pilates, que me ensina que, para criar força, *não* é preciso sentir dor. E Célia, educadora física que me lembra de que, ainda que haja incômodos, eu sou capaz de muitas e boas coisas. Vocês têm me permitido um novo horizonte.

Às professoras Ana Lúcia Pastore Schritzmeyer, Bárbara Gomes Lupetti Baptista, Fabiana Soares de Menezes, Mônica Sette Lopes e Stephania Gonçalves Klujsza, e ao professor Luís Roberto Cardoso de Oliveira, pela honra de terem aceitado o convite para participarem da avaliação deste trabalho, nas bancas de qualificação e na de defesa da tese. Sou grata por todo o tempo dedicado à leitura e ao diálogo, por todo o auxílio direto ou indireto à construção desta pesquisa, na esperança de que a interlocução continue e floresça.

Às mulheres que permitiram que eu estivesse ao lado delas durante o período intenso em que gestavam e traziam ao mundo uma nova vida. Enquanto suas famílias se transformavam, eu também via frutificar sua luta e as lutas coletivas por uma realidade mais respeitosa para dar à luz no Brasil. E via o que mais era preciso modificar. A cada parto, também eu renasci. Às ativistas, doulas, enfermeiras obstetras, médicas, mães, pesquisadoras... às mulheres engajadas que comigo dividiram experiências, desejos, frustrações, causas, estratégias, artes e vigor. Sem vocês, esta pesquisa jamais teria sido sonhada. Obrigada por partilharem comigo a força que são. Que somos, juntas.

Posso dizer que eu dei uma sorte danada nesta vida, por encontrar pessoas tão bacanas no caminho, a me acolher, formar, transformar e me permitir conviver, ouvir e aprender tanto. Serei eternamente grata por sua generosidade. Espero ter conseguido retribuir.

*Serei eu considerada uma  
mãe, se eu desejar parir a  
minha própria vida?*

*Parir a mim mesma.*

Stella Moraes

## RESUMO

Apesar de não haver, no Brasil, um consenso em relação ao conceito de violência obstétrica, as evidências indicam sua ocorrência, sendo que uma em cada quatro mulheres relata ter sofrido alguma forma de violência por parte da equipe que a assistia durante gestação, parto e pós-parto. Apesar disso, são relativamente poucos os julgados em cujo inteiro teor ela seja encontrada. Nesta pesquisa, busca-se investigar o tratamento dado pelo Judiciário brasileiro a casos envolvendo violência obstétrica, identificar e analisar os tipos de demandas que, quando julgadas, ensejam a utilização da expressão e, por fim, verificar se há alguma tendência pelo reconhecimento ou não do dever de indenizar danos em função da prática de violência obstétrica. Para tanto, foi realizada uma pesquisa teórica em que se discutiu o embate dos modelos de assistência ao parto, o descortinamento da violência obstétrica, a partir da ideia de insulto moral, e o combate a essa forma de violência, com estratégias de comunicação que a localizaram como um problema público, como um capítulo contemporâneo na luta pelos direitos humanos das mulheres. Em seguida, adotou-se a metodologia de etnografia de documentos, realizando pesquisa quantitativa e análise panorâmica do conjunto de julgados, em primeiro plano, análise quali-quantitativa dos acórdãos julgados pelo TJMG e análise qualitativa de processos emblemáticos para o campo com foco na argumentação e no tratamento dado a violência obstétrica em cada caso. Considerando as compreensões e disputas sobre o tema, foi possível constatar que, do embate entre os modelos de assistência tecnicista e humanizado, possibilita-se o questionamento de práticas protocolares, corriqueiras e naturalizadas, na obstetrícia praticada com a hospitalização do parto. Essas novas demandas, chegando aos tribunais brasileiros, têm recebido tratamentos difusos, não sendo possível identificar, no *corpus* analisado, uma compreensão conceitual estabilizada. Vê-se, contudo, uma mobilização mais frequente, embora ainda tímida, da expressão, algo que faz parte do processo de expansão dos direitos.

**Palavras-chave:** Violência Obstétrica; Etnografia de Documentos; Insulto Moral; Antropologia do Direito; Humanização do Parto.

## ABSTRACT

Although there is no consensus in Brazil on the concept of obstetric violence, the evidence indicates that it does occur, with one in four women reporting having suffered some form of violence from the team assisting them during pregnancy, childbirth and the postpartum period. Despite this, there are relatively few judgments in which it is found. This research aims to investigate the treatment given by the Brazilian judiciary to cases involving obstetric violence, to identify and analyze the types of claims that, when judged, give rise to the use of the expression and, finally, to verify whether there is any tendency to recognize or not the duty to compensate damages due to the practice of obstetric violence. Therefore, theoretical research was carried out to discuss the clash between models of childbirth care, the unveiling of obstetric violence, based on the idea of moral insult, and the fight against this form of violence, with communication strategies that locate it as a public problem, as a contemporary chapter in the fight for women's human rights. The methodology of ethnography of documents was then adopted, carrying out quantitative research and panoramic analysis of the set of judgments, in the foreground, qualitative and quantitative analysis of the judgments judged by the TJMG and qualitative analysis of emblematic cases for the field with a focus on the argumentation and treatment given to obstetric violence in each case. Considering the understandings and disputes on the subject, it was possible to see that the clash between the technician and humanized models of care has made it possible to question protocol practices, which are commonplace and naturalized, in obstetrics practiced with the hospitalization of childbirth. These new demands, which have reached the Brazilian courts, have received diffuse treatment, and it was not possible to identify a stabilized conceptual understanding in the corpus analyzed. There is, however, a more frequent, albeit still timid, use of the term, which is part of the process of expanding rights.

**Keywords:** Obstetric Violence; Ethnography of Documents; Moral Insult; Anthropology of Law; Humanization of Childbirth.

## RESUMEN

Aunque no haya consenso en Brasil acerca del concepto de violencia obstétrica, las evidencias indican que ocurre, pues una de cada cuatro mujeres declara haber sufrido algún tipo de violencia por parte del equipo que las asiste durante el embarazo, el parto y el puerperio. A pesar de ello, son relativamente pocas las decisiones judiciales en las que se la constata. El objetivo de esta investigación es investigar el tratamiento dado por el poder judicial brasileño a los casos de violencia obstétrica, identificar y analizar los tipos de demandas que, cuando juzgadas, dan lugar al uso de la expresión y verificar si existe alguna tendencia a reconocer o no el deber de indemnizar daños y perjuicios como consecuencia de la práctica de la violencia obstétrica. Para ello, se realizó un estudio teórico en el que discutimos el choque entre los modelos de atención al parto, el develamiento de la violencia obstétrica, a partir de la idea de insulto moral, y el combate a esa forma de violencia, con estrategias de comunicación que la sitúan como un problema público, en cuanto capítulo contemporáneo de la lucha por los derechos humanos de las mujeres. La metodología adoptada fue la etnografía documental, realizando una investigación cuantitativa y un análisis panorámico del conjunto de las sentencias, en primer plano, el análisis cualitativo y cuantitativo de las sentencias emitidas por el TJMG y el análisis cualitativo de casos emblemáticos para el campo, centrándose en los argumentos y el tratamiento dado a la violencia obstétrica en cada caso. Considerando las comprensiones y disputas sobre el tema, fue posible constatar que el choque entre los modelos tecnicista y humanizado de atención ha permitido cuestionar prácticas protocolares, habituales y naturalizadas en la obstetricia con la hospitalización del parto. Estas nuevas demandas, que han llegado a los tribunales brasileños, han recibido un tratamiento difuso, y no fue posible identificar una comprensión conceptual estabilizada en el corpus analizado. Sin embargo, es más frecuente, aunque todavía tímida, la activación de la expresión, algo que forma parte del proceso de ampliación de derechos.

**Palabras clave:** Violencia Obstétrica; Etnografía de los Documentos; Insulto Moral; Antropología del Derecho; Humanización del Parto.

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Foto integrante do projeto 1 em 4: retratos da violência obstétrica, da fotógrafa Carla Raiter – relato e cicatriz de cesárea aceita com base em informações parciais ou distorcidas .....	76
Figura 2 – Foto integrante do projeto 1 em 4: retratos da violência obstétrica, da fotógrafa Carla Raiter – relato e cicatriz de episiotomia .....	77
Figura 3 – Foto integrante do projeto 1 em 4: retratos da violência obstétrica, da fotógrafa Carla Raiter – relato de violação do direito a acompanhante ..	78
Figura 4 – Pôster do primeiro filme da trilogia <i>O Renascimento do Parto</i> .....	79
Figura 5 – Pôsteres dos filmes 2 e 3 da trilogia <i>O Renascimento do Parto</i> .....	80
Figura 6 – Exposição Sentidos do Nascer no Parque das Mangabeiras.....	82
Figura 7 – Estações "Gestação" e "Loja de Conveniências da Maternidade Cirúrgica" na Exposição Sentidos do Nascer.....	83
Figura 8 – Estações "Controvérsias" e "Nascimento" na Exposição Sentidos do Nascer .....	84
Figura 9 – Imagens de divulgação da campanha #partocomrespeito .....	92
Figura 10 – O Caminho dos Acórdãos .....	102
Figura 11 – Trecho do 4º acórdão, exarado pelo TJRJ, em que a apelação é reproduzida, com foto ilegível de trecho do prontuário.....	181
Figura 12 – Trecho do 4º acórdão, exarado pelo TJRJ, em que há reprodução de documento destacado pelos apelantes .....	182
Figura 13 – Trecho do prontuário médico reproduzido pelo 4º acórdão, julgado pelo TJRJ.....	183

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Violências sofridas durante o atendimento ao parto .....	26
Gráfico 2 – Alcance da violência e principais intervenções desnecessárias no trabalho de parto no Brasil .....	89
Gráfico 3 – Julgados em cujo inteiro teor consta a expressão “violência obstétrica” – Busca realizada entre 3 e 5 de abril de 2022, referente ao período de 01/01/2004 a 15/07/2021 .....	112
Gráfico 4 – Dispersão geográfica dos acórdãos encontrados – Brasil (busca: de 3 a 5/04/2022; publicação: de 01/01/2004 a 15/07/2021) .....	115
Gráfico 5 – Número de acórdãos publicados por ano pelos TJs com a expressão “violência obstétrica” (2004-2022).....	123
Gráfico 6 – Números anuais de acórdãos do JTMG (até 28/03/2021) .....	126
Gráfico 7 – Números anuais de acórdãos do JTMG (2015-2022).....	127
Gráfico 8 – Localização das sedes das comarcas de origem dos processos cujos acórdãos utilizam a expressão “violência obstétrica” .....	132
Gráfico 9 – Dispersão geográfica dos processos apresentados na primeira página na ordenação “por relevância” do Jusbrasil para busca por “violência obstétrica” (realizada em 13/11/2022).....	143
Gráfico 10 – Inadequação do número de consultas de pré-natal (por região) .....	156

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias de desrespeito e abuso, direitos correspondentes e exemplos de situações de violência obstétrica.....	44
Quadro 2 – Os modelos Tecnocrático, Humanizado e Holístico de assistência ao parto e cuidados em saúde .....	52
Quadro 3 – Conceituação das formas de violência obstétrica de acordo com reportagem da Revista Época .....	90

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos julgados publicados entre 1º/01/2004 e 15/07/2021 por tipo de documento .....	109
Tabela 2 – Número de acórdãos publicados por cada tribunal (pesquisa entre 3 e 5/04/2022 sobre período entre 01/01/2004 a 15/07/2021) .....	113
Tabela 3 – Número de acórdãos com a expressão "violência obstétrica" publicados a cada ano, por cada Tribunal de Justiça (para busca realizada entre 3 e 5/04/2022 relativa ao período entre 01/01/2004 e 15/07/2021).....	118
Tabela 4 – Adequação dos componentes da assistência pré-natal segundo características maternas, Brasil, 2011 a 2012.....	157

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CPC	Código de Processo Civil
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CPN	Centro de Parto Normal
CRA	<i>Congo Reform Association</i>
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CRMMG	Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DPE/AM	Defensoria Pública do Estado do Amazonas
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EUA	Estados Unidos da América
FCF	frequência cardíaca fetal
Febrasgo	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
MBE	Medicina baseada em evidências
MSD	Merck Sharp & Dohme (hoje, Merck & Co., Inc., farmacêutica)
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
OCR	<i>Optical Character Recognition</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PPP	(suítes para) Pré-parto, parto e pós-parto imediato
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
RPP	Rede Parto do Princípio
Sesc	Serviço Social do Comércio
STF	Supremo Tribunal Federal

STJ	Superior Tribunal de Justiça
TJAC	Tribunal de Justiça do Acre
TJAL	Tribunal de Justiça do Alagoas
TJAM	Tribunal de Justiça do Amazonas
TJAP	Tribunal de Justiça do Amapá
TJBA	Tribunal de Justiça da Bahia
TJCE	Tribunal de Justiça do Ceará
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios
TJES	Tribunal de Justiça do Espírito Santo
TJGO	Tribunal de Justiça de Goiás
TJMG	Tribunal de Justiça de Minas Gerais
TJMS	Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul
TJMT	Tribunal de Justiça de Mato Grosso
TJPA	Tribunal de Justiça do Pará.
TJPB	Tribunal de Justiça da Paraíba
TJPE	Tribunal de Justiça de Pernambuco
TJPE	Tribunal de Justiça de Pernambuco
TJPI	Tribunal de Justiça do Piauí
TJPR	Tribunal de Justiça do Paraná
TJRJ	Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro
TJRN	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte
TJRO	Tribunal de Justiça de Rondônia
TJRR	Tribunal de Justiça de Roraima
TJRS	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul
TJSC	Tribunal de Justiça de Santa Catarina
TJSE	Tribunal de Justiça do Sergipe
TJSP	Tribunal de Justiça de São Paulo
TJTO	Tribunal de Justiça de Tocantins
TRF1	Tribunal Regional Federal da 1ª Região
TRF4	Tribunal Regional Federal da 4ª Região
TRF6	Tribunal Regional Federal da 6ª Região
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>1.1 Percursos e motivações da pesquisadora e da pesquisa</b> .....	<b>21</b>
<b>1.2 Objetivos</b> .....	<b>29</b>
1.2.1 <i>Objetivo geral</i> .....	29
1.2.2 <i>Objetivos específicos</i> .....	29
<b>1.3 Convenções e escolhas para a construção epistemológica</b> .....	<b>30</b>
<b>1.4 A estrutura composicional da tese</b> .....	<b>37</b>
<b>2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DA SINGULARIDADE DO SOFRIMENTO À GENERALIDADE DO FENÔMENO</b> .....	<b>39</b>
<b>2.1 Violência obstétrica: discussão conceitual</b> .....	<b>40</b>
<b>2.2 Modelos de assistência ao parto e compreensão técnico-científica do problema</b> .....	<b>45</b>
<b>2.3 Imagens no movimento: a estética como instrumento de construção de uma nova moralidade acerca da assistência obstétrica</b> .....	<b>61</b>
2.3.1 <i>Relatos de parto: narrativas individuais pela luta coletiva</i> .....	67
2.3.2 <i>Imagens, imaginação e horizontes possíveis</i> .....	73
2.3.3 <i>Construindo um problema público</i> .....	85
<b>3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM JULGADOS: ANÁLISE DE DADOS</b> .....	<b>94</b>
<b>3.1 Das ferramentas escolhidas para os levantamentos</b> .....	<b>96</b>
<b>3.2 Desafios, limites e possibilidades da pesquisa com acórdãos</b> .....	<b>101</b>
<b>3.3 Do recorte temporal adotado para os levantamentos</b> .....	<b>106</b>
<b>3.4 Compreensão panorâmica do cenário: análise quantitativa</b> .....	<b>108</b>
<b>3.5 Aproximando a análise: acórdãos julgados pelo TJMG</b> .....	<b>125</b>
<b>3.6 Em busca das sutilezas: cinco acórdãos relevantes para o campo</b> .....	<b>140</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>192</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>196</b>
<b>GLOSSÁRIO DO CAMPO OBSTÉTRICO</b> .....	<b>209</b>
<b>GLOSSÁRIO DO CAMPO JURÍDICO</b> .....	<b>212</b>
<b>ANEXO A – COMPILAÇÃO DOS ACÓRDÃOS ANALISADOS NO ITEM 3.6</b> .....	<b>214</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*"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 arreventada" e "Vou ter que dar um monte de pontos na perereca dela"...*

(médico Renato Kalil em momento do parto da influenciadora digital Shantal Verdelho, em 13 de setembro de 2021)<sup>1</sup>.

A gestação e o nascimento de um filho geram expectativas e emoções variadas para a mulher. Na tensão entre medo, insegurança, alegria, ansiedade, excitação, dúvida, orgulho, estranhamentos, a equipe de assistência se apresenta como o apoio necessário para que ela possa ter uma vivência positiva. Essa confiança, no entanto, muitas vezes, é frustrada.

No Brasil, uma em cada quatro mulheres afirma ter sofrido algum tipo de violência obstétrica (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC, 2010), associada, principalmente, à realização de procedimentos de forma dolorosa e sem informar que os faria, à recusa de atendimento ou de método de alívio da dor e a tratamentos humilhantes e vexatórios, muitas vezes, com gritos de impropérios (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC, 2010).

Testemunha dessa realidade, a epígrafe traz voz dissonante com o momento, porém, nitidamente ouvida no vídeo do nascimento de Domênica, filha da influenciadora digital, Shantal Verdelho, que buscou o atendimento de um reconhecido médico obstetra. Compartilhadas entre amigos, as imagens ganharam repercussão nacional em dezembro de 2021, provocando indignação na sociedade brasileira, especialmente de outras mulheres que reconheceram naquelas falas e imagens certo espelhamento das próprias experiências. Assim, o que parecia ser um infeliz desvio da norma, que seria uma assistência respeitosa, representava práticas tão comuns que já são até nomeadas: violência obstétrica.

Trata-se de abusos físicos, práticas sem consentimento, violências verbal e emocional, discriminação a atributos específicos e cerceamento à autodeterminação e à autonomia da pessoa, práticas essas que configuram violações aos direitos humanos das mulheres (Bianca ZORZAM; Priscila CAVALCANTI, 2016). A despeito

---

<sup>1</sup> Transcrição retirada da denúncia do caso pelo Ministério Público de São Paulo.

das evidências, o caso apresentado parece estar longe de terminar (ou de começar). Apesar de em 25/10/2022, o Ministério Público ter apresentado denúncia por lesão corporal e danos emocionais no contexto de violência obstétrica, contra o médico Renato Kalil, o juízo de Primeiro Grau decidiu por rejeitá-la, seis dias depois, em 31 de outubro de 2022, alegando ausência de provas.

No Brasil, o parto normal, mais frequente em estabelecimentos públicos, geralmente ocorre com excesso de intervenções, o que acaba por intensificar a dor e aumentar os riscos. Na rede privada, por sua vez, a cirurgia cesariana, muitas vezes desnecessária e pré-agendada, se apresenta como a alternativa para minimizar o sofrimento. Nesse cenário, o Brasil é um dos países com o maior percentual de cesárias no mundo, sendo a via de nascimento de 56% dos brasileiros nascidos em 2019 (BRASIL, 2020).

Esses dados, que por si só já causam estranheza, tornam-se ainda mais alarmantes se forem levadas em conta as declarações contidas na Carta de Fortaleza (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1985), que argumenta que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e afirma que nada justifica taxa maior que 10% a 15%.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma, ainda, que,

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem *abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto* nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação (OMS, 2014, p. 1, grifos meus).

Considerando tal situação, a entidade declara que “toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso” e “convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos” (OMS, 2014, p. 1).

Apesar de recorrente, essa forma de violência segue sendo invisibilizada e as denúncias formais são raras. Desde 2017, o Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher, criado em 2005, distingue, em seu relatório anual, a violência obstétrica como um tipo específico de violação. Naquele ano, foram 74 as denúncias de violência obstétrica recebidas, 0,10% do total de denúncias (BRASIL, 2018). Em 2018, ano em que houve mudança no fluxo do disque 180 para que todas as violências relatadas pudessem ser registradas como denúncia e encaminhadas ao órgão competente, o número se manteve estável, em 75, o que representou, na verdade, uma queda em

termos relativos, passando a ser 0,08% das denúncias totais no Ligue 180 (BRASIL, 2019a)<sup>2</sup>.

Com a difusão midiática do debate em torno do tema<sup>3</sup>, ocorreu um aumento significativo no número de denúncias registradas pelo Ligue 180, no ano de 2019. Apenas entre janeiro e abril, foram registradas 260 denúncias de violência obstétrica, número que, embora dez vezes superior ao computado no mesmo período do ano anterior, ainda é ínfimo se considerado o universo de mulheres que sofrem práticas violentas durante a assistência gravídico-puerperal (CERDEIRA, 2019). Isso evidencia a invisibilidade das violências obstétrica e neonatal, inclusive perante a comunidade jurídica, invisibilidade essa fortalecida, em grande parte, pelo argumento de autoridade de quem a pratica. É perceptível, assim, a existência de múltiplas barreiras ao enfrentamento desse problema, desde sua percepção até sua coibição, tendo em vista acontecer no interior de relações marcadas por assimetrias de poder e informação (DAVIS-FLOYD, 2001).

Mesmo após vencidas as dificuldades para denúncia, muitas das demandas não são judicializadas, conforme constatado em pesquisa preliminar para este estudo<sup>4</sup>. Diante do contexto delineado, faz-se relevante tomar essa problemática como objeto de pesquisa jurídica para buscar compreender como têm sido tratadas as causas envolvendo violência obstétrica que chegam ao Judiciário brasileiro, o que traduzi na seguinte pergunta: Qual é o tratamento dado pelo Judiciário brasileiro a casos envolvendo violência obstétrica?

### **1.1 Percursos e motivações da pesquisadora e da pesquisa**

Ao final de 2015, quando concluía minha graduação em Direito na Universidade Federal de Minas Gerais, ouvi, pela primeira vez, a expressão “violência obstétrica”. Além da consternação em descobrir o que parecia absurdo – mulheres serem violentadas pelas equipes que deveriam assisti-las durante a gestação, o parto e o

---

<sup>2</sup> Esse canal não é o único em que a violência obstétrica pode ser denunciada, mas o único cujos dados estavam disponíveis para acesso.

<sup>3</sup> Como exemplos, em 2018, houve o lançamento de dois documentários da trilogia “O renascimento do parto”, além de uma edição do programa de TV do canal Rede Globo “Profissão Repórter, em 12/12, os quais ganharam repercussão nacional.

<sup>4</sup> Em 15/07/21, realizei busca no agregador de jurisprudência Jusbrasil, por meio do descritor “*violência obstétrica*”, sendo que os dados encontrados e relatados na seção 1.3 desta tese são insignificantes em relação ao índice de mulheres que, de acordo com a Fundação Perseu Abamo e o Sesc (2010) estariam sofrendo tal violência.

puerpério –, incomodou-me particularmente o fato de ter sido no YouTube, e não na Faculdade, que aquela discussão chegara até mim.

Participava do maior grupo de Facebook do Brasil sobre coletores menstruais. Uma colega me contara da novidade desse “copinho” de silicone que, inserido no canal vaginal, coleta – em vez de absorver – o fluxo menstrual. Naquele grupo, ela recomendou, eu poderia tirar dúvidas e ler sobre as experiências de outras mulheres usando o coletor. A princípio, interessava-me apenas saber se aquele item que prometia ser prático, ecológico, econômico, higiênico e eficiente era mesmo tudo isso. E, após convencida de que valeria a tentativa, descobrir qual comprar e como usá-lo. As trocas no grupo, contudo, abrangiam muito mais do que esses temas “práticos” ligados ao objeto que provocou sua criação. Os impactos que esse dispositivo vem promovendo nas ordens prático-simbólicas e etiquetas da menstruação, bem como na percepção do próprio corpo e, mesmo, na articulação de saberes femininos e feministas já foram bem documentados por Letícia Wons (2016, 2019). Considero que eu seja testemunha de muitas dessas mudanças.

A mudança de percepção que me trouxe a esta pesquisa aconteceu de modo quase fortuito. Uma das participantes do grupo, a Aláya Dullius, que se apresentava como acupunturista e doula, compartilhou um vídeo que tinha postado em seu canal no YouTube sobre sua experiência de quase 8 anos usando o coletor menstrual. Nele, explicava o que era e como usar e contava como ele “mudara sua vida” (DULLIUS, 2015a).

Após esse vídeo, o algoritmo iniciou, automaticamente, outro do mesmo canal, cujo título era “Menstruação tabu e autonomia feminina”. Ali, ela refletia, como se fosse uma conversa já iniciada, com amigas, a partir de uma pergunta que recebera: “o modo como a sociedade vê a mulher influencia na gestação, no parto e na qualidade da maternidade que essa mulher vai exercer?”. Estranhei, a princípio, que essa pergunta tivesse provocado um vídeo com aquele título.

Ao longo do raciocínio construído por ela, pude reconhecer muitas vivências minhas, de amigas próximas ou virtuais. Seu ponto era que a mulher, desde menina, é extremamente tutelada e sofre violências quase sutis que tolhem sua autonomia, que fazem com que ela sinta nojo, vergonha e, especialmente, medo de processos naturais do feminino. Exemplo bastante concreto seria a consulta com ginecologista quando da primeira menstruação. Outro, seria a prescrição de anticoncepcionais a meninas no início da adolescência, não por seus efeitos contraceptivos, mas para

controlar a menstruação e o ciclo menstrual, com suas fases mais expansivas e mais introspectivas.

A partir de eventos como esses, dizia Aláya, as meninas vão aprendendo que são insuficientes e que não sabem decidir o que é melhor para si. Há sempre um médico ou uma mulher em posição de autoridade que deve dizer a ela o que fazer, como agir, como intervir para que seu corpo funcione corretamente. Tal processo teria seu apogeu na gestação, quando a mulher

[...] tem de lidar com outras decisões, que são muito grandes. E aí ela é bombardeada com terrorismos contra o parto normal (porque ele muitas vezes é feito de forma desnecessariamente *violenta* e mal conduzida e errada, no Brasil). Mas ele pode ser uma experiência boa. E pode ser uma grande experiência da sexualidade feminina. Porque é um evento sexual na vida de uma mulher, é um grande evento. E começa com sexo, né, gente? Começa no sexo, termina no parto. E é normal. Mas a gente é tão bombardeada com essa sociedade de controle, e de deixar na mão de outra pessoa as decisões do nosso corpo, que a gente não sabe o que fazer. E a gente foi sendo infantilizada desde tão pequenininha, que parece que a gente não tem inteligência pra tomar as próprias decisões sobre a nossa própria vida, nosso próprio corpo. Então, a mulher grávida parece que vira uma criancinha. Vendem produtos extremamente infantis, fotos abraçando ursinhos, fotos com coisas fofinhas rosinhas ou sapatinho na barriga... e a gente vai fazendo, porque é o normal, porque todo mundo faz. E às vezes a gente não para pra pensar em por que a gente está fazendo essas coisas e essas escolhas... (DULLIUS, 2015b, min 20:00-21:19).

O modo tranquilo e despretensioso, ainda que com revolta e racionalidade, como Aláya falava sobre o assunto me prendeu por quase 40 minutos, somando ambos os vídeos. Mas, especialmente, me intrigaram algumas coisas muito diferentes que ela dizia, tal como a infantilização da gestante, logo após comentar sobre experiências extremamente próximas à minha vida, intercaladas com ensinamentos da medicina tradicional chinesa (MTC). Ao final do vídeo, apenas queria entender como ela acessara essas informações e construía essa linha de pensamento que, mesmo em grupos feministas, eu jamais tinha debatido. E mais, o que ela queria dizer com o parto normal ser feito de “forma desnecessariamente violenta e mal conduzida e errada”?

Bem, acupunturistas eu conhecia... Algumas vezes recorrera a essa técnica da medicina tradicional chinesa para lidar com crises de enxaqueca. Mas não acreditava virem dessa experiência dela os pensamentos que me desafiavam.

Voltei ao início do vídeo para lembrar o nome da outra profissão com a qual Aláya se apresentava: doula. Não me lembrava de já ter ouvido essa palavra antes. Busquei no Google. A primeira resposta era um conceito próximo ao dado por

Fadynha, a primeira doula do município do Rio de Janeiro: “mulher treinada e com experiência em nascimentos, que provê suporte físico, emocional e informacional à mulher e sua família durante o trabalho de parto, parto e pós-parto” (2011, p. 9).

A definição, porém, não foi o único resultado da pesquisa. Notícias sobre marchas pelo *parto humanizado*, reconstituições históricas de como o parto foi transferido do âmbito familiar para os hospitais (TORNQUIST, 2004), críticas ao que chamavam medicalização do corpo e dos processos femininos (VIEIRA, 2008; RHODEN, 2002), questionamento às altas taxas de nascimentos via cirurgia cesariana no Brasil e denúncias contra procedimentos dolorosos, perigosos e ultrapassados que continuariam sendo praticados nas maternidades brasileiras (como, por exemplo, amarrar a mulher à maca ou empurrar com força sua barriga para, em tese, facilitar a saída do bebê<sup>5</sup>).

Todos esses temas (e mais tantos outros correlatos) chegaram até mim com essa busca, porque as doulas não são apenas acompanhantes de parto profissionais, como descobri, mas, em muitos dos casos, também se identificam como ativistas feministas, em um campo de saber e de prática bastante disputado. Como descreve Raquel Simas,

Apesar dos avanços e retrocessos na legitimação das doulas enquanto grupo que postula verdades sobre parturição e maternidade, é notório o crescimento deste grupo com a oferta de cursos de formação e a criação de vários grupos de gestantes, organizados por elas. As redes sociais ampliaram a divulgação dos ideais do Movimento pela Humanização do Parto, os quais as doulas são defensoras. Estas mulheres são hábeis em usar a militância virtual ao seu favor, tanto para promover o seu trabalho, quanto para defender o modelo de assistência “humanizado”. A mobilização, contudo, não fica restrita ao espaço virtual, elas se fazem presentes em atos que levantam outras bandeiras feministas além dos direitos reprodutivos (SIMAS, 2016, p. 133).

Impactada por essa face da realidade que se descortinara, conversei sobre o tema com amigas, colegas e parentes, que se identificavam ou não como feministas. Percebi que eram poucas as pessoas do meu convívio que tinham conhecimento sobre essa forma de violência contra a mulher. Por outro lado, quase todos com quem falei sobre o assunto passaram a relatar casos próprios ou de pessoas próximas em

---

<sup>5</sup> Sobre essa manobra, no dossiê *Violência obstétrica: “Parirás com dor”*, elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, em 2012 (p. 103), consta que “A compressão abdominal pelas mãos que envolvem o fundo do útero constitui a manobra de Kristeller. Este recurso foi abandonado pelas graves consequências que lhe são inerentes (trauma das vísceras abdominais, do útero, descolamento da placenta).” (Obstetrícia Normal, manual de BRIQUET) (DELASCIO; GUARIENTO, 1970:329)”.

que a assistência obstétrica fora, no mínimo, estranha e, muitas vezes, negligente ou truculenta.

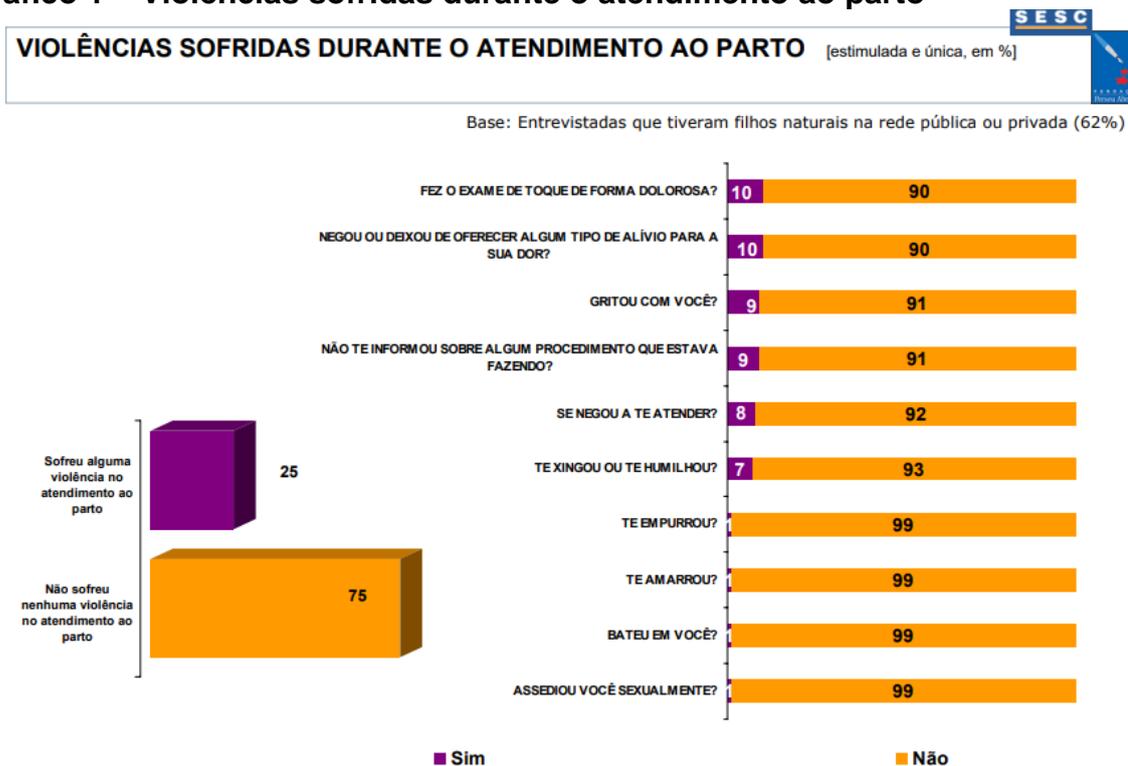
Naquela mesma época, integrava um grupo de estudos sobre trabalho da mulher, coordenado pela professora Dr.<sup>a</sup> Livia Mendes Moreira Miraglia (que viria a ser minha orientadora no mestrado). Nesse grupo, entrei em contato com a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, publicada pela Fundação Perseu Abramo e pelo Serviço Social do Comércio (Sesc), em 2010. Após o encontro, analisando mais detidamente os diversos quadros, gráficos e tabelas sobre a percepção das e dos entrevistados sobre ser mulher no Brasil, vi que havia, dentre perguntas sobre divisão sexual do trabalho, percepções sobre machismo e feminismo, violência doméstica, corpo, mídia, sexualidade e mulher e democracia, um capítulo inteiro destinado à saúde reprodutiva e ao aborto.

Acessar o dado de que uma em cada quatro mulheres relatou ter sofrido violências durante o atendimento ao parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC, 2010) transformou minha compreensão sobre cada um daqueles relatos informais que vinha ouvindo, assim como das denúncias sobre as quais lera *online*. De desvios infelizes, por vezes trágicos, mas raros, de um padrão de assistência respeitosa, passei a vê-los como os testemunhos de um grave problema de saúde pública que são.

Reproduzo abaixo o gráfico que condensa dados que foram importantes para que eu chegasse a essa resignificação. As respostas são à 41<sup>a</sup> pergunta da entrevista feita com 2.365 mulheres em 25 unidades federativas das cinco macrorregiões do Brasil. Responderam a essa pergunta as 62% dessas mulheres (1.466) que tiveram filhos naturais nas redes pública ou privada.

Tratava-se de pergunta estimulada: “Vou falar algumas coisas que podem acontecer no atendimento ao parto e gostaria que você dissesse se aconteceram ou não com você. Na hora do parto, algum profissional no serviço de assistência: (...)” (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC, 2010, p. 173). Por essa razão, é possível que algumas formas de violência não tenham sido relatadas e que outras, apesar de tratadas como “violências sofridas durante o atendimento ao parto” pelos pesquisadores, não sejam assim reconhecidas pelas mulheres atendidas.

## Gráfico 1 – Violências sofridas durante o atendimento ao parto



P41. Vou falar algumas coisas que podem acontecer no atendimento ao parto e gostaria que você dissesse se aconteceram ou não com você. Na hora do parto, algum profissional no serviço de assistência:

177

**Fonte:** Fundação Perseu Abramo; Sesc, 2010, p. 173.

Em 2015, contudo, quando entrei em contato com essa questão, buscando no sistema de consulta a jurisprudência do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), não havia sequer um acórdão julgado em que a expressão se fizesse presente. Esse aparente “desinteresse” – ou, no mínimo, a demora – do Direito frente a um problema que me parecia tão urgente foi, inclusive, parcialmente responsável por que eu buscasse uma formação e uma atuação paralela como doula. Minha esperança era de que, apoiando o processo de escolha informada e sugerindo formas não farmacológicas de aliviar a dor e proporcionar mais conforto para mulheres durante sua gestação, parto e pós-parto, eu pudesse auxiliar no fortalecimento da autonomia da mulher nesse momento e, conseqüentemente, aumentar suas chances de ter um parto respeitoso.

Comecei a doular pouco antes de iniciar o Mestrado na UFMG, em que desenvolvi pesquisa na área de Direito do Trabalho. Faz parte desse trabalho, além de assistir as mulheres em trabalho de parto, buscando que aquela seja uma experiência o mais positiva possível, prestar apoio físico (com métodos não

farmacológicos de alívio da dor), emocional (com encorajamento, atenção e validação de seus sentimentos) e informacional. Parte importante do apoio informacional se dá na preparação para o nascimento do bebê, na construção do plano de parto, um documento que condensa as principais decisões e preferências da mulher, previamente estudadas e avaliadas.

No diálogo com cada mulher, ou mediando rodas de preparação para o parto, no Ishtar – Espaço para Gestantes, percebia falhas do sistema normativo atual em garantir a integridade, física, sexual e psíquica de gestantes, parturientes, puérperas, nascituros e recém-nascidos. Por outro lado, tinha a possibilidade de tomar conhecimento e vivenciar cenários respeitosos com a mulher, o bebê e sua família, o que fez crescer não apenas o meu interesse empírico, mas também acadêmico em torno do assunto.

Em 2018, o meu projeto foi aprovado no processo seletivo do doutorado na área de Antropologia do Direito, Interlegalidade e Sensibilidades Jurídicas. Na ocasião, pelo contexto em que estava inserida, alinhada a princípios da Legística, propus buscar estratégias eficazes para a realização dos fins reivindicados pelos movimentos ativistas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento. No entanto, na interlocução com a minha orientadora, Dr.<sup>a</sup> Camila Silva Nicácio, com a professora Dr.<sup>a</sup> Mônica Sette Lopes, durante os Seminários Metodológicos, e com outras pesquisadoras e advogadas do campo, convenci-me de que a natureza do problema não parecia residir no campo da lacuna normativa, mas no da hermenêutica jurídica, que pudesse permitir ver violações dos direitos das mulheres em fatos ocorridos na assistência gravídico-puerperal. Essas reflexões reconfiguraram o problema da minha pesquisa, direcionando-o para a explicitação do tratamento dado pelo Judiciário brasileiro a casos envolvendo violência obstétrica.

Tal reconfiguração se justifica, principalmente, por tratar-se de questão de extremo relevo social. Tanto em razão da recorrência da violência obstétrica no Brasil, percebida por, pelo menos, um quarto das puérperas (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC, 2010), quanto pelos riscos que impõe às mulheres e a seus filhos. Em 2011, o Comitê para Implantação da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1979), condenou o Brasil, no caso

Alyne *versus* Brasil (COMITÊ CEDAW, 2011)<sup>6</sup>, que tratou de mortalidade materna em razão de assistência médica de má qualidade, com diversas condutas que se caracterizam como violência obstétrica. Nessa ocasião, o Estado Brasileiro reconheceu que 90% das mortes maternas no país são evitáveis. Há de se lembrar que, a meta 3.1 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável é, para as Nações Unidas, “Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos”, tendo o Brasil estabelecido para si uma taxa ainda menor, de, no máximo, 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (IPEA, 2019). Tais metas tornam o enfrentamento da violência obstétrica objeto de interesse da comunidade internacional.

A pesquisa se insere no contexto das disputas em torno da expansão dos Direitos Humanos das mulheres, baseando-se nas diversas e pulverizadas fontes normativas que informam as práticas da assistência ao parto e ao nascimento. Incluem-se dentre essas fontes o costume e normas internas às instituições de saúde contrárias à legislação, em articulação com os dois paradigmas de assistência atualmente existentes no Brasil. São eles o medicalizado (tecnocrático), atualmente predominante e questionado, e o humanizado, ainda incipiente, mas cuja implementação maciça é reivindicada por grupos ativistas e incentivada pela normatização do Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Além disso, é tema de grande importância técnico-jurídica. São inúmeras as barreiras culturais, educacionais, políticas, práticas, psicológicas e econômicas que as vítimas de violência obstétrica têm de vencer para, ainda durante a gestação ou o

---

<sup>6</sup> Esse caso foi o primeiro relacionado à morte materna submetido à jurisdição internacional. Envolveu uma mulher de 28 anos, pobre, preta e com sintomas de gravidez de alto risco, que entrou em trabalho de parto, em 11/11/2002, e morreu, após a perda do feto, em decorrência de uma série de negligências no atendimento médico-hospitalar. “Em 11 de novembro de 2002, Alyne da Silva Pimentel Teixeira—uma mulher brasileira, de 28 anos, negra, pobre e grávida – foi à Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, uma clínica de saúde privada em Belford Roxo, no estado do Rio de Janeiro. Apesar de apresentar sintomas de gravidez de alto risco, o médico que realizou o atendimento a mandou de volta para casa. Contudo, seus sintomas se agravaram nos dois dias seguintes, de forma que ela retornou à clínica. A esta altura os médicos não conseguiram mais detectar os batimentos cardíacos fetais. Seu parto foi induzido seis horas depois, resultando em um feto natimorto. A cirurgia para extrair a placenta ocorreu catorze horas mais tarde, apesar de dever ter ocorrido imediatamente após a indução do parto. Devido ao fato da saúde de Alyne estar se deteriorando rapidamente, ela teve que ser transferida a um serviço de saúde público mais especializado, mas ainda teve que esperar mais de oito horas para ser transferida ao Hospital Geral de Nova Iguaçu. Alyne morreu depois de mais de 21 horas sem receber assistência médica. Ela deixou uma filha de cinco anos de idade”. (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, S/D).

puerpério, formalizarem denúncia das violações que entendem ter sofrido. Considerando a necessidade de erradicação da assistência violenta, é de suma importância compreender o tratamento que tem sido dado às questões que chegam ao Judiciário, uma vez que é ele quem, precipuamente, interpreta o Direito, traduzindo-o para a vida cotidiana.

Por fim, acredito ser relevante pontuar que eu me insiro neste trabalho como mulher de classe média, racializada na branquitude, que jamais vivenciou uma gestação, que nasceu no Norte de Minas Gerais e mora na capital do estado desde os 15 anos de idade. Diante disso, entendo que há limitações em minha possibilidade de entendimento do problema, especialmente quanto às experiências de atendimento obstétrico às mulheres menos privilegiadas da população, às quais acesso, principalmente, por meio de estudos, documentos ou relatos informais em primeira ou terceira pessoa. Por isso mesmo, saliento que não pretendo falar em nome de ninguém, mas apresentar uma contribuição que possa viabilizar uma melhor compreensão desse fenômeno, em prol da melhoria dos cuidados obstétricos no Brasil. Cabe-me, enquanto pesquisadora da área de Antropologia do Direito, abordar o tema da violência obstétrica, a fim de informar a elaboração de políticas públicas e atuações estratégicas para a melhoria da assistência obstétrica e enfrentamento dessa forma de violência contra a mulher.

## **1.2 Objetivos**

### *1.2.1 Objetivo geral*

Explicitar o tratamento dado pelo Judiciário brasileiro a casos envolvendo violência obstétrica.

### *1.2.2 Objetivos específicos*

- a) Refletir sobre o embate existente entre modelos tecnocrático e humanizado de assistência ao parto;
- b) elucidar as origens da discussão e a compreensão técnico-científica de violência obstétrica;
- c) descrever o processo de disputa por ampliação dos direitos humanos no Brasil, via combate à violência obstétrica;

- d) levantar os julgados de tribunais brasileiros que mencionem a expressão “violência obstétrica”;
- e) discernir que tipos de demandas e práticas obstétricas são reclamadas judicialmente como violência obstétrica e quais, quando julgadas, ensejam a utilização da expressão;
- f) compreender quais são a(s) representação(ões) de “parto” e o(s) conceito(s) de “violência obstétrica” que tem sido consolidado pelo Judiciário no Brasil;
- g) identificar os argumentos fáticos e jurídicos que fundamentam as decisões favoráveis ou contrárias à reparação dos danos;
- h) analisar se há alguma tendência pelo reconhecimento ou não do dever de indenizar danos em função da prática de violência obstétrica e sob qual tratamento jurídico.

### **1.3 Convenções e escolhas para a construção epistemológica**

A construção de uma pesquisa científica, especialmente as de abordagem qualitativa, caso deste estudo, requer do pesquisador a assunção de posicionamentos teóricos e metodológicos que a caracterizem. Isso é necessário porque a metodologia, característica fundamental da construção do conhecimento científico, é múltipla e varia, o que demanda do cientista a construção de um caminho que não está pronto ao se iniciar o percurso, mas vai se constituindo, na medida em que ele avança.

Maria Cecília de Souza Minayo (2001) considera a pesquisa qualitativa como a abordagem que

trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2001, p. 21).

Mais especificamente, a abordagem antropológica aplicada à pesquisa jurídica tem se tornado mais frequente nas últimas décadas. De acordo com Miracy Gustin, Maria Tereza Fonseca Dias e Camila Silva Nicácio (2020), em diálogo com Shelton Davis (1973), essa perspectiva reconhece que todas as sociedades têm sistemas de regras e códigos que estabelecem direitos e deveres, resultando em conflitos que são regulados por mecanismos institucionalizados.

No entanto, elas reforçam o alerta feito por Roberto Kant de Lima e Bárbara Lupetti Baptista (2014) para o fato de que a intersecção entre a Antropologia e o Direito

ainda enfrenta desafios devido às suas distintas posturas epistemológicas: aquela, pressupõe a relativização de verdades, enquanto este nelas se reproduz. Apesar das dificuldades, a abordagem antropológica oferece uma perspectiva valiosa sobre o direito ao questionar aspectos aparentemente naturais da realidade cotidiana. Não se trata mais de exotismo cultural, uma vez que os próprios pesquisadores são parte integrante da cultura em estudo. A abordagem jus-antropológica visa a compreender o direito, suas instituições e agentes dentro de seus respectivos contextos, com o objetivo de identificar características e padrões específicos dentro desse campo (GUSTIN; DIAS; NICÁCIO, 2020).

Coerente com esses preceitos, permeei os meios da revisão bibliográfica e da etnografia de documentos para alcançar o intento deste estudo, cuja natureza é qualitativa. Assim, à medida que fui me aprofundando no tema, participando de disciplinas, grupos de pesquisa, cursos livres, congressos e outros eventos, fui fazendo escolhas e construindo o meu percurso metodológico. Esse posicionamento epistemológico, embora seja condizente com os princípios do campo jus-antropológico, gerou em mim certas inseguranças, uma vez que, ao lidar com o desconhecido, muitas escolhas foram realizadas apenas no “corpo a *corpus*”, para usar o termo de Ribeiro (1999).

A sustentação bibliográfica foi construída com base, principalmente, nos estudos continuados de Simone Diniz (1997, 2001, 2005), relativos à humanização da assistência obstétrica; de Luiz Roberto Cardoso de Oliveira (2008, 2011), no que se refere à discussão sobre insulto moral; de Robbie Davis-Floyd (2022, 2001) e Brigitte Jordan (1979), que descrevem aspectos culturais da assistência ao parto, tendo aquela, inclusive, introduzido a teoria antropológica dos três paradigmas de assistência ao parto (tecnocrático, humanizado e holístico); de Stephania Klujsza (2019), que descreve como a violência obstétrica se construiu socialmente como um problema; de Mariana Pulhez (2022), que realizou a etnografia do conceito de violência obstétrica no Brasil; de Flávia Siqueira (2021), que aprofunda debate sobre os reflexos penais de intervenções médicas arbitrárias em gestantes e parturientes; de Sharon Sliwinski (2006, 2009) e de Lynn Hunt, que falam sobre a importância de narrativas e estéticas como subsídios a concepções de novos direitos humanos e de novos sujeitos de direitos humanos; e Daniel Cefai (2009, 2011), que se dedica aos estudos de problemas públicos. Com esses estudos, pude refletir sobre o embate existente entre modelos tecnocrático e humanizado de assistência ao parto, além de

elucidar as origens da discussão, a compreensão técnico-científica de violência obstétrica e como isso afeta e é afetado pelo Direito.

Paralelamente aos estudos bibliográficos, em contato com os grupos de trabalho do Encontro Nacional de Antropologia do Direito (ENADIR, 2021), pude aprofundar os estudos acerca da metodologia de etnografia de documentos, como apresentada por Letícia Ferreira e Laura Lowenkron (2020). Trata-se de uma postura de pesquisa em que documentos são considerados artefatos etnográficos. Nessa perspectiva, etnografar documentos é ter diferentes formas de se relacionar com processos, laudos, ofícios, cartas e outros tantos tipos de registros escritos. Ferreira e Lowenkron (2020) chamam a atenção para os efeitos e as dimensões performativas dos documentos. Para elas, não se pergunta apenas o que eles dizem, mas também o que eles fazem ou permitem fazer. E acrescentam que “documentos não só registram realidades pré-existentes, mas também são tecnologias centrais na produção e fabricação das realidades que governam, sejam elas corpos, territórios, relações” (FERREIRA; LOWENKRON, 2020, p. 9). Quebra-se, assim, o paradigma da observação participante, inerente à etnografia, mas se acrescenta uma visão crítica e contextualizada na análise documental.

Perseguindo as potencialidades dessa estratégia de pesquisa, assumo-a como escolha fundamental a guiar minha postura e minhas ações na construção de uma resposta para a questão deste estudo. Os documentos em análise serão os acórdãos encontrados por meio do descritor “violência obstétrica”, nos sistemas de busca de jurisprudência da Plataforma Jusbrasil e dos Tribunais de Justiça de Minas Gerais (TJMG) e, suplementarmente, da Bahia (TJBA) e de Pernambuco (TJPE)<sup>7</sup>.

Por organizar, centralizar e disponibilizar grande acervo com julgados de todos os tribunais, permitindo a consulta simultânea a vários órgãos, a plataforma Jusbrasil é considerada o principal serviço de jurisprudência privado do Brasil, de acordo com pesquisa sobre Serviços de Jurisprudência desenvolvida pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2021. Especialmente por essa razão, aliada a fatores que mais detalhadamente descrevo na seção 3.1, foi essa a ferramenta escolhida para a seleção da maior parte dos julgados que compõem a amostra. Subsidiariamente, consultei também os sistemas de busca para os quais o Jusbrasil não retornara

---

<sup>7</sup> Fiz busca adicional em todos os tribunais de justiça para cujos estados a busca no Jusbrasil não encontrou resultados. O TJBA e o TJPE foram os que apresentaram resultado na busca utilizando sistema próprio.

resultados. Em outro momento, também detalhado na seção 3.3, realizei busca no sistema de consulta do TJMG.

Lembro que os julgados inventariados não são correspondentes ideais a toda a jurisprudência sobre o tema, mas apenas aqueles indexados nos sistemas de busca. Além disso, nem todos os resultados de busca estão disponíveis para acesso público, estando alguns protegidos por segredo de justiça, outros afetados por incompatibilidade entre os sistemas de jurisprudência.

Ciente desses limites da pesquisa, para a constituição do *corpus*, entre os dias 3 e 5 de abril de 2022, realizei levantamento inicial no agregador de jurisprudência Jusbrasil, com o descritor “*violência obstétrica*” para o período de 01/01/2004 (anterior ao registro mais antigo que, em sondagem prévia encontrara no *site*) a 15/07/2021 (data da minha primeira qualificação, por entender que esse seria um prazo suficiente para que todos os registros relativos ao período fossem integrados aos sistemas de jurisprudência dos tribunais e, conseqüentemente ao agregador do Jusbrasil).

Encontrei, no Jusbrasil, considerando todos os tribunais do Brasil, 232 julgados em cujo inteiro teor constasse a expressão. Tratava-se de:

- 189 resultados – acórdãos
- 23 resultados – sentenças
- 19 resultados – decisões (sendo 4 decisões monocráticas do STJ)
- 1 resultado – despacho
- 0 resultado – súmulas

A eles, somam-se, com pesquisa suplementar realizada no mesmo período e para os mesmos marcos temporais:

- 1 acórdão encontrado no repositório de jurisprudência do TJBA; e
- 1 acórdão encontrado no repositório de jurisprudência do TJPE.
- Total de resultados: 234 julgados.

Em 15 de abril de 2023, realizei novo levantamento, exclusivamente no Jusbrasil. Procurei apenas por acórdãos exarados por Tribunais de Justiça em que a expressão aparecesse, também entre aspas, entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de cada ano, desde 2004 até 2022. No total, essa busca resultou em 333 acórdãos, alguns dos quais já integrantes do levantamento anterior.

Considerando ser Minas Gerais o estado onde vivo e onde está situada a universidade à qual sou filiada para o desenvolvimento desta pesquisa, optei por dedicar aos casos oriundos deste estado um cuidado um pouco mais detido.

Assim, integram a amostra já descrita, mas são objeto de atenção concentrada os 8 acórdãos publicados pelo tribunal e disponíveis no repositório de jurisprudência do TJMG em 28 de março de 2021. No mesmo dia, 15 de abril de 2023, atualizei, pontualmente, os quantitativos de julgados anuais, entre 2015 e 2022 para o TJMG.

Do mesmo modo, atentei-me às nuances de 5, dentre os 10 julgados presentes na primeira página, quando organizados os resultados “por Relevância”, da busca no Jusbrasil pela jurisprudência com a expressão “violência obstétrica”. A pesquisa foi realizada no dia 13 de novembro de 2022, sem limite temporal para a busca. Os critérios para a seleção desses 5 julgados, dentre os 10 apresentados naquela página do *site*, são mais bem descritos na seção 3.6 desta tese.

Após aquele primeiro levantamento, dediquei-me à leitura exploratória dos julgados. Foram 18 sentenças e 25 acórdãos dos Tribunais de Justiça, assim como as duas sentenças trabalhistas, das 4 do TRF-4 e das 4 decisões monocráticas do STJ, com uma visão curiosa, atenta, e contextualizada dos documentos. Essa leitura, orientada pelos preceitos de Ferreira e Lowenkron (2020), tinha o objetivo exploratório de conhecer o teor dos documentos tentando captar quais seriam os aspectos recorrentes, passíveis de comparação, e outros que fossem mais específicos, mas que, de algum modo, chamassem a minha atenção.

Além disso, buscava dados que pudessem orientar a construção de um instrumento mais sistematizado de coleta. Tal instrumento, organizado em uma planilha do Excel, foi utilizado para a análise quali quantitativa dos acórdãos julgados pelo TJMG.

Esse esforço foi essencial para a definição das três “avenidas” metodológicas que percorri, com abordagens quantitativa, quali quantitativa e qualitativa, fortalecendo a análise dos dados e auxiliando na seleção dos 5 acórdãos que, dentre os 10 apresentados na primeira página por relevância da pesquisa por jurisprudência da plataforma Jusbrasil, suscitasse debates mais significativos para o campo das disputas jurídicas em torno da violência obstétrica.

Para realizar a etnografia de julgados, os *corpora* documentais são compostos por quatro tipos de documentos: acórdãos, sentenças, decisões e despacho, sendo a prioridade de análise voltada aos acórdãos. Destaco que as análises quantitativa, quali quantitativa e qualitativa foram realizadas com base em *corpora* distintos e que não necessariamente representam frações uns dos outros.

Nesse sentido, realizei análise de cunho quantitativo com:

- a) os 234 julgados (das quatro categorias de documentos jurisprudenciais com as quais trabalhei) encontrados com a chave de busca “violência obstétrica” entre 03 e 05 de abril de 2022 em relação ao período de 01/01/2004 a 15/07/2021, no Jusbrasil e nos repositórios de jurisprudência do TJPE e do TJBA; e
- b) os 333 acórdãos encontrados com a chave de busca “violência obstétrica” em 15 de abril de 2023 em relação ao período de 01/01/2004 a 31/12/2022.

A análise com abordagem quali quantitativa foi realizada com:

- c) os 8 acórdãos publicados pelo TJMG contendo a expressão “violência obstétrica” até o dia 28 de março de 2021, disponibilizados no *site* do próprio tribunal.

Complementam essa análise, em uma perspectiva mais quantitativa,

- d) os 22 acórdãos publicados pelo TJMG contendo a expressão “violência obstétrica”, até o dia 31/12/2022, disponibilizados no *site* do próprio tribunal, (dentre eles os 8 acórdãos descritos em c acima).

Por fim, em uma abordagem essencialmente qualitativa, analiso:

- e) 5 dentre os 10 acórdãos mais relevantes, segundo a categorização do próprio site Jusbrasil, os quais aparecem na primeira página da busca.

As razões que levaram a optar pela imersão nesses 5 processos descritos em “e” são mais bem detalhadas nos tópicos 3.1, 3.2 e 3.6. Mas busco, em suma, compreender o tipo de causa que chega à justiça, as questões discutidas e as alterações de raciocínio e argumentações no tratamento dado aos fatos em julgados considerados relevantes pelo algoritmo da ferramenta que utilizo. Como uma profecia autorrealizável, acabam assumindo, de fato, esse protagonismo na compreensão do tratamento jurídico por quem se interessar por esse problema, uma vez que, apresentados na primeira página da busca, eles são os mais facilmente acessáveis, tendo, logo, maior chance de influenciar opiniões, decisões e comportamentos.

Assim, alinhei os quatro objetivos específicos que demandam a etnografia de documentos a eixos temáticos com potencial de alimentá-los. Dessa forma, em vez de eleger categorias de análise, em meu contato com os artefatos etnográficos o meu olhar se voltou, principalmente, para compreender (i) os tipos de demandas e práticas obstétricas reclamadas judicialmente como violência obstétrica e quais, quando julgadas, ensejam a utilização da expressão; (ii) o conceito de “violência obstétrica” que tem sido consolidado pelo Judiciário no Brasil; (iii) os argumentos fáticos e

jurídicos que fundamentam as decisões favoráveis ou contrárias à reparação dos danos; e (iv) a existência de alguma tendência pelo reconhecimento ou não do dever de indenizar danos em função da prática de violência obstétrica e sob qual tratamento jurídico.

Assumi, nessa tarefa, uma postura crítica de pesquisadora, que busca identificar os ditos e não ditos em cada um dos votos, assim como as estratégias de construção dos discursos (coerentes ou não) que reconheçam ou neguem responsabilidade por danos decorrentes de violência obstétrica. Paralelamente, me atentei aos efeitos e às dimensões performativas dos documentos, pensando também no que eles fazem ou permitem fazer, a partir das decisões proferidas, bem como nos indícios de mudanças ou conservação das percepções em relação à violência obstétrica, tanto dos julgadores, quanto dos outros sujeitos do processo.

Ainda como parte das estratégias metodológicas para a construção deste gênero textual, a tese, assumo algumas convenções de escrita. A primeira delas diz respeito à utilização da primeira pessoa do singular em todo o texto, mesmo considerando a imprescindibilidade do diálogo com a minha orientadora para tomada das decisões.

Comprometida com a valorização do trabalho desenvolvido por pesquisadoras, convenicionei também mencionar o nome completo das minhas referências, ao menos na primeira vez em que as cito, no intuito de imprimir destaque ao gênero.

Outra convenção que vale a pena mencionar diz respeito ao uso majoritário das expressões “mulheres” ou “mães” para tratar de pessoas que podem engravidar e que, conseqüentemente, são as principais vítimas de violência obstétrica. Todavia, não desconsidero que também homens transexuais e pessoas não binárias podem engravidar e, portanto, estar sujeitas a esse tipo de violência (inclusive, muitas vezes, agravada pelo preconceito institucional e de agentes a identidades de gênero dissidentes). Resguardo que, apesar de não fazer referência a todas essas pessoas ao longo do texto, também elas foram consideradas quando da realização da pesquisa. Comprometi-me a utilizar, em eventuais processos em que essas pessoas estivessem envolvidas, o pronome adequado ao gênero com o qual se identificassem. Contudo, durante a pesquisa, não tive contato com qualquer acórdão em que a pessoa gestante ou parturiente não se identificasse como mulher.

#### 1.4 A estrutura composicional da tese

Em coerência com o campo de atividades científicas, este texto, representativo do gênero discursivo tese, constitui-se, em suas partes textuais, de quatro capítulos, cada um dos quais com atributos específicos que contribuem para o relato geral da pesquisa, desde a sua concepção, até os resultados e prospecções.

Na Introdução, busquei situar o leitor no campo de saberes do objeto de pesquisa violência obstétrica, contextualizando e tentando dimensionar o tamanho do problema, a partir de fatos e dados. Nesse capítulo, também foi meu interesse esclarecer as minhas inserção e imersão na temática, no intuito de me constituir discursivamente no texto, indo também na direção das motivações para a pesquisa, por meio de minhas vivências empíricas e buscas teóricas, e de interlocuções que contribuíram para o delineamento do problema de pesquisa. Ainda neste capítulo, apresentei os objetivos, as escolhas e as bases metodológicos que sustentaram a construção epistemológica deste estudo. Por fim, dediquei-me a esta organização estrutural do texto.

No segundo capítulo, intitulado “Violência obstétrica: da singularidade do sofrimento à generalidade do fenômeno”, busquei trazer os fundamentos teórico-conceituais que pudessem elucidar o termo violência obstétrica; refletir sobre o embate existente entre os modelos tecnocrático e humanizado de assistência ao parto, apontando para a compreensão técnico-científica de violência obstétrica; além de descrever estratégias utilizadas na transformação da concepção sobre o parto e, conseqüentemente, sobre a assistência obstétrica, localizando-as no longo processo de disputa pela expansão dos direitos humanos das mulheres. Dividi o capítulo em seis seções: uma discussão conceitual, uma compreensão dos modelos de assistência ao parto, uma leitura estética do problema, alguns relatos de parto que anunciam uma luta coletiva, o apontamento para possíveis horizontes e o exercício de construção de um problema público.

Toda essa discussão conceitual postulou a busca de dados que pudessem elucidar o problema colocado para a tese, que diz respeito ao tratamento dado pelo Judiciário brasileiro a casos envolvendo violência obstétrica. Para isso, busquei, no terceiro capítulo, analisar o objeto por meio de julgados. Antes da análise, propriamente dita, explicitiei ao leitor, questões metodológicas implicadas na constituição dos *corpora* e na seleção da amostra analisada. Abordei, então, as

ferramentas escolhidas para os levantamentos feitos; refleti sobre os desafios, os limites e as possibilidades enfrentados na pesquisa com acórdãos e justifiquei os recortes temporais de 2004 a 2021 e 2004 a 2022 adotado para a pesquisa. Na sequência, ainda nesse capítulo, realizei uma análise quantitativa, no intuito de obter uma compreensão panorâmica do cenário dos dados e, busquei, adiante, uma aproximação quali quantitativa dos dados, jogando foco nos acórdãos julgados pelo TJMG. Para concluir esse capítulo de análise, selecionei cinco julgados relevantes para o campo das disputas judiciais envolvendo violência obstétrica (de acordo com a própria ferramenta escolhida), buscando compreender a lógica pela qual os julgadores têm interpretado questões relativas ao parto e ao nascimento, à assistência a ele e às possibilidades de violação a direitos nesse processo. Detive-me na análise de cinco acórdãos sobre “violência obstétrica”, no intuito de revelar nuances na construção dos argumentos jurídicos e discursos que fundamentam essas decisões.

Nas considerações finais da tese, busquei trazer a resposta para a pergunta que provoca este estudo, ao tempo em que realizei uma análise crítica do percurso e do produto final apresentado. Destaquei também os potenciais e os limites do estudo, ensaiando algumas prospecções para futuras pesquisas.

Como partes pós-textuais, além das referências bibliográficas, julguei importante trazer para ciência do leitor, um breve glossário do campo, dividido em termos do vocabulário obstétrico e termos do vocabulário jurídico. Em anexo, deixo, ainda, os links para acesso aos acórdãos que compuseram a amostra para análise qualitativa.

## **2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DA SINGULARIDADE DO SOFRIMENTO À GENERALIDADE DO FENÔMENO**

Neste capítulo, dedico-me à construção de uma base teórica que possa sustentar as discussões e interpretações documentais inerentes à pesquisa e tenho como objetivos:

i) elucidar as origens da discussão e a concepção do termo violência obstétrica. Para tanto, buscarei dialogar com os estudos da médica Carmen Simone Grilo Diniz, pesquisadora dedicada ao tema desde os anos de 1990, sempre aproximando a assistência adequada ao parto a um respeito aos direitos humanos das mulheres;

ii) refletir sobre o embate existente entre modelos tecnocrático e humanizado de assistência ao parto, apontando para a compreensão técnico-científica de violência obstétrica. Construo tais reflexões na interlocução com a antropóloga cultural Robbie Davis-Floyd (2001), que apresenta os modelos de assistência que têm sido tomados como conceitos fundantes no campo de estudos;

iii) e descrever o processo de disputa pela expansão dos direitos humanos das mulheres, em relação ao combate à violência obstétrica. Esse percurso foi possível a partir das construções teóricas elaboradas, em suas pesquisas de doutoramento, pelas antropólogas Mariana Marques Pulhez (2022), que realiza uma exploração da etnografia do conceito de violência obstétrica, e Stephania Klujsza, que elabora os meios de construção social desse problema público; bem como da associação desse conceito às proposições da historiadora Lynn Hunt (2007) e da humanista Sharon Sliwinski (2006; 2009), que defendem a importância da estética para a construção de Direitos Humanos.

Múltiplos seriam os caminhos metodológicos e as possibilidades bibliográficas para a apresentação teórica do tema em que se insere esta pesquisa. Não ignoro, inclusive, as controvérsias e os intensos debates que o problema suscita (até mesmo quanto à sua existência). A partir de minha experiência pessoal e, considerando os dados já levantados em pesquisa exploratória com os processos, realizei revisão narrativa, buscando levantar dados que auxiliem na compreensão das questões encontradas no campo.

O desenho que exponho evidencia que o problema desta pesquisa perpassa a multidisciplinaridade. São vozes da Medicina, da Antropologia, da História, da Sociologia, das Artes que, articuladas, alimentam a interpretação e as decisões

jurídicas. Trata-se de uma mudança social para a qual o Direito é convocado a participar. Para responder a tal demanda, ele mobiliza ferramentas próprias e promove a interdisciplinaridade de saberes. Inserida nesse contexto, nesta tese, busco compreender os sentidos que o Direito tem construído em torno do tema violência obstétrica, a partir do contraditório inerente ao processo.

## 2.1 Violência obstétrica: discussão conceitual

O que hoje conhecemos como movimento pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento pode ter seu princípio associado à década de 1950, quando foram criadas as primeiras associações a apontarem a “crueldade contra as grávidas”, e é compreendido sob diferentes prismas, de acordo com o período e com a região em que teve lugar, bem como com os aspectos que focaliza. Tal movimento representa uma crítica ao modelo de assistência e é vocalizado por vários setores da sociedade (DINIZ, 2001, 2005; PULHEZ, 2022).

Para tratar do assunto, em palestra proferida em 2022, Diniz, no Simpósio do Direito da Medicina da Universidade Mackenzie, em Campinas, de cuja mesa fiz parte, atribui a origem do movimento à atuação em duas vertentes que se retroincentivaram: a crítica técnica à assistência, focalizada no conhecimento médico e realizada por meio da metodologia de revisão sistemática, vindo a constituir a Colaboração Cochrane<sup>8</sup>; e os movimentos pelos direitos das mulheres, direitos humanos, vindos dos feminismos pela saúde e da militância contra a violência de gênero.

Tais vertentes, inclusive, muitas vezes, eram representados pelas mesmas pessoas, que precisavam modular o argumento e o *ethos* do discurso ao que lhes parecia mais adequado à interlocução desejada com o público. A título de ilustração, a mesma expositora poderia se constituir discursivamente como uma mãe/usuária do sistema de saúde, se estivesse se dirigindo a outras mulheres; ou como uma médica ou pesquisadora, se estivesse disputando conhecimento autoritativo (JORDAN, 1993). Apesar da importância de ambas as frentes, Diniz (2005; 2018) reforça que as pressões realizadas pelo movimento de mulheres, ao reconhecerem a sua assistência

---

<sup>8</sup> Trata-se de uma organização sem fins lucrativos, parceira da Organização Mundial da Saúde, com mais de 28.000 colaboradores voluntários do mundo todo, cujo objetivo é responder à necessidade de organizar de forma sistemática os resultados de pesquisa no campo da Medicina, o que pode auxiliar nas decisões médicas. Incluem nesse conjunto de colaborações revisões sistemáticas de ensaios controlados aleatórios que são publicados na Biblioteca Cochrane.

ao parto como evento desumanizante, foram fundamentais para iniciar, manter e fortalecer a mudança interna à assistência obstétrica.

A crítica técnica, por sua vez, com foco na chamada medicina baseada em evidências científicas (MBE), tem possibilitado a ampliação da legitimidade do discurso pela mudança das práticas e políticas de saúde pública em defesa da humanização da assistência ao parto e ao nascimento. As Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) foram alçadas, no Brasil, ao *status* de grandes referências para quem defende a humanização do parto e tiveram sua publicação no Brasil organizada pelo Ministério da Saúde, sob o título “Assistência ao parto normal – um guia prático” e enviada a cada um dos médicos obstetras e enfermeiros obstetras do país no ano de 2000. Não por acaso, alguns de seus temas viraram bandeiras para campanhas políticas, como a pelo direito ao acompanhante no SUS (que foi reconhecido em lei, primeiro, em alguns municípios, e, em 2005, nacionalmente, na lei federal 11.108) (DINIZ, 2005).

Além disso, atendendo a pressões dos movimentos ativistas e a recomendações da OMS (1985, 1996), o Ministério da Saúde tem adotado uma série de programas e políticas públicas, a fim de adequar o modelo de assistência perinatal. São exemplos disso o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre outros (Ministério da Saúde, 2014).

A despeito de todo o embate existente em torno da assunção do tema, essas iniciativas governamentais aliadas ao trabalho incansável de ativistas e pesquisadores têm contribuído para a percepção dessa forma de violência contra a mulher como um fenômeno social e não como casos singulares. Isso traz o problema à luz do Direito e demanda dele compreensões e posicionamentos.

No Brasil, não há ainda um conceito consolidado sobre o que seja a violência obstétrica. Como descrevem Denise Yoshie Niy, Bruna Alonso, Bruna Moreno e Simone Diniz (2020), no meio acadêmico, essa definição ainda se constrói. Por isso, muitos textos científicos e técnico-jurídicos brasileiros (veja, por exemplo, Tesser *et al.*, 2015; DEFENSORIA PÚBLICA DE SÃO PAULO, 2013) têm recorrido à definição positivada pelo ordenamento venezuelano, pioneiro nessa caracterização. De acordo com a *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, em vigor desde 2007 na Venezuela,

[...] entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2016, p. 30, tradução minha)<sup>9</sup>.

Por melhor que seja, esse conceito ainda parece incompleto por restringir os agentes da violência aos profissionais da saúde. Ainda assim, considerando que as evidências indicam que essa prática seja recorrente no Brasil, a adoção por agentes do direito de um conceito legal positivado por outro país demonstra a necessidade de sua mobilização no campo jurídico.

Nesta pesquisa, não tomo por base um único conceito de violência obstétrica, visto que um dos objetivos específicos elencados é, justamente, o de compreender a noção de “violência obstétrica” que tem sido consolidada pelo judiciário brasileiro. As diversas pesquisas já empreendidas sobre o tema, contudo, servirão de apoio para traçar o cenário e melhor compreender os conflitos de que tratam os casos judicializados.

Além disso, esse mesmo fenômeno foi e tem sido nomeado de diferentes formas a depender do momento, do contexto e do aspecto que se deseje evidenciar, como explicitam Diniz *et al.* (2015):

No Brasil, como em outros países da América Latina, o termo "violência obstétrica" é utilizado para descrever as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento. Outros descritores também são usados para o mesmo fenômeno, como: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana/desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entre outros (DINIZ *et al.*, 2015, p. 3).

Ainda que eu mobilize também esses outros descritores para, contextualmente, analisar dados e teorias, optei por recortar a busca jurisprudencial pela expressão “violência obstétrica”, em especial por sua relevância no debate público, como descrito por Pulhez (2022).

---

<sup>9</sup> No original: “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 sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (VENEZUELA, 2016, p.30).

Em revisão de bibliografia empenhada em construir uma definição sobre o termo, Denise Yoshie Nie *et al.* (2020) construíram um quadro sintético com 42 concepções de violência obstétrica (p.106-111). Entre elas, interessam-me, mais detidamente, aquelas apresentadas por Luz e Gico (2015) e por Pulhez (2013).

Para Luz e Gico<sup>10</sup> (2015 *apud* Nie *et al.* 2020, p. 108), trata-se de:

[...] qualquer ato – ou intervenção – direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, e aos seus sentimentos, opções e preferências. Engloba a violência física, moral e emocional, incluindo abuso verbal e realização de procedimentos dolorosos, exposição física, contenção e impedimento de ser acompanhada.

Nessa concepção, chamam-me a atenção: o destaque dado à autonomia da mulher, expressa por meio da imprescindibilidade do seu consentimento explícito e informado; a validação dos sentimentos, opções e preferências da mulher, ao lado da sua integridade física e mental, a inclusão de intervenções direcionadas ao bebê (não apenas à mulher); e a especificação de atos que podem ser violentos, inclusive o impedimento de acompanhante.

Nie *et al.* (2020) também se referem à violência obstétrica como “uma categoria acionada por certos grupos de mulheres” (p. 109) e recorrem à definição de Pulhez (2013), segundo à qual serve para

[...] denunciar a violação de direitos humanos quando da adoção de certos procedimentos que escapam às políticas públicas já direcionadas à saúde reprodutiva e sexual da mulher (políticas referentes à cesariana, ao aborto, à morte materna, ao câncer de colo uterino, de mama, etc.), como, por exemplo, os casos de negligência médica, violência física, violência verbal e violência sexual que parecem ocorrer dentro dos hospitais durante os partos. (PULHEZ, 2013, p.551).

A autora descreve o aspecto estratégico desse conceito-denúncia, mostrando que sua mobilização pode ser pautada em aspectos pragmáticos e concretos, bem como fundada em normativas que foram conquistadas em lutas pregressas.

São múltiplas e diversas as práticas que podem configurar violência obstétrica, mas todas elas têm em comum o fato de violarem direitos humanos das mulheres (assim como de todas as pessoas que gestam, independentemente de sua identidade de gênero). A partir de uma revisão das evidências, Diana Bowser e Kathleen Hill (2010) propuseram a existência de sete categorias de desrespeito e abuso durante o

---

<sup>10</sup> LUZ, Lia; GICO, Vania. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. V. 23, n. 3. p. 475-484, 2015.

ciclo gravídico-puerperal, de acordo com os direitos humanos e princípios éticos violados na assistência. São elas: abuso físico; imposição de intervenções não consentidas ou intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; cuidado não confidencial ou não privativo; cuidado indigno ou abuso verbal; discriminação baseada em certos atributos da paciente; abandono, negligência ou recusa de assistência; e detenção nos serviços de saúde.

As autoras lembram ainda que tais categorias não apresentam tipos de violências mutuamente excludentes, mas, sim, desrespeitos que, em geral, se sobrepõem continuamente ao longo de uma assistência deficitária (BOWSER; HILL, 2010, p. 9). No Quadro 1, Diniz *et al.* (2015) sistematizam essas categorias, associando-as aos direitos violados e a situações em que podem ser observadas.

**Quadro 1 – Categorias de desrespeito e abuso, direitos correspondentes e exemplos de situações de violência obstétrica**

<b>Categorias de desrespeito e abuso</b>	<b>Direitos correspondentes</b>	<b>Exemplos de situações de violência obstétrica</b>
Abuso físico	Direito a estar livre de danos e maus tratos	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias, imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”
Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa; direito a ter escolhas e preferências respeitadas, incluindo a escolha de acompanhantes durante o atendimento	Realização da episiotomia em mulheres que verbalmente ou por escrito não autorizaram essa intervenção; desrespeito ou desconsideração do plano de parto; indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40ª semana etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais”, etc.); não informação dos danos potenciais de longo prazo para os nascidos por cesariana (aumento de doenças crônicas, entre outros)
Cuidado não confidencial ou não privativo	Direito à confidencialidade e privacidade	Maternidades que mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem um biombo separando os leitos, e que ainda alegam falta de privacidade para justificar o desrespeito ao direito a acompanhante
Cuidado indigno e abuso verbal	Direito à dignidade e ao respeito	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda; humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”

<b>Categorias de desrespeito e abuso</b>	<b>Direitos correspondentes</b>	<b>Exemplos de situações de violência obstétrica</b>
Discriminação baseada em certos atributos	Direito à igualdade, à não discriminação e à equidade da atenção	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casada, com gravidez planejada, adulta, branca, mais escolarizada, de classe média, saudável, etc.), depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobre, não escolarizada, mais jovem, negra) e as que questionam ordens médicas
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde	Abandono, negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, “descompensadas” ou demandantes, e nos casos de aborto incompleto, demora proposital no atendimento a essas mulheres, com riscos importantes a sua segurança física
Detenção nos serviços	Direito à liberdade e à autonomia	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços; no Brasil e em outros países, surgem relatos de detenções policiais de parturientes

Fonte: DINIZ *et al.*, 2015.

O estudo referendado contribui para evidenciar aos operadores do Direito que o ordenamento jurídico já possui ferramentas para lidar com as práticas denunciadas. Paralelamente, explicitam e denunciam que algumas dessas práticas tidas como normais são, de fato, ilícitas.

No seio dessa discussão, está o embate entre diferentes conhecimentos e valores, que pretendem informar a assistência ao parto. No próximo tópico, apresentarei aqueles que, segundo o campo, são tidos como principais.

## **2.2 Modelos de assistência ao parto e compreensão técnico-científica do problema**

Se, por um lado, as mulheres em luta por direitos foram responsáveis por exigir mudanças na assistência ao parto, descortinando incômodos e prejuízos que o modelo prevalente provocava em suas experiências – posicionando-se publicamente, por exemplo contra a imobilização física de mulheres durante o parto, contra a episiotomia<sup>11</sup> –, por outro, elas pressionaram o campo técnico pela realização de

<sup>11</sup> Também conhecida como “pique”, episiotomia é o corte cirúrgico do períneo, realizado ao final do período expulsivo, sob a justificativa de, com o alargamento do canal vaginal, facilitar a saída do bebê e evitar lacerações maiores. Relatada pela primeira vez em 1742 pelo obstetra irlandês Sir Fielding Ould, teve seu uso rotineiro incentivado, em associação ao fórceps profilático, na década de

pesquisas, notadamente revisões sistemáticas, que tratassem, justamente das intervenções no parto (DINIZ, 2022).

Aliadas a essas pesquisas, voltadas para a técnica obstétrica, pesquisadoras inauguraram o campo da Antropologia do Nascimento, integrante da Antropologia Cultural Médica. Esse enfoque foi essencial para desvelar a compreensão de que o nascimento seja, em todos os lugares do mundo, um evento socialmente marcado e consensualmente configurado e idealizado (JORDAN, 1993).

Brigitte Jordan apresentou, em 1978, pesquisa pioneira na qual estudou comparativamente a assistência ao parto em quatro diferentes culturas, inclusive a norte-americana, demonstrando ser esse modelo um fenômeno antropológico tanto quanto o de culturas “primitivas” ou “complexas”, criando estranhamento inédito sobre o modelo de assistência dos Estados Unidos (DINIZ, 2001).

Observando como fenômeno cultural o nascimento em quatro distintas regiões (Yucatan, Holanda, Suécia e Estados Unidos das Américas), retratou crenças e práticas de nascimento como reflexos de padrões culturais, de modo que a conceituação de nascimento em uma cultura proporciona uma sistematização tal que todos os aspectos do evento de nascimento são “mutuamente dependentes e internamente consistentes” (JORDAN, 1993, p. 48). Partindo de etnografias das cenas de parto, ela defende que, nas culturas em que pesquisou, as compreensões de nascimento sejam: nos Estados Unidos, um procedimento médico; em Yucatan, uma parte tensa, mas normal da vida familiar; na Holanda, um processo natural; e, na Suécia, uma satisfatória realização pessoal.

Compreendendo o evento a partir de uma perspectiva biossocial, defendeu que essa sistemática leva os membros de uma determinada cultura a perceberem seu modo de ver o nascimento com um senso de superioridade e exigência moral.

Extrapolando as etnografias, na quarta edição do livro inicialmente lançado em 1973, Brigitte Jordan incluiu a parte II, fruto de reflexões sobre a compreensão teórica

---

1920 por DeLee. Seu fundamento era a concepção teórica de que o parto é uma experiência dolorosa e aterrorizante e de que essas intervenções poderiam, respectivamente, proteger o assoalho pélvico das mulheres e, com a aceleração do nascimento, reduzir o risco de trauma fetal. Foi a partir da década de 1940 que teve seu uso bastante ampliado, quando da hospitalização dos partos e maior acesso a anestesia e adoção da posição litotômica (deitada) como padrão, ao lado da alta demanda com a qual os médicos teriam de lidar. Na década de 1970, com o questionamento dos movimentos das mulheres ao procedimento e a publicação dos primeiros ensaios clínicos que indagavam a necessidade, os benefícios e riscos da intervenção, demonstrou-se que não havia evidências de sua eficácia, mas, sim, evidências consideráveis dos riscos que trazia: dor, edema, infecção, hematoma e dispareunia (dor durante o ato sexual) (AMORIM; KATZ, 2008).

de cultura. Nela, Jordan (1993) apresenta o que compreendeu como conhecimento autoritativo (*authoritative knowledge*), um processo social contínuo que tanto reflete quanto constrói as relações de poder inerentes a uma comunidade de prática (*community of practice*). De fato, esse conhecimento autoritativo seria aquele que, estando legitimado em um contexto social, frequentemente deslegitima outras formas de conhecimento coexistentes:

E assim, no decorrer dos anos, comecei a perceber que em qualquer situação social particular existe uma infinidade de maneiras de saber, mas algumas carregam mais peso do que outras. Alguns tipos de conhecimento tornam-se desacreditados e desvalorizados, enquanto outros se tornam socialmente sancionados, significativos, até mesmo 'oficiais', e são aceitos como base para inferências e ações legítimas (JORDAN, 1993, p. 150. Tradução minha).<sup>12</sup>

Jordan compreende o conhecimento como um estado colaborativamente alcançado em uma comunidade de prática (e não algo detido por indivíduos), cujos participantes concordam “ser aquele que conta numa situação particular, com base no qual *e/les* tomam decisões e elaboram justificativas para suas ações” (JORDAN, 1993, p. 194. Tradução minha)<sup>13</sup>.

Além disso, dizer que um conhecimento é reconhecido como autoritativo não equivale, de forma alguma, a dizer que ele seja acertado ou correspondente aos fatos. A discussão sobre conhecimento autoritativo, introduzida por Jordan em 1977 e desenvolvida em publicações seguintes, adquire tamanha relevância quando se diz respeito à assistência obstétrica que, em 1997, Robbie Davis-Floyd e Carolyn Sargent organizaram um livro focado em ampliar e aprofundar o trabalho de Brigitte Jordan nesse tema da Antropologia do Nascimento. Nos ensaios e nas pesquisas etnográficas conduzidas por antropólogas em dezesseis diferentes sociedades e culturas, o enfoque em conhecimento autoritativo destaca as grandes diferenças entre os sistemas de parto que dão autoridade de conhecimento às mulheres e suas comunidades e aqueles que a investem em especialistas e máquinas. Em seu artigo, que abre a primeira parte do livro, Jordan alerta para o fato de que

---

<sup>12</sup> No original: *And so, in the course of the years, I began to realize that in any particular social situation a multitude of ways of knowing exist, but some carry more weight than others. Some kinds of knowledge become discredited and devalued while others become socially sanctioned, consequential, even 'official' and are accepted as grounds for legitimate inference and action.*

<sup>13</sup> No original: *By authoritative knowledge, I mean, then, the knowledge that participants agree counts in a particular situation, that they see as consequential, on the basis of which they make decisions and provide justifications for courses of action.*

É importante perceber que identificar um corpo de conhecimento como autoritativo não significa, para nós analistas, de forma alguma, que esse conhecimento seja correto. Em vez disso, o rótulo 'autoritativo' tem a intenção de chamar a atenção para seu status em um determinado grupo social e para o trabalho que ele faz para manter a definição de moralidade e racionalidade do grupo. *O poder do conhecimento autorizado não está no fato de ser correto, mas no fato de ser o que vale* (JORDAN, 1997, p. 58. Tradução minha, grifos da autora).<sup>14</sup>

Com base nesse corpo de conhecimentos, decisões são tomadas e exceções são erguidas e justificadas. Ações são *autorizadas*.

Não por outra razão, a posição autoritativa é um *status* do conhecimento que está em constante disputa e negociação, que toma especial relevância no debate sobre violência obstétrica no Brasil (PULHEZ, 2022), e, invariavelmente é levado à pauta no Judiciário. E, lembra Rafaela Peña, a medicina, “como uma instituição, assume uma posição privilegiada: ela dita quem é doente e quem é saudável, o que é normal e o que não é. Possui, portanto, o poder de medir as capacidades dos corpos” (PEÑA, 2016, p. 19).

A disputa por esse lugar de poder foi afetada e descrita em dois trabalhos centrais pela também antropóloga Robbie Davis Floyd. O primeiro, fruto da tese que, em 1986, defendeu, tem como objeto a parturição nos Estados Unidos, descrevendo o processo como um rito de passagem norte-americano. Como tal, ele teria a marca dos valores dos quais essa sociedade partilha (DAVIS-FLOYD, 2022). O segundo, a proposição, em 2001, da existência de três paradigmas de assistência ao parto: o tecnocrático, o humanístico (ou humanizado) e o holístico, que podem ser encontrados puros ou mesclados, a depender do país, do profissional e do contexto sociocultural. Posteriormente, nesta mesma seção, explicitarei os fundamentos e as principais características de cada um desses paradigmas de assistência ao parto e ao nascimento.

Se o conhecimento antropológico de até então afirmava que a dimensão ritualística do parto era característica atribuível a ele apenas em sociedades tidas como primitivas – nas quais ele seria carregado de superstições e tabus – a propositura da tese de Davis-Floyd, em 1986, subverteu completamente esse paradigma. O ponto de vista proposto por Davis-Floyd em 1986 (2022), incitou o

---

<sup>14</sup> No original: *It is important to realize that to identify a body of knowledge as authoritative speaks, for us as analysts, in no way to the correctness of that knowledge. Rather, the label "authoritative" is intended to draw attention to its status within a particular social group and to the work it does in maintaining the group's definition of morality and rationality. The power of authoritative knowledge is not that it is correct but that it counts.*

debate ao contrariar a afirmação de que a transferência do parto do domicílio da mulher para o ambiente austero dos hospitais e maternidades teria retirado do momento sua dimensão ritualística, substituindo-a pela científica.

Longe disso, a transferência do parto de casa para o hospital “resultou na mais elaborada proliferação de rituais em torno deste evento normal e fisiológico já vista no mundo cultural humano”<sup>15</sup> (DAVIS-FLOYD, 2022, p. 1), evento esse que espelha diversos ritos de iniciação em diferentes culturas – ritos esses masculinos, não femininos. A antropóloga defendeu que o nascimento institucionalizado representaria um rito de passagem norte-americano, com muitos dos procedimentos sendo realizados de forma ritualística e sem qualquer indício científico de sua necessidade ou benefício.

A autora compara, por exemplo, a tricotomia, raspagem dos pelos pubianos da mulher, quando da entrada no hospital para dar à luz, ao ritual de raspagem dos cabelos dos Marines em seu treinamento básico. Seria um rito de controle social, uma maneira de intensificar a marcação institucional do corpo da parturiente como propriedade do hospital.

Do mesmo modo, o enema, lavagem intestinal costumeiramente praticada antes do parto hospitalar, poderia ser simbolicamente visto como um ritual de limpeza para iniciação. Na outra ponta, o reconhecimento da simbologia de ambos os procedimentos contribui para a compreensão de como práticas médicas podem refletir visões culturais sobre o corpo feminino. Ambos os procedimentos, a tricotomia e o enema, insinuam ser o corpo da mulher sujo. Daí a necessidade de extirpar impurezas.

Atualizando seu livro três décadas após o primeiro lançamento, Davis-Floyd afirma que, com base em evidências científicas, a raspagem pubiana e os enemas praticamente não são mais praticados nos hospitais norte-americanos. Para ela, tais ritos perderam para as evidências, enquanto muitas outras práticas não baseadas em evidências científicas permanecem, porque elas gozariam de tecnologia o suficiente para reforçar o modelo tecnocrático. Sobre isso, a autora argumenta que “a evidência

---

<sup>15</sup> No original: *I suggest that the removal of birth from the home to the hospital has resulted in a proliferation of rituals surrounding this normal physiologic event more elaborate than any heretofore known in the “primitive” world.*

apenas vence quando não ameaça os valores centrais do sistema vigente no nascimento hospitalar”<sup>16</sup> (DAVIS-FLOYD, 2022, p. 96. Tradução minha).

O estranhamento proposto pela pesquisadora na observação e na análise da assistência hospitalar ao parto propiciou a percepção de que muitos dos procedimentos ditos técnicos não se fundavam em razões técnicas, seja por carecerem de pesquisas que comprovassem seus benefícios ou, inclusive, por serem repetidos rotineiramente, a despeito de pesquisas comprovando seus malefícios (muitas vezes, de conhecimento dos profissionais que seguem praticando tais intervenções). Esse fenômeno, conhecido como "*evidence-discourse-practice gap*" ou "lacuna de evidência-discurso-prática", reflete como muitas práticas obstétricas continuam sendo realizadas pelos profissionais de saúde, mesmo quando não há evidências científicas que as respaldem, mantendo-se, assim, desconectadas do discurso baseado em evidências<sup>17</sup>.

Surge, então, uma pergunta incontornável: *como pode ser que um sistema de nascimento que se diz tão racional seja tão irracional?* A esse questionamento, ela responde que “esses procedimentos obstétricos são, de fato, respostas rituais racionais para o medo extremo da nossa sociedade tecnocrática dos processos naturais dos quais ela ainda depende para a continuidade de sua existência”<sup>18</sup> (DAVIS-FLOYD, 2022, p. 2. Tradução minha).

Assim sumariza Diniz (2002) as condutas sobre as quais Davis-Floyd propõe discutir:

No capítulo sobre as mensagens do parto, a autora nos convida a uma análise simbólica de cada uma das rotinas padronizadas na assistência norte-americana. Quase nada escapa ao seu olhar provocador que chama o leitor ao estranhamento diante das condutas, analisadas quanto a sua descrição oficial e justificativa, aos efeitos fisiológicos, às respostas das mulheres e aos seus objetivos rituais. Assim ela percorre as rotinas: o uso da cadeira de rodas para a admissão da parturiente, a separação da família, a troca das roupas

---

<sup>16</sup> No original: *Yet why did enemas and shaving drop away while so many other non-evidence-based procedures remain? I argue that it was easier for hospital staff to drop these procedures than others because neither is high-tech enough to count toward enforcing the technocratic model. The evidence wins when it does not threaten the core value system on display in hospital birth.*

<sup>17</sup> Transpondo ao contexto brasileiro, tal lacuna é bem exemplificada na entrevista concedida por uma médica conhecedora das evidências científicas a Diniz (2001, p. 68): "Racionalmente, eu sei que não é pra fazer a episiotomia. Mas a minha mão vai sozinha". Para Davis-Floyd (2022) a episiotomia representa a possibilidade dos médicos, como representantes da sociedade, de desconstruir a vagina (e suas representações), para, então reconstruí-la de acordo com nossas crenças culturais e sistemas de valores.

<sup>18</sup> No original: *I demonstrate that these obstetric procedures are, in fact, rational ritual responses to our technocratic society's extreme fear of the natural processes on which it still depends for its continued existence.*

pelas batas abertas do hospital, a lavagem retal, a permanência no leito e a limitação de movimentos, a privação de comida e de água, o uso de soro na veia, o uso de ocitocina para aumentar as contrações, o rígido controle de tempos e movimentos, os usos da analgesia e anestesia, a ruptura das membranas, o monitoramento fetal interno e externo, os toques vaginais, as orientações de quando fazer ou não fazer força, a transferência do pré-parto para a sala de parto, a posição deitada, com as pernas para cima e imobilizadas, o uso de panos cirúrgicos estéreis, de mãos atadas, de máscaras e de desinfetantes; e por fim a episiotomia (corte da vulva e vagina) - e ainda os procedimentos do pós-parto e da assistência ao bebê. (DINIZ, 2002, p. 524).

O trabalho de Davis-Floyd (2022) põe em xeque, portanto, a posição de conhecimento autoritativo (JORDAN, 1993) da qual esse modelo de assistência goza na comunidade de prática da obstetrícia. Isso porque ela indica que o sentido da manutenção de certas rotinas e procedimentos não é médico, mas cultural e, paradoxalmente, incongruente com os valores que a sociedade tecnocrática pretende cultivar.

Aliada a essa incongruência interna, Davis-Floyd (2001) apresenta a existência de outros paradigmas de saúde que, ancorados nos valores cultivados em diferentes culturas, têm se cruzado e interpelado e influenciam fortemente o parto contemporâneo, mais particularmente no Ocidente, mas, cada vez mais, em todo o mundo: os modelos tecnocráticos, humanistas (ou humanizados) e holísticos de medicina. Cada um deles tem 12 diferentes princípios e características fundamentais, mas, em suma:

Estes modelos diferem fundamentalmente em suas compreensões do corpo e sua relação com a mente e, assim, nas abordagens da saúde que eles estabelecem. O modelo tecnocrático enfatiza a separação mente-corpo e vê o corpo como uma máquina; o modelo humanista (ou humanizado) enfatiza a conexão mente-corpo e vê o corpo como um organismo; o modelo holístico insiste na unicidade do corpo, mente e espírito e vê o corpo como um campo energético em constante interação com outros campos energéticos.<sup>19</sup> (DAVIS-FLOYD, 2001, p. S5. Tradução minha).

Em uma sociedade em que o modelo tecnocrático é hegemônico, o modelo holístico é a maior das heresias, uma vez que ambos são opostos completos. Daí advém uma das grandes vantagens do modelo humanizado, em relação ao holístico, na crítica ao tecnocrático. Por ser um meio-termo, permeável a influxos dos dois outros

---

<sup>19</sup> No original: *These models differ fundamentally in their definitions of the body and its relationship to the mind, and thus in the health care approaches they charter. The technocratic model stresses mind-body separation and sees the body as a machine; the humanistic model emphasizes mind-body connection and defines the body as an organism; the holistic model insists on the oneness of body, mind, and spirit and defines the body as an energy field in constant interaction with other energy fields.*

modelos, pode ser facilmente compreendido e aceito no ocidente contemporâneo. Essa aceitação possibilita que o modelo humanizado atue como uma alternativa mais “palatável” ao modelo tecnocrático”, enquanto incorpora aspectos importantes do modelo holístico, proporcionando uma abordagem mais centrada na pessoa durante o parto.

No Quadro 2, abaixo, estão sumarizadas as principais características de cada um dos modelos, em comparação aos princípios aos quais corresponderiam nos demais paradigmas. Essa abordagem permite uma visão comparativa dos diferentes modelos de assistência ao parto, facilitando a compreensão de suas distinções e similaridades.

**Quadro 2 – Os modelos Tecnocrático, Humanizado e Holístico de assistência ao parto e cuidados em saúde**

<b>Modelo Tecnocrático</b>	<b>Modelo Humanizado (Biopsicossocial)</b>	<b>Modelo Holístico</b>
Separação corpo-mente	Conexão corpo-mente	Unidade corpo-mente-espírito
O corpo como uma máquina	O corpo como um organismo	O corpo como um sistema de energia interligado a outros sistemas de energia
O paciente como objeto	O paciente como um sujeito relacional	Curar a pessoa por inteiro, no contexto de vida integral
Alienação do profissional em relação ao paciente	Conexão e cuidado entre profissional e paciente	Unidade essencial entre profissional e cliente
Diagnóstico e tratamento de fora para dentro (curando a doença, reparando a disfunção)	Diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora	Diagnóstico e cura de dentro para fora
Organização hierárquica e cuidado estandardizado	Equilíbrio entre as necessidades da instituição e dos indivíduos	Horizontal, estrutura organizacional em teia que facilita a individualização do cuidado
Autoridade e responsabilidade inerentes ao profissional, não ao paciente	Compartilhamento de informações, decisões e responsabilidade entre paciente e profissional	Autoridade e responsabilidade inerentes a cada indivíduo
Supervalorização da ciência e da tecnologia	Ciência e tecnologia contrabalanceadas com humanismo	Ciência e tecnologia a serviço do indivíduo

<b>Modelo Tecnocrático</b>	<b>Modelo Humanizado (Biopsicossocial)</b>	<b>Modelo Holístico</b>
Intervenções agressivas, com ênfase em resultados de curto prazo	Um foco de longo prazo em prevenção de doenças	Um foco de longo prazo em criar e manter saúde e bem-estar
Morte como derrota	Morte como um resultado aceitável	Morte como um passo em um processo
Um sistema voltado para o lucro	Um cuidado orientado pela compaixão	A cura como foco
Intolerância de outras modalidades	Abertura de espírito para outras modalidades	Adoção de múltiplas modalidades de cura
Princípio básico subjacente: separação	Princípio básico subjacente: conexão	Princípios básicos subjacentes: conexão e integração
Tipo de pensamento: unimodal, de cérebro esquerdo, linear	Tipo de pensamento: bimodal	Tipo de pensamento: fluido, multimodal, de cérebro direito

Fonte: DAVIS-FLOYD, 2022, p. 281. Tradução minha.

Tendo como bases o combate radical à violência obstétrica, o protagonismo da mulher nos processos de gestação, parto e maternagem, assim como o compartilhamento de informações, decisões e responsabilidades entre a equipe multiprofissional e os pacientes, o paradigma da humanização apresenta uma profunda defesa da medicina baseada em evidências científicas (MBE). Isso significa que as decisões médicas são tomadas com base em pesquisas e estudos científicos que comprovam a eficácia e segurança de determinados tratamentos ou procedimentos.

Cabe ressaltar que a busca por uma prática médica baseada em evidências científicas não é uma abordagem privativa da área de assistência ao parto. Em verdade, nem mesmo a crítica às tradicionais formas de tomada de decisão o são. Prova disso é o trecho abaixo, presente na introdução ao capítulo “Medicina baseada em evidências e diretrizes clínicas” do Manual MSD sobre tomada de decisão clínica. O autor do texto, Brian F. Mandell, atua nas especialidades médicas da reumatologia e da imunologia e é doutor em Fisiologia e Biofísica. Considerando que a publicação em que escreve é voltada para profissionais da saúde, ele já inicia sua exposição ecoando o estranhamento causado pela expressão em muitos médicos. Em seguida, explora o equívoco que leva à resistência ao termo:

Os médicos sempre consideraram que suas decisões eram baseadas em evidências; assim, o termo atual “medicina baseada em evidências” é, de certa forma, impróprio. Entretanto, o que vários médicos consideram “evidência” é, geralmente, uma combinação de estratégias eficazes em pacientes prévios, conselhos dados por mentores ou colegas e uma impressão geral de ‘o que está sendo feito’, com base em artigos de periódicos aleatórios, resumos, simpósios e propagandas. Este tipo de prática resulta em grande variedade de estratégias para diagnóstico e tratamento de condições semelhantes, mesmo quando existem fortes evidências que favorecem uma estratégia em particular em relação a outras (MANDEL, 2021, s.p.).

A crítica exposta por Mandel ao modo como as decisões em cuidado são tradicionalmente tomadas remete, em muitos casos, inclusive ao cenário descrito por Davis-Floyd (2022). E ele alerta para o fato de que a abordagem médica alheia às evidências científicas exporia os pacientes, então, a riscos não plenamente avaliados, negligenciando, por vezes, a estratégia mais segura ou eficaz. Mas Mandel (2021) pondera que não basta conhecer o que a ciência diz sobre determinada estratégia; é crucial, também, saber avaliar a qualidade e a validade das evidências.

Para auxiliar na tomada de decisões em saúde, as evidências têm sido classificadas em termos de força e legitimidade. Considerando o delineamento de pesquisa (ou seja, a abordagem metodológica adotada para o desenvolvimento do estudo) suas conclusões são categorizadas em níveis hierárquicos de confiabilidade, classificados em ordem decrescente de qualidade (sendo as evidências de nível 1 as mais consistentes).

Na medicina, esses sistemas de classificação levam em conta apenas estudos que empregam a abordagem quantitativa, mas Cristina Maria Galvão (2006) lembra que outras áreas do campo da saúde, como a enfermagem, utilizam sistemas que levem em conta, também, pesquisas desenvolvidas com abordagem quantitativa e qualitativa. Além disso, Regina El Dib (2007) ressalta que, por mais que as revisões

sistemáticas<sup>20</sup> com ou sem metanálises<sup>21</sup> tenham vantagens, quando comparadas às revisões tradicionais, “a hierarquia dos níveis de evidências não é estática e, sim, dinâmica conforme a pergunta elaborada” (EL DIB, 2007, p.2).

Por exemplo, para estudos sobre tratamento e prevenção, as evidências mais fortes são aquelas decorrentes de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados. Esse tipo de pesquisa, conta com um grupo controle e com a distribuição aleatória dos participantes entre cada um dos grupos do estudo, sem que nem os participantes, nem os pesquisadores saibam o grupo que cada indivíduo integra.

Mas, caso a questão formulada seja relacionada a fatores de risco, prevalência de uma doença ou sensibilidade, não faz sentido e é, até mesmo, antiética a randomização dos participantes. Por exemplo, seria antiético, investigando a possível ocorrência de câncer, misturar aleatoriamente indivíduos que fumem ou não. Em pesquisas assim, o desenho de estudo mais apropriado seria o estudo de coorte clássico. Nesse tipo de estudo, em que o objetivo é testar uma hipótese de associação entre a exposição ao fator e o desfecho em questão, os participantes expostos e não expostos ao fator de risco, no caso o cigarro, são acompanhados prospectivamente ao longo do tempo até a manifestação dos eventos de interesse (EL DIB, 2007).

---

<sup>20</sup> Ada Brasileiro (2021, p. 82) explica que a revisão sistemática “é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica, enfocando primordialmente estudos experimentais; segue um método rigoroso de busca e seleção de pesquisas, avaliação de relevância e validade dos estudos encontrados, coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos de pesquisa”. Já Regina El Dib (2007, p. 2) defende que “as revisões sistemáticas são consideradas, atualmente, o nível I de evidências para qualquer questão clínica por sumariarem sistematicamente informações sobre determinado tópico através de estudos primários (ensaios clínicos, estudos de coorte, casos-controle ou estudos transversais), utilizando-se de uma metodologia reprodutível, além de integrar informações de forma crítica para auxiliar as decisões e explicar as diferenças e contradições encontradas em estudos individuais”. Segundo a biblioteca Cochrane (importante colaboração internacional que reúne bases de dados com diferentes tipos de evidências independentes de alta qualidade para informar a tomada de decisões na área da saúde) a revisão sistemática busca reunir todas as evidências empíricas relevantes que atendam a critérios específicos para responder a uma pergunta de pesquisa específica. Essa abordagem utiliza métodos explícitos e sistemáticos, visando reduzir o viés e produzir resultados mais confiáveis para orientar a tomada de decisão (COCHRANE LIBRARY, 2023).

<sup>21</sup> A metanálise é uma revisão bibliográfica rigorosa, fundada em “análise qualitativa extraída de dados primários. Combina as evidências de múltiplos estudos primários a partir do emprego de instrumentos estatísticos, a fim de aumentar a objetividade e a validade dos achados; os objetivos e as hipóteses dos estudos devem ser muito similares, se não idênticos; nessa abordagem, cada estudo é sintetizado, codificado e inserido em um banco de dados quantitativos” (BRASILEIRO, 2021, p. 82). El Dib (2007, p. 2) comenta que revisões sistemáticas podem ou não contar com metanálises, mas aquelas “com metanálises geralmente otimizam os resultados achados, pois a análise quantitativa dos estudos incluídos na revisão fornece informações adicionais”.

Os níveis mais altos de evidência consistem, para perguntas clínicas relacionadas a tratamento e prevenção, em revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados e estudos de coorte bem elaborados, enquanto os níveis mais baixos incluem opiniões de especialistas, pesquisas com animais e pesquisas *in vitro* (EL DIB, 2007). Idealmente, busca-se o nível mais elevado de evidência disponível, mas devido à limitação de estudos controlados e randomizados em relação às inúmeras questões clínicas possíveis, muitas vezes são utilizados níveis de evidência inferiores. Isso não inviabiliza a utilização da MBE, apenas resulta em conclusões mais fracas, porém ainda válidas (MANDEL, 2021).

Ocorre, contudo, que não basta a mera existência de uma evidência forte da eficácia e segurança de uma estratégia para que, de acordo com a MBE, ela deva ser adotada. Conforme enfatiza Mandel, um aspecto fundamental da MBE é sua individualização:

A MBE não é a aplicação cega de um conselho adquirido na literatura recentemente publicada ao problema individual do paciente. Não implica em um modelo de tratamento "tamanho único". Preferencialmente, a MBE requer a utilização de uma série de etapas para obtenção de informações suficientemente úteis para responder uma questão formulada cuidadosamente para um paciente individual. **A integração completa dos princípios da MBE também incorpora o sistema de valores do paciente**, que inclui coisas como o custo envolvido, crenças morais e religiosas e autonomia dos pacientes. Aplicar os princípios da MBE tipicamente envolve as seguintes etapas:

1. Formulação de uma questão clínica
2. Reunir evidências para responder à pergunta
3. Avaliação da qualidade e validade das evidências
4. Decidir como aplicar as evidências ao tratamento de um paciente específico (MANDEL, 2021, s.p., grifo meu).

A abordagem da MBE apresentada por Mandel (2021) reconhece a singularidade de cada paciente e a importância de que as decisões em saúde sejam integradas às necessidades específicas da pessoa de quem se cuida. O autor explicita que as evidências podem ser aplicadas de modo distinto a depender da questão clínica, dos dados e da qualidade e força das conclusões e, também, do sistema de valores do paciente.

Dessa forma, a MBE se torna uma ferramenta valiosa para auxiliar os profissionais de saúde a tomar decisões informadas e individualizadas, que levem em conta tanto a melhor evidência disponível quanto os valores do paciente. É possível notar, contudo, que, na perspectiva apresentada por Mandel (2021), por mais que haja a consideração de necessidades, prioridades, crenças e características dos pacientes,

a tomada de decisão ainda é colocada nas mãos dos médicos, característica do modelo tecnocrático de assistência em saúde.

Esse compartilhamento de informações e a conseqüente desestandardização do cuidado demonstram uma permeabilidade dessa forma de assistência à humanização em outras esferas dos cuidados em saúde, para além da obstétrica. A transição de um modelo tecnocrático para um modelo humanizado de assistência requereria, porém, uma abordagem centrada no paciente, com maior engajamento deste no processo decisório, em que o diálogo, a escuta ativa, o compartilhamento de informações e o respeito, sim, ao sistema de valores do indivíduo, permitam um verdadeiro compartilhamento de escolhas e responsabilidades.

No caso do modelo humanizado de assistência ao parto, a força com que o emprego da MBE é defendido advém, especialmente, do pressuposto de que, quem está gestando ou em parturição, diferentemente de outros pacientes que buscam atenção médica, goza, em regra, de boa saúde. Assim sendo, a humanização propõe que cada intervenção realizada na assistência ao parto tenha evidências que comprovem que traga benefícios superiores aos riscos que agrega. Essa abordagem busca evitar intervenções desnecessárias ou potencialmente prejudiciais e promover um cuidado individualizado e respeitoso, ressaltando a importância de se considerar as particularidades, o bem-estar e a segurança da mulher e do bebê durante todo o processo de assistência obstétrica (DAVIS-FLOYD, 2001).

No lugar de profissionais que impõem intervenções de rotina e de pacientes que se deixam abandonar ao tratamento, apregoa-se que sejam realizadas sugestões, acompanhadas de informações sobre seus prós, contras e alternativas, para que, conjuntamente, pacientes e equipe, decidam o melhor caminho a seguir. Levam-se em conta não apenas os resultados físicos, do indivíduo, mas também suas preferências e valores pessoais.

Tal processo de busca por mudança na assistência obstétrica, contudo, não é pacífico ou anódino. Muito pelo contrário, a provocação de que muitas das intervenções desconfortáveis, dolorosas ou arriscadas às quais mulheres são submetidas na assistência hospitalar ao parto sejam originadas não em motivos “científicos”, mas “culturais”, contribuiu para sua leitura como violência (ainda que travestida de cuidados).

Passa a ter lugar, então, uma crise descrita por Pulhez (2022) como uma luta em torno do conhecimento autoritativo:

O conhecimento obstétrico construído por parte da comunidade médica passa a ser contestado como o único legítimo ou significativo, tendo agora que lidar com novos conhecimentos que surgem e que se querem tão ou mais dignos de discussão quanto é o da comunidade médica. Vemos emergir, então, a tentativa de dar mais relevância aos saberes mobilizados por outros profissionais de saúde, como as enfermeiras obstétricas e as obstetizas que se identificam com os valores da *midwifery*, bem como aos saberes de doulas e usuárias do sistema de saúde, configurando uma busca por horizontalidade dos conhecimentos. (PULHEZ, 2022, p. 173).

A autora explicita que não apenas o conteúdo do conhecimento, mas também seus emissores característicos se distinguem. Se, defendendo o lado hegemônico está a comunidade médica, pela contra-hegemonia estão outras profissionais de saúde, como enfermeiras obstétricas e obstetizas, aliadas a usuárias do sistema de saúde e doulas. Refletindo a hierarquia social em que o médico estaria no centro do sistema de saúde, os conhecimentos por eles emanados estariam, também eles, acima daqueles trazidos por outras atuantes nesse sistema (PULHEZ, 2022).

A doula, em especial, chama a atenção nesse cenário, visto que, ao mesmo tempo em que desempenha um importante papel na divulgação de informações para gestantes, a fim de subsidiar suas escolhas autônomas, ocupam, na pirâmide hierárquica dos saberes, a base. Seu saber/fazer é visto como subjetivo, intuitivo e não técnico. Razão pela qual, aos olhos de outros profissionais, seriam uma presença substituível ou mesmo dispensável na cena do parto – sendo sua exclusão desse ambiente, não raro, defendida por profissionais médicos, segundo os quais, acompanhando o trabalho de parto, acabariam interferindo em assuntos técnicos que não são de sua alçada (PULHEZ, 2022).

Lilia Blima Schraiber (2008), por sua vez, descreve esse momento sobretudo como uma *crise de confiança* na relação médico-paciente. Com a medicina centrada na tecnologia e com distanciamento na relação pessoal entre profissionais e pacientes, cada vez mais intermediada pela tecnologia em que se apoia, há uma fragilização dos vínculos de confiança na relação profissional/paciente. O resultado seria a desvalorização de toda a dimensão subjetiva dessa interação. A interação (e mesmo o paciente) é objetificada em uma intervenção que, apesar de humana, não é humanizada, é puramente técnica, com importantes consequências nos resultados obtidos.

A Medicina estaria passando, assim, por uma dupla perda, como valor ético-humano e como necessidade técnica, pois “a confiança e uma ética de relações que

a viabilize são essenciais para o agir técnico do médico, tornando essencial o encontro entre a técnica e a ética” (SCHAIBER, 2008, p. 211).

No contexto dessa crise de confiança, é que se desvela, de acordo com Janaína Marques de Aguiar (2010), a violência institucional de gênero às quais as mulheres estão sujeitas em maternidades. Sua pesquisa que contou com entrevistas a 21 puérperas atendidas em maternidades públicas do município de São Paulo e 18 entrevistas a profissionais de saúde atuantes em diferentes maternidades desse município e adjacentes. Revelou que as puérperas e os profissionais de saúde entrevistados reconhecem tratamento grosseiro e práticas discriminatórias no âmbito da assistência em maternidades públicas com tal frequência que passa a ser, muitas vezes, esperado pelas pacientes que elas sofram algum tipo de maltrato. Haveria, ainda, uma banalização da violência institucional com jargões de cunho moralista e discriminatório, tidos como brincadeiras pelos profissionais; ameaças como forma de persuasão da paciente; e naturalização da dor do parto, como preço a ser pago para se tornar mãe (AGUIAR, 2010).

A luta pela *humanização* da assistência ao parto, passa, então a usar esse termo que, por ser menos acusatório tende a ser mais estratégico na comunicação com os profissionais de saúde sobre a violência institucional. Dentre os muitos significantes que pode trazer, de acordo com Diniz (2005), para os ativistas, atualmente:

Pelo menos na interpretação dos ativistas, a humanização, no caso do parto, pressupõe que a técnica é política, e que inscritos nos procedimentos de rotina – na imobilização, na indução das dores do parto e cortes desnecessários, na solidão, no desamparo – estão “encarnadas” as relações sociais de desigualdade: de gênero, de classe, de raça, entre outras. Assim, a mudança técnica busca inverter a lógica que avalia o parto vaginal como primitivo e arcaico. Propõe que o objetivo de facilitação da fisiologia e da satisfação com a experiência é o ‘moderno’ enquanto a intervenção tecnológica acrítica, iatrogênica e sem base na evidência é o que se busca superar. [...] 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, 2005, p. 633-635).

Assim como a Ciência, o Direito é um modo de produção da verdade. E ambas as frentes são articuladas na busca pelas mudanças sociais vistas como necessárias, na compreensão de que a técnica é política.

Bruno Latour, interessado na compreensão de como se constrói o que se compreende como verdade, após etnografar o ambiente de um laboratório de neuroendocrinologia (LATOURE; WOOLGAR, 1997), decidiu pesquisar os modos de fabricação do Direito no Conselho de Estado Francês, um dos três tribunais superiores do país (LATOURE, 2020). Para ele, o Direito se faz a partir de fatos recebidos e processados, aos quais impõe uma classificação através de seu sistema de interpretação e, a partir disso, desenvolve uma técnica e uma forma que garantem sua própria dinâmica de produção, seu transporte conceitual.

Não por acaso, ao longo dos embates em torno dos paradigmas de assistência ao parto, no fundo, e da violência obstétrica, em último caso, o campo jurídico é chamado a responder, por meio de seus atores, a conflitos e demandas surgidas no bojo das relações entre sistemas e serviços de saúde, médicos e pacientes.

É indiscutível que situações como gritos e xingamentos, bem como atos extremos como amarrar uma mulher na maca ou até mesmo usar argumentos falaciosos para silenciá-las – tais como “se continuar gritando, seu bebê nasce surdo”, descrito por Janaína Aguiar (2010) –, podem ser prontamente identificadas como formas de violência. Essas ações, que caracterizariam um insulto moral, até mesmo por sua extrema irracionalidade, são pouco críveis e desafiadoras de se comprovar. Apesar de retratadas por pesquisadoras como Aguiar (2010), como práticas institucionais, trata-se de condutas individualizáveis, não necessariamente ligadas ao ato médico. Assim como descrito por Davis-Floyd (2022), para a tricotomia e o enema, sua prática, apesar de fortalecerem as mensagens de inferiorização da mulher, não estão no core do paradigma tecnocrático/medicalizado.

A despeito da realização de programas e metas nacionais e internacionais pela melhoria da assistência obstétrica, o ritmo das mudanças práticas segue aquém do reivindicado pelos grupos ativistas pela humanização. E, apesar dos muitos avanços na qualidade da assistência ao longo dessas sete décadas de mobilização, a violência obstétrica segue invisibilizada.

A grande questão é, portanto, como ler a realização de procedimentos médicos realizados sem o consentimento válido da mulher ou sem indicações técnicas como violentos. O que está em jogo “ao se afirmar que procedimentos médicos podem ser entendidos como violência? Como atos tidos como próprios do cuidado passam a ser vistos como violações dos direitos das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal?”

(PULHEZ, 2022, p. 28). Mais do que isso, nosso sistema judicial está pronto para promover uma proteção concreta a esses direitos das mulheres?

Em busca da construção de respostas, entendo que imagens conduzem (ou despertam) sensibilidades e estas podem se sedimentar em novas moralidades. Nesse sentido, é possível conceber a violência obstétrica como violência, por ser um ato de agressão com componente moral. Trata-se de uma nova moralidade, desenvolvida em várias arenas e cenários, para a qual a circulação de imagens, filmes, exposições, relatos, entre outros, contribui para sensibilizar e mobilizar a sociedade. Na próxima seção, buscarei o aprofundamento dessa perspectiva.

### **2.3 Imagens no movimento: a estética como instrumento de construção de uma nova moralidade acerca da assistência obstétrica**

Para Luís Roberto Cardoso de Oliveira (2008, 2011), não é possível classificar como violência atos de agressão que não tenham em si um componente moral. Componente esse que nomeia “insulto moral”. Ele explica que

[...] diferentemente das agressões a direitos jurídico-legais, o insulto moral não pode ser traduzido, de imediato, em evidências materiais. Embora se trate de uma agressão à pessoa do ator efetivamente ofendido, e não se confunda com a perda eventualmente sofrida com a quebra de um contrato ou em decorrência de um ilícito civil [...], também se distingue de uma agressão física, de caráter criminal, que sempre deixa marcas palpáveis, facilmente identificáveis e percebidas como tais por terceiros (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2011, p. 19).

Ao compararmos a ideia de insulto moral e as caracterizações dos atos de violência obstétrica, parece ser possível realizar um paralelo entre aquela construção teórica e a rarefação, com progressivo aumento, de denúncias e processos relacionados a esta forma de violência. Ao longo da pesquisa, será possível mapear elementos que denotem a existência do componente moral na violência obstétrica, assim como seu eventual apagamento em virtude da tradução para a linguagem jurídica.

Traçando um paralelo com a chamada “invenção da ‘violência doméstica’ em Timor-Leste”, descrita por Daniel Simião (2015) como um processo de construção de uma nova moralidade sobre a agressão física doméstica, Stephania Klujsza (2019) nos ajuda a compreender o processo de construção social da violência obstétrica. Explico.

No país asiático, o percentual de denúncias de violência doméstica praticamente dobrou de 2001 (8%) para 2002 (15%, empatando com furto). Tão significativo aumento no número de denúncias, de acordo com as organizações de mulheres, não se devia a um surto de violência dos maridos de um ano para o outro, não era relativo a mais casos reais. Consideravam que fosse devido a uma maior estrutura para denunciar essas agressões. O que Simião (2015) argumenta é que, ainda que a maior estrutura estatal para acolher essa demanda possa desempenhar um papel importante nessa transformação, existe uma dimensão anterior que precisaria ser considerada. Simião defende que

Para que haja uma denúncia não basta haver quem a receba. É preciso antes haver um caso de 'violência doméstica' a ser denunciado, isto é, é preciso que um gesto de agressão seja percebido como atitude intolerável por parte de alguém, percebido como violação e como violência (SIMIÃO, 2015, p. 134).

Ele observa a existência de um processo de construção de uma nova narrativa de gênero modificativa do modo como se vivia a corporalidade em grande parte do país. É nesse contexto que “gestos e atitudes em relação ao corpo usualmente tidos como naturais tornam-se atitudes de violência” (SIMIÃO, 2015, p. 134).

Fundado na separação analítica entre a dimensão física e a dimensão moral de um ato de agressão que Oliveira (2011) nos apresenta, Simião (2015) demonstra que, ainda que uma das partes perceba como agressão (um gesto indevido), ele não necessariamente seria moralmente condenável na justiça tradicional. Ao analisar um contexto de agressão, o operador de justiça tradicional, *lia na'in*, considera como problema a ruptura de uma ordem anterior, não a agressão em si. Desse modo, quem quer que fosse responsável por esse rompimento da ordem seria considerado culpado, ainda que tivesse sido quem sofreu a agressão física. Nas palavras do autor,

O uso da força passa, assim, a ser visto como mecanismo de reposição da ordem no domínio das relações interpessoais. Pode ser, portanto, uma ferramenta legitimada socialmente para regular relações na comunidade e seu uso legítimo está longe de ser considerado um monopólio do Estado (SIMIÃO, 2015, p. 136).

Além disso, Simião retoma pesquisa realizada por uma ONG australiana nas regiões por ele pesquisadas em que todos os grupos focais de dois dos subdistritos concordaram, unanimemente, que “um homem pode bater em sua mulher para ensiná-la” (SIMIÃO, 2015, p. 136). Apenas se delas resultarem sangramentos ou sequelas visíveis, tendem a ser menos toleradas.

Sem reduzir o sofrimento e a dor de quem era vítima de agressões físicas naquelas comunidades, Simião demonstra haver um alto grau de tolerância social a comportamentos agressivos e práticas de punição corporal “justificadas”. Para ele, mais do que para o bem-estar individual, o corpo e seus sentidos parecem ter uma função na socialização da pessoa. O castigo corporal é compreendido como instrumento para educação (não apenas em âmbito familiar, mas também nas escolas).

Nesse contexto, caso não houvesse excessos visíveis, os castigos não eram entendidos como violação a qualquer direito, de modo que não haveria motivo para denúncia ou queixa. Outro limite era à tentativa do homem de fazer a mulher obedecê-lo contra sua vontade, desde que a vontade dela não fosse o abandono de seus deveres, a quebra da ordem. Desrespeitar a vontade da mulher era, assim, mais ofensivo do que agredi-la em seu corpo.

Com o trabalho de ONGs e de grupos influentes no país pela defesa dos direitos das mulheres, além do contato com estrangeiros que, trabalhando no país, ajudaram a fortalecer ali referências internacionais de direitos humanos, provocou-se um impacto no modo como as mulheres dão sentido às agressões sofridas. De uma ferramenta para restabelecimento da ordem, uma parcela das timorenses passou a perceber nelas uma nova dimensão, a do insulto. Com a concepção de um direito à integridade física, as surras passaram a ser vistas como um desrespeito a um direito seu e, portanto, a elas mesmas como sujeitas. À dor do corpo, associou-se uma nova dor, a dor moral.

Exemplo desse fenômeno é o relato de um homem que não entendia a razão de sua esposa que, por 11 anos havia apanhado sem se queixar, ter um dia pedido a separação. Para ele era culpa de seu novo trabalho na Cruz Vermelha, onde convivia com estrangeiros, que estariam “colocando coisas” em sua cabeça. Nesse caso, para Simião (2015) haveria, sim, correlação entre esse novo contato e a mudança de atitude da mulher frente às agressões. Ela passara, contou uma conhecida, a sentir vergonha por apanhar do marido. As agressões físicas haviam tomado a forma de, também, insulto moral, tornaram-se violência doméstica.

A partir desse processo descrito por Simião (2015), Stephania Klujsza (2019) reflete sobre a possibilidade de compará-lo àquele pelo qual tem passado, no Brasil, a noção de violência na assistência ao nascimento e à gestação:

Pensando a violência obstétrica e o caso de Timor-Leste podemos refletir a respeito da construção da noção de violência percebida durante o parto, pois o caso timorense – no qual as agressões físicas faziam parte da “cultura” da sociedade – passou por um processo de resignificação dessas agressões a partir de referências globalizadas, tornando-as agressões morais, compreendidas como violência doméstica. Nesse sentido, a noção de violência obstétrica vem passando por um processo semelhante, pois vinte anos atrás não havia o questionamento do saber médico na hora do parto, e ainda que se falasse em “parto sem violência”, a violência obstétrica não existia (KLUJSZA, 2019, p. 30).

Ela argumenta que, a partir das iniciativas do movimento do parto humanizado e da ideia de medicina baseada em evidências, difundidas em espaços públicos e privados, operou-se no Brasil uma *ressignificação das experiências do parto*. Além desses movimentos – e por força deles – entidades governamentais, organizações internacionais como ONU e UNICEF, organizações de saúde e conselhos profissionais reguladores de algumas áreas da saúde passaram a direcionar seus esforços para abordar a assistência ao parto sob a ótica da humanização do processo. O saber médico e, mais do que isso, suas atitudes diante da mulher cujo parto assiste tornaram-se passíveis de questionamento.

A partir de experiências relatadas por brasileiras que deram à luz em diferentes décadas e contextos Klujsza (2019) conclui que, antes dessa resignificação da experiência do parto, eles podiam ser percebidos como experiências sofridas, com alguns incômodos, como falta de privacidade e tratamento meio bruto, tensões relacionadas ao estado de saúde do bebê ou da parturiente, ou com intervenções (ajudas) muito dolorosas e que seguiam doloridas por anos. “*Mas passou*”, “*é assim mesmo, filha*”, foram frases ditas a Klujsza (2019) por mulheres mais velhas e que demonstram como tal tratamento, era considerado padrão, igual ao dispensado a qualquer mulher.

Mas Simone Diniz *et al.* (2015) indica que, ao final da década de 1980, já havia pesquisas no Brasil que tematizassem a violência obstétrica, sem que esse termo fosse empregado. Já em 1993, a carta de fundação da ReHuNa, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento parte do reconhecimento de que a assistência se dá em circunstâncias da violência e constrangimento. Por tática, contudo, ela conta que a organização optou por falar em “humanização do parto” e “promoção dos direitos humanos das mulheres”, em vez de falar abertamente sobre violência, uma vez que essa abordagem poderia tornar os profissionais mais hostis à Rede e aos próprios princípios da humanização.

Klujsza (2015) conclui, então, que, com esse novo parâmetro de assistência, parte das mulheres passou a questionar o modelo tradicional. Desse modo,

Assim, como no caso da violência doméstica em Timor-Leste, a violência obstétrica passa a ser compreendida como humilhação e desrespeito e, conseqüentemente, como insulto, causando nas mulheres um novo tipo de dor vinculada à moralidade, que passa a ser vista como um insulto moral, uma questão de saúde pública, uma questão de violação dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres (KLUJSZA, 2019, p. 36).

Passa a haver, portanto, uma dimensão de insulto moral (OLIVEIRA, 2011) contra a mulher que, na assistência a seu pré-natal, parto, cesárea, ou pós-parto, tem direitos humanos e reprodutivos violados. E Klujsza (2015) toca, ainda, em outra questão imbricada ao se falar em uma moralidade da violência obstétrica, que é o fato de que, nem sempre, ela afeta a corporalidade das mulheres, podendo, às vezes, atingir exclusivamente o plano emocional.

A esse respeito, é importante lembrar a defesa de Oliveira, que “arriscaria dizer que na ausência da ‘violência moral’, a existência da ‘violência física’ seria uma mera abstração” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2008, p. 135). Para ele, se, por um lado, é impossível falar em violência física sem que à agressão esteja associado o insulto moral – como ficou evidenciado na “invenção da ‘violência doméstica’” em Timor-Leste e parece ser o caso para a “violência obstétrica” no Brasil –, é plenamente possível haver uma violência com agressão tão somente moral. Além disso, afirma que

Apesar de o insulto moral aparecer com características próprias e implicações diversas em cada contexto etnográfico, está freqüentemente associado à dimensão dos sentimentos, cuja expressão desempenha um papel importante em sua visibilidade (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2008, p. 136).

No Brasil, especificamente, Cardoso de Oliveira (2008, 2011) formula que a noção de insulto esteja presente na ideia-valor expressa pela dicotomia “consideração/desconsideração”. Não é de se surpreender, portanto, que haja manifestações da violência obstétrica que afetem tão somente o plano emocional, os sentimentos, as escolhas, a dimensão moral da vítima.

Tradicionalmente, são parte dos significados culturais que fundamentam a assistência obstétrica brasileira os estereótipos de gênero, classe e raça, em especial, os de desvalorização e submissão da mulher. Janaína Marques de Aguiar (2010) considera que

[...] a banalização da violência aponta para a banalização da injustiça e do sofrimento alheio como um fenômeno social que atinge a toda sociedade; para a fragilização dos vínculos de interação pessoal entre profissionais e

pacientes e para a cristalização de estereótipos de classe e gênero que se refletem na assistência a essas pacientes, além de contribuir para a invisibilidade da violência como tema de reflexão e controle institucional. (AGUIAR, 2010, p. 10).

Tendo em vista a naturalização e consequente banalização dessas violências, grande parte dos esforços dos movimentos de mulheres por mudanças na assistência ao parto têm o objetivo de tornar socialmente visíveis as violações sofridas. Para tanto, é importante não apenas fazer com que as pessoas *saibam* o que acontece ou aconteceu durante uma assistência obstétrica, mas, principalmente, *entendam* certos tratamentos como violentos. Dessa forma, ampliando o conhecimento sobre a vivência do parto, muitas mulheres sentiram-se incentivadas a utilizar plataformas online para compartilhar situações de violência obstétrica que vivenciaram, além de relatos anônimos de profissionais de equipes médicas que denunciavam práticas de seus colegas (KLUJSZA, 2019).

Essa transformação simbólica se faz necessária aos interesses do movimento pois, por serem banalizadas, muitas das condutas que as ativistas reconhecem como violentas integram a prática obstétrica brasileira, latino-americana ou ocidental.

Em alguns casos, por integrarem a cultura relativa ao nascimento, ainda que muitos procedimentos não contem com qualquer indício científico de sua necessidade ou benefício e, por outro lado, agreguem risco ao binômio mãe-bebê (como toda intervenção) e, por vezes, sejam danosos à mulher física, psíquica, material ou socialmente, por serem realizados de forma ritualística, são comumente entendidos como boa técnica (DAVIS-FLOYD, 2022).

Têm movimentado esse cenário grupos de “ativismo baseado em evidências” (*lay experts*) (RABEHARISOA; MOREIRA; AKRICH, 2014). São pacientes e ativistas que, buscando conhecimento técnico médico e científico contribuem para novas formas de cooperação na produção, disseminação e profusão de conhecimento (PULHEZ, 2022).

Por inegável que seja a relevância da crítica técnica para o gradual abandono de condutas lesivas e não comprovadamente benéficas para o binômio mãe-bebê, volto agora minha atenção para outra vertente do movimento. Nesta seção, trabalho instigada pelas hipóteses levantadas por Sharon Sliwinski (2006; 2009) e Lynn Hunt (2007) de que a arte, seja via imagens, seja via narrativas, tenha sido um forte componente na criação e na expansão dos direitos humanos. Busco aqui, a partir de uma pesquisa bibliográfica e vinhetas narrativas, investigar os usos de imagens e

narrativas autobiográficas pelo movimento pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento na sensibilização quanto à legitimidade dos direitos reivindicados.

Esse processo de convencimento social da legitimidade de uma demanda coletiva ganha especial relevância nesta pesquisa como um todo ao refletirmos sobre os achados de Bárbara Gomes Lupetti Baptista (2020). Ela demonstra que ao contrário do que o princípio da imparcialidade judicial faz querer crer, aspectos como “a moralidade e o senso de justiça do Juiz têm espaço no curso do processo e em seus resultados”, de modo que “não necessariamente existe apenas o ‘mundo dos autos’” (BAPTISTA, 2020, p. 93).

Assim, essa busca por reconhecimento social da violência obstétrica não está voltada apenas às mulheres, para que percebam sua vulnerabilidade, conheçam seus direitos e reconheçam quando são violados, ou aos profissionais de saúde, para que tomem ciência das evidências científicas e de novos paradigmas que embasem suas práticas. Também aos membros do judiciário, como membros da sociedade em geral, são destinados produtos culturais que, a partir de uma nova concepção sobre o parto e sua assistência, desvelam e denunciam violências obstétricas e sugerem alternativas possíveis.

### *2.3.1 Relatos de parto: narrativas individuais pela luta coletiva*

Dentre as várias vozes pela humanização da assistência ao parto, uma que tem destaque em Belo Horizonte é a da ativista e usuária do sistema de saúde Polly do Amaral. Analista de sistemas, decidiu, em suas palavras, usar seus conhecimentos em redes para fortalecer, tanto no mundo virtual, quanto no real, as lutas pelos direitos das mulheres, atuando como doula (inclusive tendo ajudado a criar o curso de formação de doulas do qual eu participei, em 2016, quando a conheci) e integrando grupos de apoio à gestante, marchas e manifestações. Sob o lema “Emadrecer a política”, vocalizou as pautas do movimento nas campanhas legislativas de 2016, 2018, 2020 e 2022. E, neste ano de 2023, iniciou a graduação em Direito na mesma instituição em que esta pesquisa está sendo desenvolvida, a Universidade Federal de Minas Gerais.

Não raramente, quando se apresenta como doula, ativista, mãe, usuária ou candidata, ela relata as três diferentes experiências que teve durante os nascimentos de suas filhas: os dois primeiros, via cirurgias cesarianas, e a terceira, por parto

domiciliar, natural e humanizado. Já presenciei algumas falas da Polly com esse tema e, em cada uma delas, diferentes nuances das experiências são abordadas. Em uma versão mais breve (a fim de caber na pauta do programa), que passarei a analisar, seu relato foi televisionado no ano de 2017, quando, representando as usuárias do sistema de saúde, participou do programa Brasil das Gerais, da Rede Minas, uma rede de televisão pública aberta, situada em Belo Horizonte.

Por mais que os detalhes destacados variem um pouco a cada vez em que a história é compartilhada, Polly toma, sempre, o cuidado de diferenciar as suas experiências com a cesárea. De acordo com seu relato, na primeira gestação, por mais que sonhasse em ter um parto normal (que considerava mais saudável e que teria uma recuperação mais rápida), era muito inexperiente e apenas confiou no médico. Ele, contudo, sem apresentar qualquer justificativa, levou-a a agendar uma cesariana, mesmo após um pré-natal tranquilo, de risco habitual. Apesar de achar a situação estranha e de não ter entendido o motivo da mudança de planos, ela não identificou, naquele momento, qualquer violência.

Sentindo dificuldades em amamentar sua primeira filha, ela conta que buscou um grupo de apoio ao aleitamento materno. Foi ali que entrou em contato com dados sobre a assistência obstétrica. Passou, também, a integrar grupos de e-mails do Yahoo sobre parto humanizado, parto natural e parto ativo. Neles, teve acesso a dados, bibliografia da área (fruto, em geral, de esforços daquela outra vertente do movimento, a da crítica técnica), e, em maior número, com relatos de parto – e não só de parto, mas de toda a assistência obstétrica. Ela e uma amiga que conheceu na mesma época, Helena (e que também atua no curso de formação de doulas e na roda de apoio às gestantes em que colaborei entre 2016 e 2020), contam que ficavam extremamente envolvidas com as histórias de algumas participantes do grupo, ansiosas por atualizações, torcendo muito para que tivessem um desfecho positivo, e que, quando alguém parava de atualizar o grupo, ou quando o comunicado sobre o nascimento de um bebê não vinha acompanhado do relato do momento, elas se entristeciam por suporem que a assistência recebida fora inadequada ou violenta e que sua amiga virtual não estaria ainda pronta para falar sobre o momento vivido.

Somente após ler esses relatos e documentos, Polly conta ter sido capaz de refletir e compreender que a cesárea agendada sem indicação pela qual havia passado para que sua primeira filha nascesse tinha sido uma violência obstétrica – semelhante à sofrida por centenas de milhares de brasileiras todos os anos.

A partir de então, explícita, sem que tivesse existido qualquer justificativa plausível para aquela decisão, ela passara a ser uma mulher com uma cesárea no histórico, o que fazia com que fosse muito mais provável que passasse por outra cirurgia em eventual futura gestação. E foi a partir daí que, segundo conta, viu surgir muita força e desejo de agir para a mudança dessa realidade, tanto socialmente, quanto em sua própria vida.

Em sua segunda gravidez, relata Polly, ela se muniu de muita informação e teve como aliada uma equipe que, alinhada aos preceitos da humanização da assistência obstétrica, baseava sua atuação na MBE e no diálogo com a gestante/parturiente. Quando, então, na 32ª semana de gestação, sua bolsa rompeu, em conversa com a equipe de assistência, chegaram à conclusão de que o melhor seria que ela permanecesse em repouso e em monitoramento a fim de preservar a gestação pelo maior tempo possível. Na prática, foram três dias desse monitoramento, antes que uma cesárea se fizesse necessária.

Essa segunda cesariana foi, porém, na experiência da Polly, muito diferente daquela primeira “desnecesária”. Isso porque, além de contar com uma indicação clínica, a equipe se preocupou em fazer com que a experiência fosse o mais positiva possível para ela e para sua filha. Isso passou por desde a flexibilização de protocolos que não necessariamente agregam segurança ao procedimento, mas pioram a experiência da usuária, como a redução da intensidade do ar condicionado e das luzes do bloco cirúrgico, mantendo mais forte apenas o foco, e a utilização de um campo cirúrgico (espécie de cortina, geralmente azul, que isola a área onde é realizada a cirurgia, a fim de manter a técnica asséptica) mais baixo, de modo que ela pudesse ver o nascimento de sua filha; até, e, especialmente, a adoção de práticas recomendadas, benéficas à mãe e ao bebê, não prejudicadas pela via de nascimento, como o respeito ao contato pele a pele logo após o nascimento.

Polly descreve esse atendimento como uma “cesariana respeitosa, conduzida por uma equipe humanizada de assistência obstétrica”. Mesmo tendo sido uma intervenção bem indicada e respeitosa, somada àquela primeira, ela agora tinha duas cesáreas em seu histórico – e nunca havia entrado em trabalho de parto. Esses fatores tornavam ainda menores as chances de ter um parto normal, além de elevarem os riscos associados a uma possível nova cesariana.

Quando, após alguns anos, ela se viu grávida pela terceira vez, muitas pessoas já conheciam sua história e ela já era muito atuante como ativista pela

humanização da assistência ao parto e ao nascimento em Belo Horizonte. Planejou um parto domiciliar assistido por uma equipe também humanizada (mas, como estratégia de autopreservação, não compartilhou esse plano “A” com quem não estaria presente no momento). Polly conta que sentia uma torcida de toda a cidade e, pela internet, de pessoas de todo o Brasil para que conseguisse realizar seu sonho, tão adiado, de parir, e que fosse em segurança e em uma experiência positiva.

Depois de três dias de trabalho de parto, sua terceira filha nasceu em casa, com a presença de todas as pessoas especiais que Polly desejava que ali estivessem; e na água, permitindo que a própria mãe fosse a primeira a acolhê-la, do jeito como ela havia planejado. Foi uma grande alegria. Anos depois, mesmo já tendo escrito e narrado diversas vezes seu relato de parto (que tem início lá na primeira cesárea), Polly ainda se emociona (e emociona boa parte de seus interlocutores) sempre que conta essa parte de sua história. E há um motivo para que ela opte por compartilhá-la sempre que tem espaço.

Para ela, essa divulgação de experiências positivas é uma das frentes em que as ativistas devem atuar. Isso porque “cada mulher que tem essa vivência diferente [do padrão do atendimento obstétrico, ainda muito violento no Brasil] multiplica essa experiência e faz com que outras mulheres também saibam que elas podem passar por isso” (REDE MINAS; AMARAL, 2017).

Dessa forma, Polly faz como as autoras dos relatos que lia nos antigos grupos de e-mails do Yahoo. Ela ativa suas experiências como forma de gerar identificação, empatia, acolhimento e desejo de mudança em quem as ouve.

Em rodas de gestantes ou em encontros de ativistas pela humanização da assistência dos quais já tive a oportunidade de participar, pude perceber que é usual que as participantes compartilhem suas experiências anteriores de gestação e de parto. Tenham sido elas positivas ou negativas, são, via de regra, indicadas como motivadoras para buscar “dessa vez” (no caso das gestantes) ou “que todas as mulheres tenham acesso a” (no caso das ativistas) um parto humanizado.

Além dessa motivação interna, pessoal, esses relatos têm efeitos coletivos sugeridos: seja o de, como afirma Polly à entrevistadora, indicar que todas as mulheres podem ter um bom parto ou uma cesariana respeitosa e, com empatia, quebrar mitos relativos ao parto normal, seja o de alertar quanto aos vícios do sistema de atenção obstétrica no Brasil, muitos deles baseados em pressupostos de gênero que resultam em uma superestimação de benefícios da tecnologia e subestimação ou

negação dos efeitos adversos e desconfortos decorrentes de intervenções (Luciana PALHARINI, 2017).

Com o advento e a popularização das mídias digitais, a internet se tornou ferramenta de ativismo pela humanização. A tendência de compartilhamento pelas ativistas, em listas de discussão e em grupos online, dos relatos de seus partos, passou, hoje, para grupos de Facebook e WhatsApp, perfis e páginas do Instagram, em blogs e por meio de vídeos no YouTube ou diversas outras redes sociais, tendo o alcance cada vez mais ampliado.

Hoje instrumento difundido para a sensibilização em torno do tema, são ativados tanto para denunciar a ocorrência e acabar com o silenciamento de casos de violência obstétrica, quanto para criação de um novo imaginário de parto em um cenário alternativo (Gabriela ZANARDO *et al.*, 2017).

Impossível deixar de traçar paralelo entre esse artifício, historicamente associado ao movimento de usuárias pelas Reformas no Parto, que teve lugar nos Estados Unidos da América, nos anos 1950 (DINIZ, 2005) e que permanece até hoje, em especial, no midiativismo, e a hipótese levantada pela historiadora Lynn Hunt (2007) em seu célebre *A invenção dos direitos humanos*.

De acordo com Hunt (2007), as transformações sociais e jurídicas que culminaram na declaração dos Direitos Humanos só puderam existir graças e profundas transformações internas – e externalizadas – dos indivíduos da época.

Se os direitos do homem são baseados numa ideia de autonomia que diz respeito ao indivíduo que seria dotado de discernimento para distinguir o bem do mal,

[...] para que se tornassem membros de uma comunidade política baseada naqueles julgamentos morais independentes, esses *indivíduos* autônomos tinham de ser capazes de sentir empatia pelos outros. Todo mundo teria direitos somente se todo mundo pudesse ser visto, de um modo essencial, como semelhante. A igualdade não era apenas um conceito abstrato ou um slogan político. Tinha de ser internalizada de alguma forma (HUNT, 2007, p. 26).

Parcialmente responsáveis por essa internalização do conceito de igualdade teriam sido, para a autora, os chamados romances epistolares. Extremamente populares no século XVIII, esses longos romances, escritos em forma de cartas, o que permitia adotar tom ainda mais pessoal, tornaram acessíveis à população histórias, anseios e angústias de pessoas comuns, em geral mulheres. Hunt argumenta que, cada um à sua maneira, eles teriam reforçado a ideia de “uma comunidade baseada em indivíduos autônomos e empáticos, que podiam se relacionar, para além de suas

famílias imediatas, associações religiosas ou até nações, com valores universais maiores” (HUNT, 2007, p. 31).

Assim como os romances epistolares, que teriam permitido a construção de um novo ideário sobre a organização da vida social e política, os relatos de parto, escritos ou falados, presenciais ou gravados, em redes sociais ou televisivas, poderiam ter esse condão de criar, por um lado, a desconfiança no modelo institucionalizado de atenção obstétrica, e, por outro, novos conceitos de assistência adequada, desejável e segura.

O modelo tecnocrático, marcado pela superioridade de status da tecnologia sobre as relações humanas e de uma suposta neutralidade de valores, expressaria, com seus rituais de assistência, “o medo extremo, em nossa sociedade tecnocrática, dos processos naturais dos quais essa sociedade depende para continuar sua existência” (DAVIS-FLOYD, 2022). Os relatos de parto, por sua vez, apresentam a essa mesma sociedade diversas das facetas do nascimento, retirando parte do tabu que paira sobre ele – evento que entrelaça vida, morte e sexo – e permitindo que as políticas de atenção a ele sejam discutidas de forma mais democrática, ouvindo, inclusive a voz das principais interessadas: as mulheres.

Hunt (2007) defende e insiste que qualquer relato de mudança histórica deva, no fim das contas, explicar as alterações que teriam ocorrido nas mentes individuais. Ela acredita que

[...] a mudança social e política — nesse caso, os direitos humanos — ocorre porque muitos indivíduos tiveram experiências semelhantes, não porque todos habitassem o mesmo contexto social, mas porque, por meio de suas interações entre si e com suas leituras e visões, eles realmente criaram um novo contexto social (HUNT, 2007, p. 33).

Considerando o potencial sensibilizador e transformador de histórias, os movimentos de mulheres, ao darem espaço privilegiado aos relatos de parto abrem canal para diversas transformações, sejam elas de ordem individual, sejam de ordem coletiva.

A vocalização de traumas eventualmente sofridos em assistências violentas ou de experiências muito fortes, que carecem ainda de compreensão, permite à mulher iniciar um processo interno de cura e de compreensão da própria história e de si (PULHEZ, 2013). Não raro, mulheres que pariram afirmam (assim como a Polly, na entrevista à Rede Minas, em 2017) que se trate de um momento transformador. Essa narrativa de si permitiria um entendimento sobre o que foi transformado e em quê.

No âmbito coletivo, as narrativas compartilhadas tornam-se testemunhos dos problemas a serem solucionados e das alternativas possíveis. Criam, nas mentes individuais, a possibilidade de imaginar como violentas as práticas obstétricas denunciadas e dão corporeidade e plausibilidade às recomendações técnicas sobre a assistência mais adequada, tornando-as desejáveis e alcançáveis, e, portanto, dignas de luta coletiva. Associam-se à proposta de diferenciação entre crime e violência introduzida por Guita Grin Debert e Maria Filomena Gregori (2008), à qual Pulhez (2013) sugere aproximar para a compreensão da violência obstétrica. Para elas,

[...] crime implica a tipificação de abusos, a definição das circunstâncias envolvidas nos conflitos e a resolução destes no plano jurídico. Violência implica reconhecimento social (não apenas legal) de que certos atos constituem abuso, o que exige decifrar dinâmicas conflitivas que supõem processos interativos atravessados por posições de poder desiguais entre os envolvidos. (DEBERT; GREGORI, 2008, p. 176).

Os relatos pessoais serviriam, portanto, a esse exercício de expor e decifrar as dinâmicas e conflitos existentes no processo de assistência obstétrica, à empatia com mulheres, que podem vir a assumir o papel social de vítimas – se lograrem demonstrar a abusividade inculcada em certos atos.

### 2.3.2 *Imagens, imaginação e horizontes possíveis*

Assim como Lynn Hunt, Sharon Sliwinski (2007, 2009) apresentou uma abordagem pouco ortodoxa para a origem dos direitos humanos nas primeiras lutas por sua efetivação. A autora afirma que o movimento de expansão dos direitos humanos tem uma dimensão estética.

A partir do estudo do uso de fotografias pelo movimento de reforma do Congo, ela busca compreender de que modo as fotografias foram utilizadas para o convencimento da população europeia sobre a prática, pelo governo belga, representado, à época, pelo Rei Leopold II, de crimes contra o povo congolês, bem como da extensão dos afetados por esses crimes.

Para o principal nome do *Congo Reform Association* (CRA), Edmund Dean Morel, os crimes em questão não apenas violentavam o outro, mas representavam uma tentativa de erradicar o próprio conceito de humano. Tratava-se, desse modo, não apenas de crimes contra o povo congolês, mas contra toda a humanidade (SLIWINSKI, 2009).

Correspondente a uma das primeiras articulações vigorosas dos direitos humanos modernos, a CRA respondeu aos horrores das violações no Congo de forma radicalmente criativa, introduzindo o conceito de “crime contra a humanidade”, que inaugurou um modo de organização da responsabilidade humana totalmente nova, de acordo com a autora.

Nessa busca por validar os relatos de violência e convencer as populações dos EUA e da Europa da gravidade da situação, que era invariavelmente desmentida pela contrapropaganda governamental belga e pela imprensa corrompida, o CRA teve, como fortes aliadas essa dimensão estética dos direitos humanos.

As imagens fiéis das fotografias, que serviriam como testemunhas (as únicas que, nas palavras do Rei Leopold II, foi incapaz de corromper) de violações a direitos tidos como universais, facilitaram os sentimentos de indignação pois tinham relação com o julgamento moral e apelavam para a consciência do espectador.

Quando utilizadas por missionários em palestras com enfoque religioso, eram projetadas em tecidos e, por sua baixa definição, ficaram conhecidas como fantasmagóricas. Sua pouca nitidez deixaria à imaginação e à emoção a tarefa de completar-lhes o sentido, por meio de uma forte resposta sentimental, incentivada por hinos, orações e apelos evangélicos dramáticos, convocando os espectadores a agirem e a responsabilizarem-se (SLIWINSKI, 2009).

Desenvolvendo seu argumento em torno de duas mulheres, Olympe de Gouges e Marietta Baderna, também Fabiana de Menezes Soares (2016) explora como as artes plásticas, literatura, teatro, dança e música foram meios para sinalizar e provocar tensões no acolhimento dos direitos humanos. Ou seriam apenas direitos do homem? Será que o mote francês *droit de l'homme* era uma expressão literal e restritiva?

Dissidentes e diferentes, buscaram a inclusão dos “diferentes” fosse por discrimens de gênero, raça ou status de filiação (se “legítima” ou “bastarda/natural”). Para tanto, por meio de artes com mãos, voz e pena, denunciaram a contradição e a intolerância da construção masculina e branca universalizante dos direitos humanos e “suscitaram a noção de fraternidade, já que no plano da igualdade de direitos alguns sujeitos eram/são menos iguais que os outros” (SOARES, 2016, p. 34).

A humanista Marie Gouze, sob o pseudônimo de Olympe des Gouges, escreveu textos políticos, romances e peças de teatro, além da célebre “Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã”, em que afirmava igualdade de acesso à educação para as mulheres, mas que não foi incorporada aos textos oficiais apoiados

pela Revolução Francesa. Em sua arte, defendeu a plena igualdade entre homens e mulheres, o direito ao divórcio, o fim da pena de morte e o fim da escravidão. Tamanha subversão (em um contexto em que os supostos ideais eram de “liberdade, igualdade e fraternidade”) acabou por lhe render uma campanha de difamação que perdurou por dois séculos e a condenação à morte pela guilhotina, em 3 de novembro de 1793.

A italiana Marietta Baderna estreou nos palcos de Milão com apenas 12 anos de idade e, aos 21 já era “*prima ballerina assoluta*”, encantando públicos por toda a Europa. Em 1849, no contexto da invasão da Itália pelo império Austro-Húngaro, exilou-se com o pai no Brasil. Ao chegar, deparou-se com um império conservador, escravocrata e onde a “representação social do exercício da arte por mulheres significava um tipo particular de prostituição” (SOARES, 2016, p. 44).

Mas a bailarina seguiu seu talento e sua dedicação, movimentando devotos e apaixonados fãs. Foi levada por eles que conheceu, no Largo Carioca, a umbigada, o lundu e o batuque, manifestações de festejo e resistência de pessoas escravizadas.

Fascinada, decidiu, levar aos salões da aristocracia as danças populares brasileiras, em montagens primorosas, como apenas se via na Europa. “Foi o início do seu fim e o começo da morte da sua memória” (SOARES, 2016, p. 49). Vítima de difamações e calúnias, com contratos não mais sendo honrados, Baderna passou a ser, no Brasil, um substantivo pejorativo, que acabou por se descolar da artista estrangeira que viu plasticidade na cultura de seres com status jurídico de “semoventes”.

Apesar de a sociedade e a história terem sido impiedosas com ambas as mulheres evocadas por Fabiana Soares (2016), suas artes insubmissas incitaram a revisão de concepções sociais sobre os estatutos jurídicos e as condições fáticas de humanos a quem, contraditoriamente, não alcançavam os direitos humanos.

Assim como na luta pela libertação do Congo nas mais diversas facetas dos movimentos de expansão dos direitos humanos desde então, no movimento pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento, as imagens desempenham relevante papel mobilizador.

Ao lado dos relatos de parto, as imagens dão cores, contornos aos relatos. Estes, por sua vez, oferecem a elas o contexto. Nenhuma dessas formas de testemunhos do que ocorre em uma sala de parto é completa em dados e deixa de ser afetada pelas emoções (e por que haveria de ser?), mas ambas têm grande

potencial de sensibilizar e fornecer à imaginação subsídios para uma mudança ético-moral na forma como parto e nascimento são socialmente tratados.

Se, por exemplo, em 2013, a Fundação Perseu Abramo e o Sesc divulgaram pesquisa que indica que 25% das mulheres ouvidas afirmaram ter sofrido alguma forma de violência obstétrica durante seus partos (VENTURI; GODINHO, 2013), o projeto fotográfico *1 em 4: retratos da violência obstétrica* empreendido por Carla Raiter em 2014 tornou mais palpável o dado. Unindo fotos e relatos reais, permitiu imaginar o que deve passar uma mulher violentada durante o pré-natal, parto ou puerpério (REDAÇÃO HYPENESS, 2014). Reproduzo a seguir três das fotos que compõem o projeto<sup>22</sup>.

**Figura 1 – Foto integrante do projeto 1 em 4: retratos da violência obstétrica, da fotógrafa Carla Raiter – relato e cicatriz de cesárea aceita com base em informações parciais ou distorcidas**



Fonte: REDAÇÃO HYPENESS, 2014. Foto: Carla Raiter, 2014.

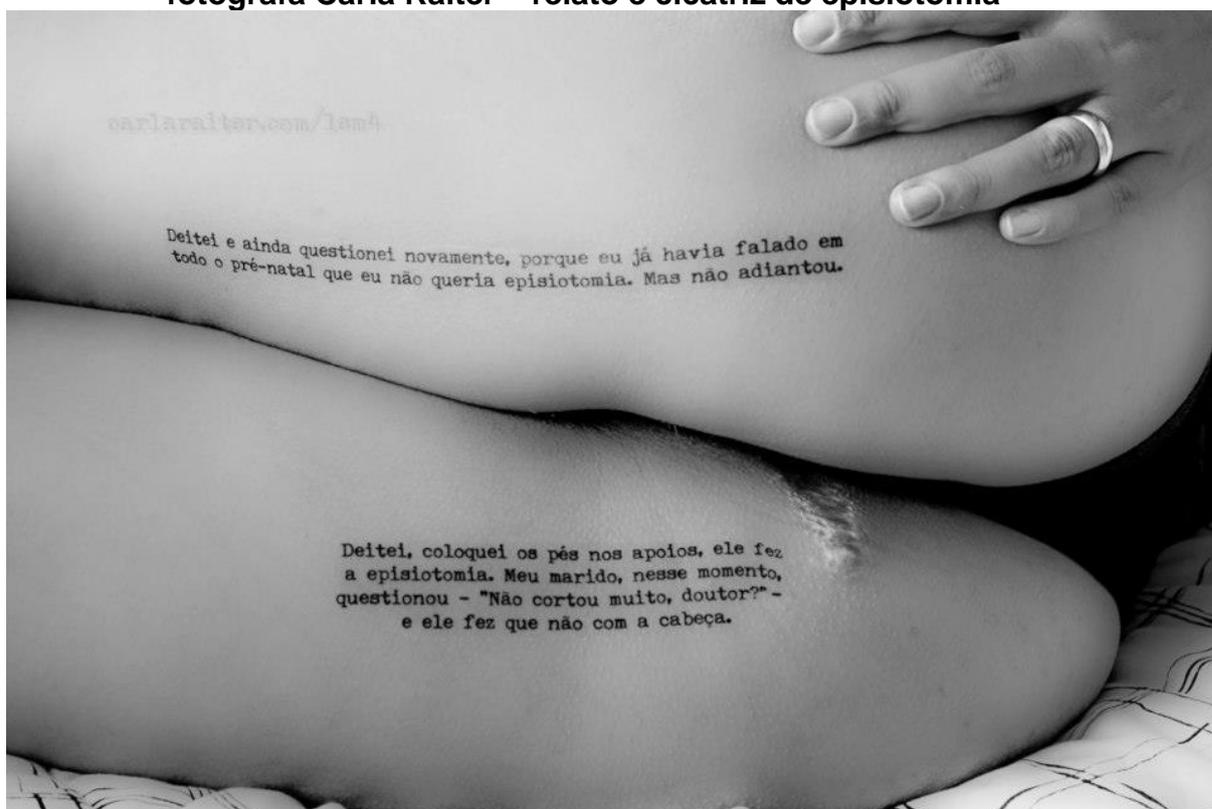
*“Sua placenta está em grau 3. Eu recomendo que*

<sup>22</sup> As demais imagens do projeto fotográfico, bem como uma entrevista com a fotógrafa estão disponíveis no site: <https://www.hypeness.com.br/2014/07/serie-de-fotos-mostra-relatos-de-violencia-na-hora-do-parto-que-passariam-batidos/>.

*você agende uma cesárea  
hoje. Seu bebê está bem  
agora, mas a gente não  
sabe como vai estar daqui  
a pouco, e você sabe...*

*seu bebezinho  
não quer morrer.”*

**Figura 2 – Foto integrante do projeto 1 em 4: retratos da violência obstétrica, da fotógrafa Carla Raiter – relato e cicatriz de episiotomia**



Fonte: REDAÇÃO HYPENESS, 2014. Foto: Carla Raiter, 2014.

*Deitei e ainda questionei novamente, porque eu já havia falado em todo o pré-natal que eu não queria episiotomia. Mas não adiantou.*

*Deitei, coloquei os pés nos apoios, e ele fez a episiotomia. Meu marido, nesse momento, questionou – “Não cortou muito, doutor?” – e ele fez que não com a cabeça.*

**Figura 3 – Foto integrante do projeto 1 em 4: retratos da violência obstétrica, da fotógrafa Carla Raiter – relato de violação do direito a acompanhante**



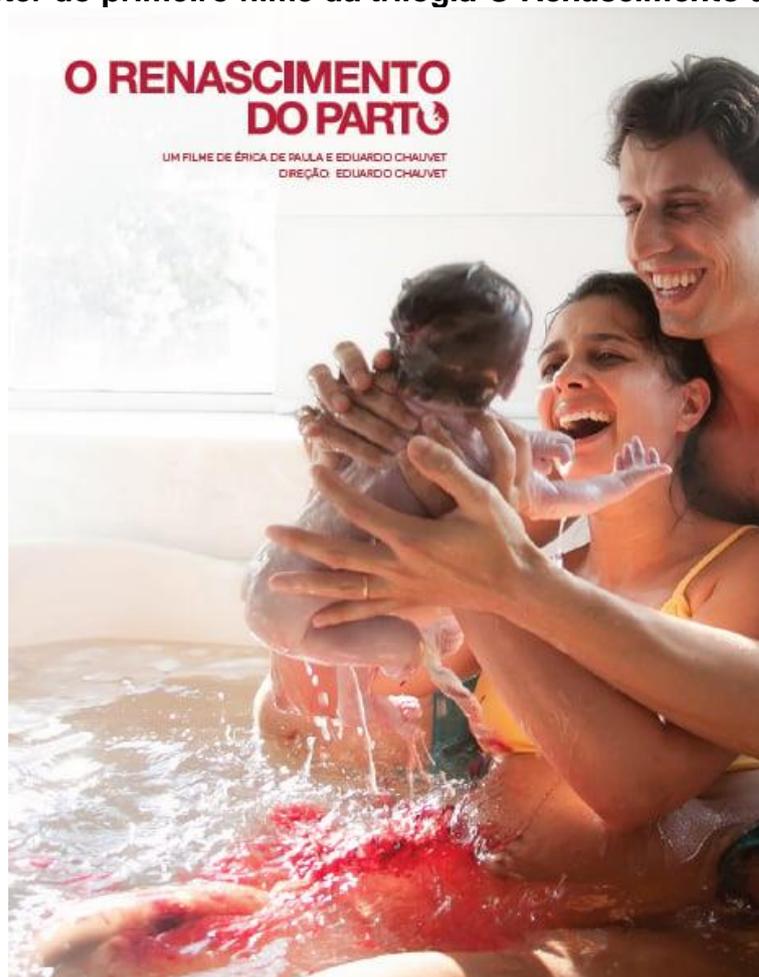
Fonte: REDAÇÃO HYPENESS, 2014. Foto: Carla Raiter, 2014.

*O pai foi despachado, não  
poderia acompanhar, não  
poderia ficar na porta.  
Cruelmente, não lhe deram  
opção e, se continuasse  
insistindo, o segurança  
estava bem ali.*

Também aliando narrativas e imagens, alguns documentários têm sido produzidos e demonstrado grande potencial de mobilização. No Brasil, o gênero tem como seus principais representantes o vídeo *Violência obstétrica: a voz das brasileiras* (2012), considerado o melhor documentário no Seminário Internacional Fazendo Gênero de 2013, e a trilogia *O renascimento do parto* (o primeiro lançado em 2013, e, em 2018, o segundo e o terceiro), que foi campeã de financiamento coletivo.

Com linguagem acessível, apresentam desde depoimentos de mulheres que se entendem vítimas de violência obstétrica a relatos de partos extremamente prazerosos, passando por divulgação de dados e comentários de especialistas em temas afetos ao enfrentamento à violência obstétrica.

Figura 4 – Pôster do primeiro filme da trilogia *O Renascimento do Parto*



Fonte: O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013.

Fruto de um esforço conjunto, *O Renascimento do Parto* foi, e ainda é, tratado no movimento como um recurso para introduzir ao assunto pessoas que ainda não estejam a par do contexto da assistência obstétrica no Brasil, ou que acreditem ser essa a única forma possível. Com tratamento cuidadoso de imagem e som, apresenta-se, por exemplo, a realidade de países onde as políticas públicas incentivam o parto espontâneo, centrado na mulher.

É com estas palavras que Simone Diniz apresenta o filme e a mobilização que ele provocou:

O que faz com que um filme seja tão valorizado pelo seu público que este se encarregue coletivamente do seu financiamento, divulgação e distribuição? O documentário *O renascimento do parto* bateu o recorde de *crowdfunding* mais rápido no Brasil: a meta inicial, estimada para sessenta dias, foi alcançada em apenas três, garantindo sua edição final. Divulgado amplamente nas redes sociais desde antes do seu lançamento em agosto de 2013, em outubro já havia sido visto por mais de dez vezes o número médio de espectadores de documentários no Brasil. Nos municípios menores,

usuárias organizam campanhas para que o filme chegue até elas. O uso do filme como recurso educativo certamente se multiplicará com seu lançamento no formato DVD, esperado para fevereiro de 2014 (DINIZ, 2014, p. 217).

Pude vivenciar esse processo de divulgação e distribuição pelo próprio público ao qual Diniz faz referência. Em 2016, quando comecei a participar, já como doula, das rodas de apoio à gestação e ao parto ativo promovidas pelo grupo Ishtar, tínhamos uma “biblioteca-filmoteca coletiva”. Em meio ao “acervo” estava uma cópia em DVD d’*O Renascimento do Parto*, que era emprestado, em revezamento, às interessadas.

Apesar de todas as críticas tecidas ao modelo obstétrico brasileiro e de, de fato, haver uma moralização de algumas práticas da assistência – por serem intervenções desnecessárias, por agregarem risco e dor, por serem feitas por conveniência do médico ou de uma “linha de produção hospitalar”, por serem justificadas (quando são) com base em falácias ou ameaças – é interessante perceber que, nesse primeiro filme, não é utilizada a expressão “violência obstétrica”. Essa temática apenas foi focalizada, nesses termos, 5 anos mais tarde, no segundo filme.

**Figura 5 – Pôsteres dos filmes 2 e 3 da trilogia *O Renascimento do Parto***



**Fontes:** O RENASCIMENTO DO PARTO 2, 2018; O RENASCIMENTO DO PARTO 3, 2018.

O objetivo da trilogia é dar visibilidade e fomentar o processo de eliminação, de uma vez por todas, das práticas recorrentes em maternidades que configuram violação a direitos das mulheres. Os documentários são voltados a espectadores com pouco ou nenhum conhecimento prévio sobre o tema e instigam a pesquisar mais sobre, seja por indignação com a realidade predominante – que é apresentada como única alternativa ou a mais “civilizada” –, seja por fascínio ou incredulidade com a opção apresentada.

Após um segundo filme bastante pesado e angustiante, é com esperança que a série é concluída. Ainda são feitas denúncias, mas há o foco em transformações e iniciativas positivas que seriam observáveis, além de informações sobre como agir, juridicamente, caso seja vítima de violência obstétrica. Há o relato, inclusive, de quem, depois de uma assistência inadequada no nascimento do primeiro filho, viveu uma boa experiência de parto a partir de uma possibilidade vislumbrada no documentário de 2013. Atualmente, os três filmes estão disponíveis em plataformas de *streaming*, não sendo mais tão necessário aquele esforço das ativistas por sua distribuição, apenas pela divulgação.

Exemplo da capacidade atrativa e mobilizadora desses documentários é relatado no artigo *“Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto*, de Mariana Marques Pulhez (2013). Nele, a pesquisadora, que tinha, até então, sua trajetória acadêmica ligada ao estudo de blogs de “maternidade ativa”, relata que seu primeiro contato com a expressão “violência obstétrica” foi, justamente, por meio do vídeo *Violência obstétrica: a voz das brasileiras* (2012). Produzido coletivamente por quatro mulheres, Bianca Zorzam, Ligia Moreira Sena, Ana Carolina Arruda Franzon, Kalu Brum, o documentário foi divulgado em um dos blogs que acompanhava. A partir daquele momento, a antropóloga passou a destinar seus esforços à compreensão desse conceito, tendo o tema se tornado, inclusive, seu objeto de investigação doutoral.

Aproximando ainda mais o público da mensagem sobre os benefícios do parto, a exposição Sentidos do Nascer (SDN), foi estruturada em 2015, com uma parceria entre a UFMG e a Prefeitura de Belo Horizonte e financiada pelo edital de Prevenção da Prematuridade (CNPq; Ministério da Saúde; e Fundação Bill e Melinda Gates). Adotando formato imersivo, representa uma iniciativa inovadora de “educomunicação” com o objetivo de transformar a cultura em torno do parto e nascimento no Brasil. Durante o doutorado, cursei a formação para facilitadores e multiplicadores da

Sentidos do Nascer, um curso teórico e prático, oferecido semestralmente a todo o público. Tanto a exposição quanto o curso para nela atuar são atividades de extensão universitária.

Interativa, a exposição, inicialmente itinerante, hoje está instalada no Parque das Mangabeiras, em Belo Horizonte. Ela oferece uma jornada cativante através de cinco seções distintas. Bernardo de Oliveira, Sônia Lansky, Kleyde dos Santos, Erica Pena, Clara Karmaluk e Amélia Friche (2020) relatam que cada uma das estações foi projetada para explorar diferentes aspectos e perspectivas sobre o parto e o nascimento no Brasil.

**Figura 6 – Exposição Sentidos do Nascer no Parque das Mangabeiras**



**Fonte:** Instagram, @sentidosdonascer, 2023.

Para começar, os visitantes entram no ambiente "Gestação", onde, em uma tela de TV, podem ver a projeção de um bebê em sua barriga. A partir desse momento, os visitantes "estão grávidos", e, dessa perspectiva, viverão a experiência da exposição. A mediadora, então, os felicita e entrega um "Plano de Parto" (trata-se, na verdade de folheto informativo desenvolvido pelo movimento BH pelo Parto Normal e sugerido para gestantes que desejam se informar sobre as chamadas boas práticas, sobre seus direitos e escolhas durante o trabalho de parto, abordando tópicos como ter acompanhante de livre escolha, encontrar uma posição mais confortável durante o trabalho de parto, explorar métodos para alívio da dor e muito mais), e um adesivo de bebê que é colado em suas barrigas, para que permaneçam "grávidos" durante toda a exposição.

A próxima parada é na "Loja de Conveniências da Maternidade Cirúrgica", um espaço que caricaturalmente emula a comercialização do parto, mostrando produtos fictícios e fazendo referência às ofertas reais encontradas em propagandas comerciais. Há gôndolas de supermercado, cartazes de oferta e produtos "irresistíveis", como o "Big Brother do Bebê", "Sentinadolo", "Spa Mamy Beauty" e "Teta Burka".

Como mediadora, considero essa a estação mais divertida e desafiadora, pois exigia que entrasse no personagem da vendedora, para, com humor e ironia, promover uma reflexão dos visitantes acerca das restrições e do excesso de consumo impostos à maternidade. Além disso, era curioso perceber como também os visitantes se imergiam na experiência. Ao oferecermos a promoção de um agendamento de cesariana, por exemplo, muitos deles levavam as mãos ao adesivo na barriga e negavam, de pronto, como se já afeiçoados àquela gestação fictícia.

**Figura 7 – Estações "Gestação" e "Loja de Conveniências da Maternidade Cirúrgica" na Exposição Sentidos do Nascer**

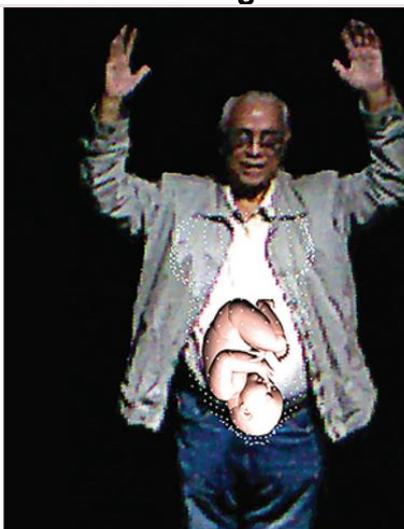


Figura 1. Gestação



Figura 2. Loja de conveniências

**Fonte:** OLIVEIRA *et al.*, 2020, p. 4-5.

Em seguida, os visitantes exploram a estação "Controvérsias", onde são expostos a diferentes perspectivas e opiniões sobre o parto, apresentadas por personagens fictícios em vídeos projetados em telas de TV em tamanho real. A grande inovação desse ambiente é que, como o visitante está "grávido", cada uma dessas opiniões é dirigida a ele. Costumávamos brincar, entre as mediadoras, que era uma "sessão de pitacos", com "a mãe, a avó e o pai da criança; a amiga cesarista e a que

vivenciou e valoriza o parto normal; o médico cesarista; a médica da assistência humanizada; a doula; a enfermeira obstetra; e o pediatra” (OLIVEIRA *et al.*, 2020, p. 5). Essa situação lúdica permite refletir sobre os diferentes cenários e empatizar com a vivência de muitas gestantes, que ainda que não perguntem, recebem muitas opiniões diversas e divergentes, cada qual querendo convencê-la do que considera melhor.

Depois desse debate, os visitantes são acolhidos em um ambiente que simula um grande útero, onde podem vivenciar experiências sensoriais relacionadas ao nascimento, incluindo uma representação do cordão umbilical e os batimentos cardíacos da mãe. Após passarem pelo canal de parto e saírem pela vagina, são recebidos por uma grande imagem de uma mãe feliz, de braços abertos para acolhê-los.

### Figura 8 – Estações "Controvérsias" e "Nascimento" na Exposição Sentidos do Nascer

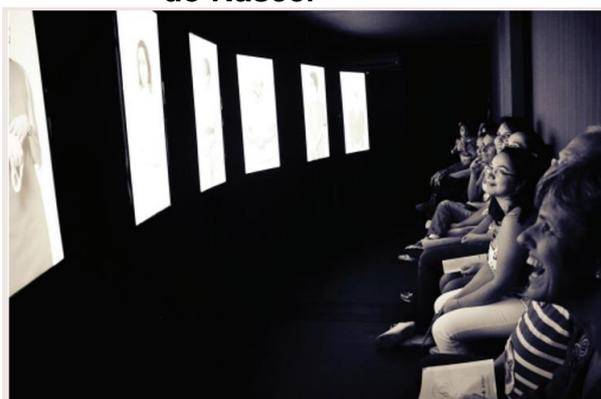


Figura 3. Controvérsias



Figura 4. Nascimento

Fonte: OLIVEIRA *et al.*, 2020, p. 6.

Finalmente, a jornada culmina na seção "Conversas", onde os visitantes podem explorar informações adicionais, trocar experiências e aprofundar sua compreensão sobre o tema do parto e nascimento, por meio de painéis informativos, vídeos e interações com outros visitantes e mediadores. Recorrentemente, esse espaço abriga rodas de gestantes e encontros de ativistas e conversas com profissionais ligados ao movimento pela humanização da saúde. E, conforme pesquisa de Sônia Lansky *et al.* (2019) a iniciativa tem um impacto relevante na ampliação do entendimento sobre o problema da violência obstétrica e na disseminação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento.

Além de visibilizar essa violência banalizada, as representações estéticas sobre ela permitem a reivindicação pelas mulheres que se sentiram lesadas do status de vítima. O que é, para Cynthia Sarti (2011) uma forma socialmente construída para circunscrever o sofrimento associado à violência e que, por ser uma expressão socialmente inteligível do sofrimento, legitima demandas e ações sociais de reparação e cuidado.

Algumas similaridades podem, conforme já mencionado neste trabalho, ser traçadas com a descrição do que Daniel Schoeter Simião (2006) chamou de “invenção da ‘violência doméstica’ em Timor-Leste”. Naquele caso, foi a partir do contato com concepções jurídicas ligadas aos direitos humanos, que mulheres timorenses passaram a identificar práticas de agressões físicas com a noção de violência doméstica.

Apesar das ideias socialmente difundidas de que, por exemplo, caberia aos maridos corrigirem suas esposas, ativistas timorenses criaram campanhas a fim de incidir na cultura, de modo a dissociar o combate às violências de gênero de uma pretensa colonização cultural de normas ocidentais sobre a sociedade do Timor-Leste. Antes disso tudo, entretanto, foi preciso imaginar a existência de um direito à integridade física das mulheres, que estaria sendo violado e que deveria ser protegido.

Do mesmo modo, é possível, na luta pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento, viabilizar que a autoridade técnica da equipe de assistência produza esse tipo de discurso que, sendo mais do que um conselho e menos do que uma ordem (ARENDR, 2003), ampare e respeite a mulher na tomada de decisões autônomas quanto à sua gestação, vias de parto e intervenções a serem realizadas (AGUIAR *et al.*, 2000).

### *2.3.3 Construindo um problema público*

Busquei na seção anterior apresentar, de modo breve, algumas considerações sobre a dimensão estética da luta pelos direitos reivindicados pelas mulheres que integram o movimento pela humanização da assistência ao parto. Essa dimensão pode se dar tanto de forma textual, em relatos de parto, quanto por meio de fotos e vídeos de parto, músicas referindo-se ao tema da maternidade, vídeos, filmes de ficção ou documentários, tenham sido as experiências compartilhadas positivas ou violentas.

Considerando que, no momento do parto, entrelaçam-se vida, morte e sexo a um importante rito de passagem, que ele é universal e particularmente vivido, a depender da sociedade em que ocorre, numa conjunção entre natureza e cultura, esse evento constitui um tabu. Elaine Müller, Laís Rodrigues e Camila Pimentel (2015) percebem que esse interdito recai, até mesmo, sobre o meio acadêmico, onde também percebem haver silenciamentos e rechaços à sua abordagem em pesquisas.

Dada essa dificuldade em se falar abertamente sobre o tema, as representações a seu respeito podem se beneficiar de recursos artísticos, que permitam expor e explorar as diferentes emoções evocadas. A partir da arte, é possível construir e abrir canais de comunicação acerca do parto e das tantas questões que ele suscita.

Entendo que as estratégias múltiplas evocadas pelo movimento de humanização da assistência sejam típicas de quem busca construir uma situação fática como um problema público. Para Daniel Cefaï, “a construção de um problema público não é apenas ‘cognitiva’, mas ‘envolve afetividades, sensibilidade e moralidades coletivas’.” (CEFAÏ, 2011, p. 42). Traduzindo essa noção cefaiana, Camila Nicácio explica que problema público é “o que emerge quando as consequências de uma ação são percebidas como extensivas àqueles que não estão diretamente engajados nela” (NICÁCIO, 2021, p. 11).

Nesse sentido, Klujsza (2019) defende que a mídia exerceu um importante papel para a construção social e a legitimação do problema da violência obstétrica. Para ela, os agentes midiáticos têm papel relevante na construção da realidade, pois definem prioridades, dão visibilidade aos fenômenos e definem o que é considerado problema público e quais demandas são de interesse público. Partindo da concepção de Edilson Silva (2017), é possível entender que os meios de comunicação desempenham um papel dual ao produzir e disseminar representações de certos fenômenos. Esses veículos não apenas fornecem informações, mas também conferem um sentido social a fenômenos e prescrevem como devem ser abordados pelas autoridades públicas. Ao invés de simplesmente transmitir informações, a mídia influencia a criação e propagação de visões específicas da realidade, exercendo um papel fundamental na (re)criação da realidade que, supostamente, pretende descrever.

Exemplo relativamente recente do destaque dado pela mídia a esse tema foi a veiculação, no *Fantástico*, da matéria sobre a violência sofrida pela influenciadora

digital Shantal Verdelho, que abordei na introdução a esta tese, além de diversas reportagens, entrevistas e notícias subsequentes, acompanhando os desdobramentos do caso. Também no *Fantástico*, em 2012, antes mesmo de se registrar o uso da expressão “violência obstétrica” no Brasil, foi transmitida uma reportagem sobre um casal que escolhera ter seu filho em um parto domiciliar planejado, assistido por uma obstetrix, uma pediatra e duas doulas, e cujo vídeo, postado em fevereiro de 2012, em agosto de 2023, já soma mais de 9,8 milhões de visualizações. Apesar dessa matéria não falar sobre violência obstétrica, mas sobre o estranhamento, em especial, no tocante à segurança, da escolha por um parto em casa, ela constitui um marco para o campo. Assim resume Klujsza:

A matéria questiona: “é seguro ter um bebê fora do hospital?” e após breve explanação sobre o que seria o parto humanizado são indicadas as posições do Conselho Federal de Enfermagem, que afirma que um enfermeiro obstétrico pode realizar um parto em casa, desde que o ambiente apresente condições mínimas de higiene; do Conselho Federal de Medicina, que indica que os partos ocorram em ambiente hospitalar, tendo em vista que em caso de complicações o hospital possui mais recursos para salvar a vida da mãe e do recém-nascido; das Associações Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia, que são contra o parto em casa e lembram que em caso de insucesso o médico responsável terá que responder a processo junto ao seu conselho federal; e do obstetra paulista Dr. Jorge Kuhn – que se posicionou a favor do parto domiciliar. Segundo ele, o parto não é um ato cirúrgico e pode acontecer em casa, desde que a gestação seja de baixo risco.

Logo após a matéria ser exibida, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) divulgou uma nota indicando que encaminharia ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) uma denúncia contra o obstetra Dr. Jorge Kuhn, que se posicionou a favor do parto domiciliar. [...]

Prontamente, uma longa rede de apoio se formou em torno do Dr. Jorge Kuhn e do parto domiciliar. Ativistas do parto humanizado se uniram e organizaram, via internet, uma mobilização contra a atitude do CREMERJ. Nos dias 16 e 17 de junho – ou seja, apenas uma semana após o programa ter sido exibido – 31 cidades do Brasil foram às ruas protestar na “Marcha do Parto em Casa” contra o processo aberto contra o médico; o número excessivo de cesáreas no país; contra a *violência obstétrica* – a noção de *violência obstétrica* começa a aparecer com mais frequência – e em prol do direito das mulheres de parirem onde se sentirem mais seguras (KLUJSZA, 2019, p. 53-54, grifos da autora).

Ou seja, a partir da provocação feita em um veículo midiático de grande alcance, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) se manifestou para encaminhar ao conselho do estado de São Paulo denúncia contra o médico que se pronunciara contrariamente aos interesses da instituição. Não apenas isso, como também manifestantes se reuniram em 31 cidades brasileiras para reagirem a esse movimento do CREMERJ, e reivindicar abertamente um modelo de assistência mais respeitoso e adequado às necessidades de mães e bebês. Em

algumas das placas dessas manifestações, era possível ver manifestações contrárias à violência obstétrica. Apesar da *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, da Venezuela, cujo conceito de violência obstétrica é citado no início desta tese, datar de 23 de abril de 2007, no Brasil, Mariana Pulhez afirma que parece ter sido essa a primeira “aparição pública” da expressão (ME CONTA UMA COISA #24, 2022).

Outro exemplo trazido por Klujsza (2019) em que a focalização da mídia sobre a violência obstétrica auxilia em sua configuração como problema público foi mais direcionada nesse intento. Trata-se da campanha *#PARTOCOMRESPEITO*, lançada no ano de 2015, pela Revista Época, da Editora Globo, com o objetivo de incentivar a discussão sobre a violência obstétrica e os direitos de gestantes e famílias.

Parte dessa campanha, a reportagem *Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto*, de Thais Lazzeri, publicada em agosto de 2015, pela Revista Época, apresenta gráficos com dados sobre a assistência ao parto, fundamentados na pesquisa “Nascer no Brasil”, relatos e fotos de vítimas com cartazes denunciando práticas abusivas e exigindo mudanças. Além delas, participaram da campanha “duas mulheres que não foram vítimas, mas consideram-se ofendidas por essa forma de violência” (LAZZERI, 2015) a atriz Grazi Massafera e a apresentadora Astrid Fontenelle.

O argumento levantado é de que essa é uma questão que interessa e afeta a toda a sociedade, pois “receber tratamento respeitoso na gestação e no parto não é uma questão feminina. O abuso afeta a criança e o parceiro, como ocorre com maridos impedidos de acompanhar as mulheres sem justificativa” (LAZZERI, 2015).

A mudança de compreensão acerca da assistência obstétrica, apresentada no tópico 2.3, é explicitada nesta passagem:

Os abusos de que Eva foi vítima foram vistos, por décadas, com tolerância. Por essa visão tradicional, uma certa rudeza era consequência natural da série de decisões rápidas que médicos, enfermeiros e atendentes hospitalares têm de tomar, a fim de realizar partos em sequência e evitar imprevistos. Os profissionais não poderiam ser importunados por dúvidas fora de hora ou por vontades peculiares de cada família. Não mais. Os abusos são agora reconhecidos como tal e recebem o nome de **violência obstétrica** (LAZZERI, 2015, grifo da autora).

Na reportagem, ao mesmo tempo em que o problema é explicitado, vocalizando denúncias formais ou informais pretéritas, há uma “elevação do volume” desse debate. Desse modo, mais pessoas podem dele ficar cientes, ressignificar a experiência do parto e refletir acerca das condutas da assistência obstétrica. A seguir, reproduzo alguns dos itens gráficos que compuseram a reportagem.

**Gráfico 2 – Alcance da violência e principais intervenções desnecessárias no trabalho de parto no Brasil**



**Fonte:** Nascer no Brasil. Como citado em Lazzeri, 2015.

Chamam a atenção nesses gráficos a prevalência da assistência inadequada. Se parece ser muito pensar que 25% das mulheres perceberam terem sofrido algum tipo de violência durante a assistência ao parto, é chocante saber que essa proporção pode ser praticamente inversa, já que 71% das mulheres tiveram o direito a acompanhante negado. Quando da realização pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz) do primeiro Inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012), conhecido como “Nascer no Brasil”, o direito a ter um acompanhante indicado

pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato já era garantido havia, pelo menos, 6 anos, pela lei nº 11.108, de 2005<sup>23</sup>. Ainda assim, a violação desse direito era mais comum do que sua efetivação.

### Quadro 3 – Conceituação das formas de violência obstétrica de acordo com reportagem da Revista Época

<p><b>VIOLENCIA OBSTÉTRICA</b></p> <p>É o conjunto de condutas condenáveis por parte dos profissionais responsáveis pelo bem-estar da gestante e do bebê</p>
<p><b>DESRESPEITO</b></p> <p>É a forma menos agressiva da violência obstétrica, mas a mais difundida. Inclui ofender a paciente (“Não era o que você queria? Agora, aguenta a dor”) e dispensar a ela tratamento jocoso ou insensível</p>
<p><b>ABUSO</b></p> <p>É o uso de uma posição de poder para constranger a paciente ou privá-la de um direito. Inclui o médico rejeitar o direito a acompanhante e se recusar a esclarecer dúvidas da parturiente, mesmo sem que haja situação de emergência</p>
<p><b>NEGLIGÊNCIA</b></p> <p>Situa-se na fronteira com o erro médico. Ocorre quando profissionais de saúde atuam com irresponsabilidade, imprudência ou adotam procedimentos superados ou não recomendados, ao lidar com a paciente ou o bebê</p>

Fonte: Lazzari, 2015.

<sup>23</sup> Textualmente, assim dispõe a chamada Lei do Acompanhante: **Art. 1º** O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

“CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

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

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

§ 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.

Art. 19-L. (VETADO)" (BRASIL, 2005, lei 11.108, de 7 de abril de 2005).

Sabendo que o termo seria novidade para grande parte dos leitores, a reportagem se preocupou em conceituar, no quadro reproduzido acima, o que seria violência obstétrica. Chamo a atenção para três pontos em especial.

Quanto ao desrespeito, é interessante notar que ofensas, tratamento jocoso e insensível são tomados como condutas menos agressivas. Isso está ligado, acredito, à associação entre agressividade e agressão física. Existe, contudo, o reconhecimento de que, ainda sem o âmbito físico, existe no desrespeito a violência.

Além disso, é afirmado que desrespeito seja a forma mais difundida. Contudo, de acordo com os dados citados na própria reportagem (presentes no quadro 1), e na definição dada no mesmo quadro à forma de violência caracterizada pelo abuso, parece ser essa a forma mais difundida de violência obstétrica.

O terceiro ponto diz respeito à escolha de tratar por “negligência” os aspectos mais ligados à técnica da assistência, categorizando-a como “na fronteira com o erro médico”. Apesar de próxima à categorização da OMS (abuso, desrespeito e maus-tratos), esse quadro não traz a ideia de “maus-tratos” que Organização aponta existir na assistência ao parto (OMS, 2014), o que se traduz em uma diferença semântica relevante.

Apenas ao final do texto é apresentada a visão de um médico sobre esse problema. Para o entrevistado, a construção de confiança, necessária ao bom atendimento obstétrico, é atrapalhada por esse termo, pois a mulher já entraria no consultório temendo ser vitimada. Ele considera que, ainda que médico jure que fará o melhor possível para atender aos desejos da gestante, ele necessita estar livre para “fazer o melhor julgamento”. Klujsza (2019) observa que a complexidade do papel do médico nesse contexto raramente é tratada nas matérias sobre o tema.

Abaixo, reproduzo as imagens de divulgação da campanha #partocomrespeito. Nelas, vítimas seguram placas com frases de denúncia, representativas de suas vivências, e as celebridades que aderiram à campanha seguram placas com frases de ordem e conscientização.

Figura 9 – Imagens de divulgação da campanha #partocomrespeito



Fonte: Lazzari, 2015.

Destaco que não é fortuito que o nome da campanha seja uma *hashtag*, uma forma de identificação utilizada em redes sociais para reunir postagens sobre uma

mesma temática. A campanha convidava os leitores a darem seus relatos, a opinarem sobre o tema e a engajarem-se no enfrentamento a essa forma de violência. Consciente da força que as mídias virtuais tiveram e têm na mobilização e vocalização dessa pauta (o que, inclusive, foi abordado na matéria), a revista provoca uma reverberação dessas vozes, ao mesmo tempo em que busca uma integração das mídias tradicionais às redes sociais.

Dessa forma, a mídia apresenta a violência obstétrica como um problema público, que deve ser objeto de preocupação de toda a sociedade e ao qual o Estado deve buscar responder (KLUJSZA, 2019). Esses canais de comunicação em massa atuam, portanto, fomentando o debate, e, de alguma forma, definindo o que é socialmente relevante (SILVA, 2017).

Um primeiro passo para a mobilização transformadora é compelir os indivíduos a imaginar, de um lado, as cenas ultrajantes da violação que se argumenta existir, e, de outro, as possibilidades de mundo em que se respeitem os direitos que se buscam afirmar (SLIWINSKI, 2006), ao mesmo tempo em que é tecida alguma forma de empatia com quem seria vítima de tal violação (HUNT, 2009).

No caso da violência obstétrica, é possível notar que, aliada às discussões jornalísticas ou políticas e a grupos de apoio e ativistas (presenciais ou virtuais), são diversas as manifestações artísticas elaboradas para informar sobre a violação de direitos das mulheres da assistência gravídico-puerperal e para mobilizar os ânimos públicos pela mudança do contexto de violências extremamente banalizadas e, de tão corriqueiras (e porque praticadas no bojo de uma relação assimétrica de poder), invisibilizadas no Brasil.

Aliando empatia a estatísticas, que, sozinhas podem ser incapazes de traduzir os sentimentos das mulheres e famílias, torna-se possível passar da singularidade do sofrimento, à generalidade do fenômeno (MOURA, 2021). Assim, esclarecidos os aportes teórico-conceituais que sustentam o objeto desta pesquisa, passo ao capítulo de análise dos dados, cujas seções são introduzidas por explicitações de ordem metodológica.

### 3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM JULGADOS: ANÁLISE DE DADOS

Aproximando-me do objetivo geral de explicitar o tratamento dado pelo Judiciário brasileiro a casos envolvendo violência obstétrica, este capítulo é dedicado a duas tarefas fundamentais. Primeiramente, apresento as escolhas metodológicas que orientaram a seleção dos dados documentais que compõem o *corpus* desta pesquisa. Além disso, examino, em três âmbitos, o que esses dados revelam sobre a atuação judicial frente a casos em que se mobilize tal expressão.

No tocante às escolhas metodológicas, delinco os critérios utilizados para identificar e selecionar os registros documentais, assegurando a confiabilidade e representatividade dos *corpora* de análise. Apresento as ferramentas e estratégias empregadas para o levantamento dos julgados, fundamentando cada escolha e discutindo suas vantagens e possíveis limitações.

Reflito, além disso, sobre os desafios, os limites e as possibilidades inerentes à própria estratégia de se fazer pesquisa *jus antropológica* por meio de acórdãos.

Empenho-me, ainda, em descrever o recorte temporal adotado, aspecto não menos importante para a definição do escopo da investigação.

Em um segundo momento, adentro a análise dos dados em si. Essa interpelação dos achados da pesquisa será desenvolvida em três planos distintos e complementares, de modo a possibilitar uma melhor compreensão do fenômeno em diversas escalas e abordagens: uma análise quantitativa de abrangência nacional; uma análise qualiquantitativa, de base estadual; e uma análise qualitativa verticalizada de casos mais relevantes.

Com abordagem quantitativa, exponho o conjunto dos julgados de tribunais brasileiros que mencionem, em seu inteiro teor, a expressão “*violência obstétrica*”, atentando-me, especialmente, a aspectos temporais e geográficos. Pretendo, com isso, compreender, globalmente, quando e onde esse tipo de demanda tem chegado ao Judiciário brasileiro.

Uma vez descrito esse panorama nacional, volto-me para a uma abordagem qualiquantitativa regionalizada, na qual focalizo acórdãos prolatados pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). Nesse plano de análise, pretendo, aproximando o campo, desenhar uma imagem um pouco mais detalhada desse fenômeno cujo movimento escolhi observar.

Escolhi o TJMG por ser o tribunal estadual que exerce competência territorial sobre o local de onde desenvolvo a pesquisa (Belo Horizonte/MG), e onde se situa a instituição a qual estou vinculada academicamente (Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais).

Também a Justiça Federal foi considerada nas buscas da pesquisa, uma vez que esta também seria, em tese, competente para processar e julgar os casos envolvendo essa temática<sup>24</sup>. Contudo, nos recortes utilizados, não foi encontrado nenhum acórdão proveniente da então Seção Judiciária de Minas Gerais do Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1).

A fim de atender à necessidade de descentralização da Justiça Federal, em 19 de agosto de 2022, durante o desenvolvimento desta pesquisa, foi instalado o Tribunal Regional Federal da 6ª Região (TRF6), resultado de desmembramento do TRF1 e com jurisdição no estado de Minas Gerais.

Apesar de a própria data da criação do novo tribunal já excluir do escopo de investigação qualquer decisão que ele viesse a prolatar, conforme explicarei adiante, na finalização deste trabalho, busquei, por zelo, saber se e quantas decisões envolvendo “*violência obstétrica*” o TRF6 proferira. Houve, de fato, 2 decisões exaradas até o dia 10 de agosto de 2023, contudo, ainda não havia sido disponibilizado sistema de busca de jurisprudência no portal eletrônico do próprio tribunal. E, utilizando a ferramenta Jusbrasil (que já indexa julgados do TRF6), não foi localizado qualquer julgado desse tribunal em que se tenha mobilizado a expressão “*violência obstétrica*”. As justiças especializadas cuja jurisdição abrange o estado de Minas Gerais tampouco têm em seu acervo julgados em que mobilizem tal expressão.

Avançando, passo, por fim, para a análise aprofundada de uma coletânea reduzida de julgados, delimitada a partir de critérios de relevância da ferramenta escolhida para a seleção.

Se a análise quantitativa permite a visualização panorâmica do fenômeno que se quer observar, indicando tendências globais, a análise qualitativa busca verticalizar a pesquisa, de modo a, nas palavras de Ana Lúcia Pastore Schritzmeyer, “transcender dados gerais para alcançar sutilezas” (2004, p. 163).

É a partir dessa combinação de abordagens e, especialmente, com o auxílio dessa análise verticalizada que pretendo responder aos objetivos específicos:

---

<sup>24</sup> Desde que observadas as hipóteses do art. 109 da CRFB.

- d) discernir que tipos de demandas e práticas obstétricas são reclamadas judicialmente como violência obstétrica e quais, quando julgadas, ensejam a utilização da expressão;
- e) compreender qual é o conceito de “violência obstétrica” que tem sido consolidado pelo Judiciário no Brasil;
- f) identificar os argumentos fáticos e jurídicos que fundamentam as decisões favoráveis ou contrárias à reparação dos danos;
- g) analisar se há alguma tendência pelo reconhecimento ou não do dever de indenizar danos em função da prática de violência obstétrica e sob qual tratamento jurídico.

Passo, então, à descrição das ferramentas que escolhi utilizar para o levantamento de julgados, bem como dos ganhos e perdas dessa opção metodológica.

### **3.1 Das ferramentas escolhidas para os levantamentos**

O desafio inicial de uma pesquisa que envolva o levantamento de julgados sobre determinado tema nos tribunais brasileiros diz respeito ao método de busca e seleção destas decisões.

Em investigações conduzidas anteriormente ao movimento de digitalização dos sistemas processuais, era comum que pesquisa dessa natureza utilizassem compêndios impressos de jurisprudência, editados sob a forma de revistas, de tiragem periódica.

Cito, por exemplo, o trabalho desenvolvido por Ana Lúcia Pastore Schritzmeier, em seu mestrado, defendido no ano de 1994, e publicado mais tarde, em 2004, sob forma do livro *Sortilégio de saberes: curandeiros e juízes nos tribunais brasileiros (1900-1990)*. Interessada “em ‘abordar as abordagens’ que os ‘homens da lei’ fazem das curas mágico-religiosas” (SCHRITZMEYER, 2004, p. 17), ela optou por buscar os “rastros” oficiais dessa compreensão em acórdãos veiculados por duas das principais dentre essas revistas de jurisprudência do Brasil:

Dada a extensão desses casos, recortamos apenas alguns deles para análise, tendo nos parecido pertinente adotar um critério sugerido pelos próprios julgadores: privilegiar os oficialmente indicados como relevantes e, por isso mesmo, publicados por duas das mais importantes revistas de jurisprudência do país - a Revista dos Tribunais (RT) e a Revista Forense (RF) (SCHRITZMEYER, 2004, p. 18).

Schritzmeyer descreve tais julgados como “oficialmente indicados como relevantes” porque, à época de sua pesquisa e dos processos que optou por pesquisar (corridos desde 1900), diferentemente de hoje, a facilidade do acesso às decisões judiciais não era a regra. Com isso, os tribunais enviavam para a publicação nessas revistas os julgados que tivessem como mais relevantes. Por fim, eram publicados, apenas aqueles cujo caso fosse considerado controverso ou cuja decisão fosse reputada inovadora, dois atributos de ordem bastante subjetiva (SCHRITZMEYER, 2004).

A digitalização dos sistemas processuais abriu novas possibilidades.

Atualmente, os próprios tribunais disponibilizam, em seus portais eletrônicos na internet, ferramentas de busca das decisões proferidas por seus órgãos. Tal disponibilização *online* da informação fez com que os custos para seu acesso fossem extremamente reduzidos, permitindo, em regra, um acesso amplo e imediato, exigindo-se, para tanto, apenas acesso à internet.

Como argumentam Fabia Fernandes Carvalho Veçoso *et al.* (2014), no cenário contemporâneo, surge uma crescente preocupação em examinar a jurisprudência no Brasil.

A abordagem científica desses documentos, contudo, em muito difere-se daquela comumente adotada por advogados, promotores e defensores, bem como por membros e servidores do Judiciário. “Não se trata, por certo, de pesquisas jurisprudenciais para seleção de acórdãos que subsidiem teses argumentativas utilizadas em petições e em pareceres para fins de ilustração e convencimento” (VEÇOSO *et al.*, 2014, p.108).

Isso porque a abordagem tradicional do Direito, que se concentrava exclusivamente em doutrinas e dogmas, baseada na hermenêutica de princípios abstratos ou na mera descrição da legislação positiva, está gradualmente cedendo espaço para pesquisas que se concentram em compreender como os tribunais efetivamente aplicam (ou criam?) o Direito. A jurisprudência, aos poucos, deixa de ser uma consideração secundária em monografias e trabalhos jurídicos, e passa a assumir o papel de objeto principal de estudo – ou, pelo menos, um objeto de igual relevância em comparação com a legislação e a doutrina (VEÇOSO *et al.*, 2014).

Os bancos de dados eletrônicos dos tribunais, contudo, não seguem um padrão único, havendo diferenças não apenas nas bases de dados (o que seria óbvio e

esperado), mas também na operação de cada qual. Tais diferenças acabam por repercutir em dificuldades de ordem prática em pesquisas com abrangência nacional.

Há ainda diferenças de programação e de base de busca entre os sistemas de cada tribunal, como apontado no *Relatório de Resultados do Diagnóstico dos Serviços de Jurisprudência no Poder Judiciário*, editado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2021:

Chegando a questões mais técnicas, a pesquisa textual na base de jurisprudência pode ser realizada inclusive no inteiro teor das decisões em 79% dos tribunais. Já os motores de busca mais comumente utilizados são: Elasticsearch (23%), Oracle Text (22%), Solr (21%) e BRS (20%). Os três primeiros são mais atuais e estão em constante aprimoramento, enquanto o último, apesar de bastante utilizado, se mostra incompatível com tecnologias mais recentes como a inteligência artificial, apontada como necessidade para o tratamento de grandes volumes de dados (CNJ, 2021, p. 70).

Assim sendo, se, para a busca de julgados referentes apenas ao Tribunal de Justiça de Minas Gerais, era efetivo recorrer ao serviço de busca de jurisprudência disponibilizado no endereço eletrônico do próprio tribunal, para as demais etapas de coleta de dados, essa abordagem seria insuficiente e inadequada.

Tanto para o levantamento panorâmico, quanto para a seleção dos julgados mais relevantes, que seriam objeto de análise aprofundada, senti a necessidade de alguma padronização dos critérios de busca. Desse modo, considerando as diferenças percebidas por mim, quando das primeiras entradas a campo, e descritas tecnicamente no diagnóstico do CNJ (2021), compreendi que seria adequado compor meu *corpus* a partir de uma única plataforma, que reunisse decisões exaradas pelos diferentes órgãos que compõem o Judiciário brasileiro.

Ao lado dos sistemas de busca disponibilizados pelos próprios tribunais, existem hoje sites privados que oferecem serviços de pesquisa de julgados. Dentre eles, destaca-se a plataforma Jusbrasil, que foi a ferramenta escolhida para esta pesquisa.

Por organizar, centralizar e disponibilizar grande acervo com julgados de todos os tribunais, permitindo a consulta simultânea a vários órgãos, tal plataforma se mostrou ideal para a consecução dessa fase da pesquisa. Por essas mesmas razões, ela é considerada referência no serviço de jurisprudência privado do Brasil, de acordo com a pesquisa sobre Serviços de Jurisprudência desenvolvida pelo CNJ, em 2021. Nesse diagnóstico, 50,77% dos respondentes afirmaram considerar o Jusbrasil um

site privado de referência para pesquisa jurisprudencial. O segundo mais lembrado (Conjur) foi citado em apenas 23,08% das respostas.

O fato de ser um instrumento de uso corriqueiro entre operadores do direito, aliada à sua visibilidade (estando sempre, por exemplo, dentre os primeiros resultados de pesquisas por processos judiciais ou jurisprudência no Google), também influenciaram para a escolha<sup>25</sup>. Tais características são especialmente importantes ao considerarmos a seleção dos julgados mais relevantes. Isso porque, para tanto, optei por trabalhar com aqueles que apareciam na primeira página da busca por “*violência obstétrica*”, quando ordenados, segundo o site, “por Relevância”, e não “por Data”.

Verifiquei, ainda, ser a apresentação “por Relevância” a ordem padrão da jurisprudência exibida pelo Jusbrasil. Tendo em vista ser este o instrumento privado de busca jurisprudencial considerado “referência” pelos próprios servidores do judiciário (CNJ, 2021), além de um dos primeiros resultados para pesquisa no Google pela expressão “*violência obstétrica jurisprudência*”, entendi que os julgados apresentados na primeira página do Jusbrasil seriam aqueles com os quais primeiro se defrontaria alguém que buscasse compreender como o Judiciário brasileiro entende, trata e julga violência obstétrica.

Logo nas buscas preliminares utilizando o Jusbrasil, observei diferenças entre os resultados listados por aquela plataforma em comparação com as buscas realizadas nas ferramentas dos tribunais, ainda quando empregados os mesmos critérios (o que nem sempre era possível, em razão de diferentes arquiteturas de buscadores). Percebi diferenças tanto no número de resultados quanto nos processos encontrados. Alguns julgados só apareciam nos resultados dos tribunais. Outros, apenas nos resultados do Jusbrasil.

Em razão de tais incongruências, estabeleci contato com o Jusbrasil para saber o motivo da não identidade entre os processos disponibilizados em seu serviço e pelos

---

<sup>25</sup> Em minha experiência, em todas as buscas que realizei no Google, durante a pesquisa, ainda que em navegação anônima, o Jusbrasil foi o primeiro resultado para os termos “*violência obstétrica jurisprudência*”. Contudo, ainda que eu inserisse aspas na expressão “*violência obstétrica*” (pesquisando “*violência obstétrica* jurisprudência”), a página para a qual esse primeiro resultado da busca direcionava era referente à busca sem aspas na base de dados do Jusbrasil. Ao utilizarmos os caracteres especiais aspas (“ ”) em um buscador que, como o do Jusbrasil, utiliza tais critérios, “a ferramenta de busca entende que toda a expressão deve ser objeto de busca, da forma como está escrita. Assim, somente a expressão completa ou a frase será buscada, e, posteriormente, exibida. Isto evita a busca por termos que sejam compostos por apenas uma das palavras da expressão” (TIKAL TECH, 2017). Por essa razão, considerando que eu buscava resultados mais precisos, era preciso alterar a busca pra “*violência obstétrica*”, entre aspas, retornando outra lista de julgados.

sistemas dos próprios tribunais. A comunicação se deu no próprio sistema de solicitação de suporte da plataforma. Foi-me informado que

[...] a revocação de informações dependerá muito da tecnologia que está sendo empregada no buscador. Por isso, existem casos em que conseguimos retornar uma informação e o sistema do próprio tribunal não as encontra. Tudo dependerá do nível de tecnologia empregado pelo tribunal – o que pode variar muito, já que são dezenas de sistemas das cortes com padrões distintos e diferentes times de tecnologia (JUSBRASIL, 2023, correspondência eletrônica).

Há, por fim, e com um impacto provavelmente pequeno, mas não mensurável, a impossibilidade de encontrar e acessar processos cujos julgados sejam anteriores à migração para o formato eletrônico de publicização, ocorrida por volta do ano 2000 (CNJ, 2021), que ainda não tenham sido digitalizados. O Relatório de Resultados do Diagnóstico dos Serviços de Jurisprudência no Poder Judiciário do CNJ (2021, p. 76) informa que

[...] todos tribunais disponibilizam as decisões colegiadas e 90% disponibilizam as decisões monocráticas e/ou sentenças para consulta em seus sítios eletrônicos. Quanto às decisões anteriores que tramitaram em processos físicos, 86% dos tribunais possuem iniciativas de digitalização, sendo que 43% implementaram-na, inclusive a ocerização para possibilitar a pesquisa textual nos documentos digitalizados.

A "ocerização" de documentos digitalizados, à qual se refere o CNJ no trecho acima, é o processo de converter documentos físicos ou digitalizados em arquivos de texto pesquisáveis, por meio de técnicas de reconhecimento óptico de caracteres (OCR – *Optical Character Recognition*). Isso permite que o texto presente nos documentos seja transformado em formato digital editável e pesquisável, tornando mais fácil a manipulação, a busca e a análise de informações contidas nos documentos, além de possibilitar acessibilidade a pessoas com deficiência visual. Em tese, documentos que passaram pela ocerização também seriam buscáveis pelo seu conteúdo, não apenas pelos metadados (dados sobre dados, utilizados em sua organização e recuperação) a eles associados.

Isso posto, reitero que os julgados inventariados não são correspondentes ideais a toda a jurisprudência sobre o tema, mas apenas àqueles indexados nos sistemas de busca. Além disso, nem todos os resultados de busca estão disponíveis para acesso público, estando alguns protegidos por segredo de justiça, por exemplo, e outros afetados por incompatibilidade entre as tecnologias utilizadas pelos tribunais e pela plataforma agregadora que escolhi, o Jusbrasil.

### 3.2 Desafios, limites e possibilidades da pesquisa com acórdãos

Considerando que esta pesquisa focaliza os acórdãos prolatados pelos tribunais brasileiros, cumpre lembrar a advertência feita por Schritzmeyer (2004), baseada em pesquisas do historiador Keith Thomas (1991) sobre crenças populares na Inglaterra nos séculos XVI e XVII. Aqui, assim como na investigação por ela desenvolvida, voltamo-nos apenas para esses documentos, que podem ser considerados a "ponta do iceberg" no universo jurídico.

Somente uma parcela reduzida (a ponta) é visível, enquanto a base permanece impossível de ser devidamente quantificada, descrita, acessada. Quando comparado ao fluxo de processos que entram em primeira instância, o número de casos que progridem para a segunda instância é bastante reduzido.

Essa restrição se intensifica ainda mais ao examinarmos a relação entre processos formais e alegações informais. Um exemplo notável são os casos de suspeita de bruxaria investigados por Thomas. Neles, "só podemos especular sobre os motivos pelos quais um caso era levado aos tribunais enquanto outro ficava sendo uma questão de mexerico de aldeia" (THOMAS, 1991, p. 365).

Da mesma forma, nos casos de violência e maus-tratos durante a assistência perinatal, só podemos conjecturar sobre os motivos pelos quais algumas mulheres e famílias optariam por formalizar denúncias e recorrer ao sistema judiciário. E pelos quais outras, mesmo se considerando vítimas, prefeririam manter o desconforto em segredo ou compartilhá-lo de maneira privada com amigos (geralmente amigas), ou ainda expressá-lo informalmente em relatos de parto, muitos dos quais são divulgados *online*, por vezes de forma anônima, inclusive preservando o anonimato daqueles que teriam cometido a violência.

Até mesmo nos casos que chegam aos tribunais, há um extenso percurso a ser percorrido antes que um acórdão seja emitido. Além disso, é importante notar que muitos casos não culminam nesse tipo de decisão. Como ilustração desse "caminho", a Figura 10, criada por Thiago Coacci (2013), demonstra as hipóteses comuns em que um conflito (a chamada lide material) "gera" um acórdão, bem como as diversas possibilidades em que um caso não é submetido a julgamento colegiado. Há, sem dúvidas, peculiaridades de casos envolvendo questões criminais ou que sejam de competência originária dos tribunais, por exemplo, além das mudanças processuais, notadamente as implementadas pelo Código de Processo Civil de 2015. Nada



Tais questionamentos surgem, para as autoras, especialmente, em pesquisas nas quais o tratamento dos dados é qualitativo e a atenção está voltada para desvelar as lógicas subjacentes e os códigos que permeiam as palavras documentadas, com o intuito de inferir sobre grupos sociais específicos.

Levando em conta a natureza oficial desses documentos, a discussão sobre o poder assume um papel central. O Estado, nesse contexto, assume o papel de “verdadeiro produtor” do conteúdo registrado. Elas defendem que “o que há nesses processos é o Estado falando, e todos os discursos do processo estariam mais propriamente sendo proferidos por ele. Expressariam, desse modo, o Estado exercendo o controle da sociedade por meio da produção de uma verdade” (OLIVEIRA; SILVA, 2005, p. 247).

Tal cenário discursivo pode resultar na camuflagem das vozes e expressões de quaisquer grupos sociais que apareçam nos documentos, seja por meio de depoimentos ou da argumentação de juízes. Juízes estes que assumem uma posição dual, como membro de um poder estatal e, simultaneamente, de uma corporação profissional.

Ao lado disso, Oliveira e Silva (2005) ressaltam a complexidade inerente à interpretação ao se trabalhar com documentos escritos. Enquanto esses registros conferem uma base concreta para análise, eles desviam a atenção da experiência direta dos eventos subjacentes. A transição da observação direta para a interpretação textual apresenta uma série de desafios, particularmente em relação à subjetividade. A palavra escrita, embora forneça estabilidade documental, carrega nuances de significado e intenção que podem variar de acordo tanto com o leitor como com o autor.

Apesar desses desafios, a pesquisa baseada em acórdãos emerge como uma escolha estratégica e essencial dentro do escopo deste estudo. Isso se deve a características inerentes à própria natureza da decisão.

Destaca-se dentre essas características o fato de que o acórdão é sempre uma decisão colegiada, proferida por três ou mais juízes ou desembargadores de um tribunal. Dessa forma, comentando o alerta feito por Oliveira e Silva (2005), Coacci (2013) volta os olhos para o fato de que,

[...] nos estudos com acórdãos, ainda assim, não há razões para se considerar que o Estado que profere os discursos é um sujeito monolítico e com o discurso coerente entre si e com os outros já proferidos. Cada

desembargador tem independência para julgar da forma que acreditar ser a melhor, desde que juridicamente fundamentado (COACCI, 2013, p. 102).

Diferentemente das decisões individuais, os acórdãos representam a deliberação de um grupo de magistrados que podem ou não concordar entre si. Essa natureza colegiada confere maior peso e autoridade à decisão, uma vez que ela reflete a análise e o debate de diversos pontos de vista jurídicos, por vezes, dissonantes.

É importante destacar que os votos proferidos pelos magistrados podem variar em suas argumentações, fundamentações e conclusões. No entanto, é notável que, muitas vezes, mesmo as divergências são valorizadas na norma jurídica. Por exemplo, estabelece o art. 941, §3º, do Código de Processo Civil, de 2015, que

§ 3º O voto vencido será necessariamente declarado e considerado parte integrante do acórdão para todos os fins legais, inclusive de pré-questionamento (BRASIL, 2015, art. 941, §3º).

Essa valorização da divergência surge da compreensão de que ela também contribui de forma significativa para a interpretação e a formação do ordenamento jurídico, assim como para o desenvolvimento do pensamento e da cultura do direito. Além disso, a força do dissenso foi fortalecida por essa mesma lei processual, que passou a determinar que,

Art. 942. Quando o resultado da apelação for não unânime, o julgamento terá prosseguimento em sessão a ser designada com a presença de outros julgadores, que serão convocados nos termos previamente definidos no regimento interno, em número suficiente para garantir a possibilidade de inversão do resultado inicial, assegurado às partes e a eventuais terceiros o direito de sustentar oralmente suas razões perante os novos julgadores.

§ 1º Sendo possível, o prosseguimento do julgamento dar-se-á na mesma sessão, colhendo-se os votos de outros julgadores que porventura componham o órgão colegiado.

§ 2º Os julgadores que já tiverem votado poderão rever seus votos por ocasião do prosseguimento do julgamento (BRASIL, 2015, art. 942, *caput*, §1º e §2º).

Ou seja, em casos de julgamentos não unânimes de apelação (recurso contra sentença, a decisão terminativa do processo), o julgamento deve continuar, com a presença de outros julgadores, em número suficiente para que seja possível a inversão do resultado final. Nesse momento, é facultada até mesmo a revisão de seus votos pelos aos julgadores que já tiverem votado.

Essa é uma escolha legislativa que apresenta benefícios duplos. Por um lado, reduz a necessidade de recursos (notadamente, dos embargos infringentes, antigamente previstos para decisões não unânimes em apelação e remessa necessária), agilizando o processo e economizando recursos.

Por outro lado, o chamado julgamento estendido busca fortalecer e conferir mais credibilidade às decisões judiciais.

Em cenários em que a unanimidade entre os julgadores não seja alcançada, ao menos, a maioria passa a ser composta por um número maior de membros do tribunal, garantindo que a deliberação seja mais representativa, fruto de um debate mais amplo, e, em última instância, contribuindo para a confiabilidade do sistema de justiça como um todo. De acordo com a reflexão de Leonardo Carneiro da Cunha (2017), esse processo resulta em uma ampliação da composição e do debate, culminando em um veredicto mais elaborado, mais maduro, fruto de uma deliberação que incorporou uma gama mais ampla de julgadores. Interessa-me, especialmente, observar em que termos essa divergência é colocada, quando versando sobre violência obstétrica.

No sistema judiciário brasileiro, os acórdãos proferidos por Tribunais de Justiça, Tribunais Regionais Federais ou os Tribunais regionais das Justiças Especializadas (do Trabalho, Eleitoral e Militar) são pensados para representar decisões judiciais definitivas da grande maioria das controvérsias. Os recursos a Tribunais Superiores e ao Supremo Tribunal Federal (STF) são, neste desenho, cabíveis apenas em casos excepcionais.

Por essa razão, os julgamentos de segunda instância analisam não apenas as questões de direito envolvidas nos processos, como incumbe às instâncias superiores, mas também as questões de fato e, portanto, também as provas ali apresentadas. Esses documentos permitem, portanto, que eu observe não apenas o enquadramento jurídico dado a situações consideradas violência obstétrica, mas também os tipos de situação e os tipos de prova levadas ao conhecimento do Judiciário nesses casos, além do modo como elas são lidas e tratadas pelos julgadores.

Além disso, os acórdãos, frequentemente retomam a narrativa dos fatos e os argumentos levantados pelas partes envolvidas no caso, assim como as considerações dos juízes de primeiro grau ao tomar a decisão que ensejou a interposição do recurso. Ciente de que a leitura e a reescrita desses dados e discursos tanto influenciam o julgamento quanto são influenciadas por ele, entendo que esses documentos permitam uma apreciação das questões fáticas, jurídicas e éticas e relacionadas à violência obstétrica, fornecendo um contexto substancial para a pesquisa.

Por fim, e não menos importante, os acórdãos são fontes autorizadas e oficiais de interpretação jurídica. Frequentemente considerados como precedentes, não somente decidem o deslinde do caso sobre o qual versam diretamente, mas também influenciam futuras decisões judiciais. Contribuindo para o desenvolvimento da jurisprudência, em último caso, também sugestionam comportamentos individuais mesmo de pessoas alheias ao processo.

Ao declararem o que é direito, esses documentos são “tecnologias centrais na produção e fabricação das realidades que governam” (FERREIRA; LOWENKRON, 2020, p. 9). Isso se relaciona a como Geertz (1998) entende o Direito, como um modo específico e particular de imaginar o mundo. É o que a produção das leis, mas também das jurisprudências deixa ver. Nessa perspectiva, os documentos não estão voltados apenas a fatos pretéritos e realidades anteriores a eles, mas ajudam a criar (e seus autores sabem-se criando) outros mundos jurídicos e fáticos, a partir do que enunciam, fazem e permitindo fazer.

Ao concentrar-me nessas decisões colegiadas proferidas pelos tribunais brasileiros, tenho a possibilidade de observar nuances do sistema jurídico e das dinâmicas judiciais. Os acórdãos não apenas representam precedentes que orientam futuras decisões (judiciais, administrativas, legislativas ou individuais), mas também oferecem *insights* profundos sobre as fundamentações legais e as argumentações subjacentes aos processos que discutam violências obstétricas. Essa abordagem permite, então, identificar lacunas e desafios da sociedade para o tratamento desse tipo de violação de direitos humanos.

### **3.3 Do recorte temporal adotado para os levantamentos**

Ciente de todos esses limites da pesquisa, deparei-me com mais um desafio. O tratamento da 'violência obstétrica' pelo judiciário brasileiro é um fenômeno em movimento. Não é algo dado, não há consenso e, portanto, tentar capturar o problema em constante mudança exige uma abordagem cautelosa.

Não tenho pretensão, nesta pesquisa, de esgotar o campo ou de fornecer conclusões generalizáveis a todos os processos envolvendo violência obstétrica. Compreendo, sim, que minha contribuição possível seja a de fornecer uma visão específica em um ponto particular do tempo. Busco capturar uma dinâmica em curso, tentando, de certa forma, por meio de um olhar cuidadoso e abrangente, “fotografar”

momentos representativos desse objeto em mutação, e, quem sabe, ter pistas de sua trajetória.

Para a constituição do *corpus* da análise panorâmica de abrangência nacional, realizei o levantamento no agregador de jurisprudência Jusbrasil entre os dias 3 e 5 de abril de 2022. Durante esse período, utilizei o descritor “*violência obstétrica*” (entre aspas) para coletar dados referentes ao período de 01/01/2004 a 15/07/2021.

O recorte temporal se deu considerando o objetivo de abranger uma janela significativa de tempo, que englobasse o desenvolvimento e as mudanças no tratamento jurídico desse fenômeno. O início em 2004 é anterior ao registro mais antigo que eu identificara em uma sondagem prévia no *site*. Já o término em julho de 2021 corresponde à data da primeira qualificação desta pesquisa.

Essa escolha de marcos temporais anteriores ao momento em que conduzi busca para a análise panorâmica foi deliberada. Percebi que existia um atraso entre a data do julgamento, a data da publicação e a efetiva disponibilização de alguns julgados nos sistemas de jurisprudência. A estratégia de realizar a busca cerca de nove meses após a data final almejava propiciar um intervalo suficiente para que o máximo de registros relacionados ao tema fosse incorporado aos sistemas de jurisprudência dos tribunais e, especialmente, ao agregador do Jusbrasil.

Também visando à abordagem quantitativa, realizei uma nova busca no Jusbrasil no dia 15 de abril de 2023, relativa aos intervalos entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de cada ano, desde 2004 até 2022. Utilizei o mesmo critério de pesquisa referente à expressão “violência obstétrica”.

Já para a segunda fase da análise de dados, que se concentra na abordagem qualiquantitativa dos acórdãos específicos de Minas Gerais, um recorte temporal preciso foi adotado para seleção do escopo. A busca por esses acórdãos foi conduzida no dia 28 de março de 2021, utilizando o sistema de consulta de jurisprudência disponível no site do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (TJMG).

Durante essa busca, procurei identificar os acórdãos em que a expressão “violência obstétrica” estava presente no inteiro teor do documento, sempre delimitada por aspas. É importante destacar que, embora tenha envidado esforços para encontrar todos os acórdãos que abordassem esse conceito, não posso afirmar categoricamente que todos os julgados referentes a essa temática originários daquele tribunal tenham sido abrangidos por essa pesquisa. A seleção foi realizada com base

nos resultados apresentados pelo sistema de consulta do TJMG, abrangendo os casos que foram identificados através dessa abordagem.

Considerando a delimitação de caráter regional dessa abordagem, no mesmo dia 28 de março de 2021, realizei busca também nos sistemas dos demais tribunais que exercem jurisdição sobre o estado de Minas Gerais. Esses tribunais incluíram o Tribunal Regional Federal da 1ª Região (posteriormente substituído, nesta circunscrição, pelo Tribunal Regional Federal da 6ª Região), o Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região, o Tribunal Regional Eleitoral de Minas Gerais, o Tribunal de Justiça Militar do Estado de Minas Gerais e a Justiça Militar da União (para a qual utilizei a plataforma de busca de jurisprudência unificada do Superior Tribunal Militar).

Naquele momento, apenas a busca no TJMG retornou resultados, enquanto as buscas nos demais tribunais não apresentaram julgados que se referissem à expressão "violência obstétrica". Por essa razão, apenas decisões prolatadas pelo Tribunal de Justiça estadual serão objeto da análise qualiquantitativa, na seção 3.5.

A abordagem qualitativa da análise, por sua vez, se concentra em examinar minuciosamente os acórdãos que encontrei na primeira página, quando os resultados obtidos por meio da pesquisa realizada no Jusbrasil estão organizados "por Relevância". Essa pesquisa foi conduzida no dia 13 de novembro de 2022, utilizando o termo específico "violência obstétrica" (delimitado por aspas) como critério de busca.

A escolha da primeira página dos resultados ordenados por relevância visa a priorizar os casos que são considerados mais relevantes de acordo com os algoritmos de busca do Jusbrasil. Por isso mesmo, esses achados são correspondentes ideais às decisões judiciais mais facilmente acessadas por aqueles que se interessassem pelo tema em novembro de 2022.

Apresentados os contornos metodológicos que permitiram a seleção dos documentos que informam esta pesquisa, passo, agora, à sua análise, propriamente dita.

### **3.4 Compreensão panorâmica do cenário: análise quantitativa**

O universo desta pesquisa tem se modificado diante dos meus olhos, ao longo dos cerca de oito anos em que o tema tem me interessado. Uma das mais notáveis mudanças tem sido, justamente, a dimensão numérica. E é esse o aspecto que será objeto desta seção.

Como relatei na introdução desta tese, foi em 2015 que, pela primeira vez, entrei em contato com dados e relatos denunciando as condições de maus tratos, abuso e desrespeito a que muitas mulheres são submetidas na assistência gravídico-puerperal. Naquele momento, movida pela curiosidade de uma acadêmica do décimo período de Direito, um dos meus primeiros instintos foi buscar a jurisprudência do TJMG sobre o tema. Fiquei surpresa, no entanto, ao constatar que não existia qualquer julgado indexado a termos relacionados ao tema no site do Tribunal. Procurando em outros tribunais brasileiros, tampouco encontrei resultado.

Não por acaso, nesta investigação, compreendo que a análise quantitativa desempenha um importante papel. Entendo que essa abordagem permite visualizar, com alguma concretude, pistas dos impactos na sociedade da ampliação do debate sobre assistência ao parto e ao nascimento. Procuo, então, apresentar alguns dados sobre a dimensão numérica dos casos de violência obstétrica julgados no Brasil, contextualizando-os temporal e geograficamente.

Como descrito anteriormente, por meio de um levantamento realizado entre os dias 3 e 5 de abril de 2022, foram coletados dados que constituíram o *corpus* desta etapa da pesquisa. Essa primeira busca revelou um total de 232 julgados, abrangendo diversas categorias, como acórdãos, decisões, sentenças e despachos, provenientes de tribunais em todo o Brasil.

**Tabela 1 - Distribuição dos julgados publicados entre 1º/01/2004 e 15/07/2021 por tipo de documento**

<b>Tipo de decisão</b>	<b>Número de resultados em 3 a 5/04/2022 para 15/07/2021</b>
<b>acórdãos</b>	189
<b>sentenças</b>	23
<b>decisões</b>	19
<b>despacho</b>	1
<b>súmulas</b>	0
<b>TOTAL</b>	<b>232</b>

**Fonte:** elaboração própria. Sistematização Jusbrasil.

Apesar de consideravelmente superior à total ausência de julgados que eu encontrara, quando ainda na graduação, logo ao iniciar o tratamento dos dados, pareceu-me ainda baixo esse número de julgados. 232 decisões parece ser uma

quantidade muito aquém do que seria esperado, ao considerarmos o índice de 25% de brasileiras que perceberam terem sofrido violência na assistência ao parto, de acordo com a Fundação Perseu Abamo e o Sesc (2010).

Dentre esses 232 resultados, a grande maioria, correspondente a 82% do total, é composta por acórdãos. As sentenças, por sua vez, que são o segundo tipo de decisão mais recorrente, representam apenas 10% do número total de julgados. A discrepância dessa proporção causou-me um forte estranhamento.

Sob qualquer ângulo que se observe, em nossa organização judicial, o esperado é que haja mais sentenças do que acórdãos. As sentenças, por natureza, são as decisões conclusivas proferidas em primeira instância, enquanto os acórdãos são emanados por órgãos colegiados, frequentemente atuando como segunda instância, instância superior ou instância extraordinária. Apesar de a interposição de recursos contra decisões interlocutórias ser, sim, possível e até comum, não seria razoável supor que, em se discutindo violências obstétricas, para cada processo julgado na primeira instância houvesse oito recursos interpostos e decididos.

A título de ilustração, de acordo com o DataJud, a Base Nacional de Dados do Poder Judiciário, gerida pelo CNJ (2023), apenas até maio de 2023, foram julgados, em 1º Grau, 6.744.003 processos. Caso somemos a esses aqueles julgados também pelos Juizados Especiais, somente nos primeiros cinco meses deste ano, foram exaradas 9.386.430 sentenças no Brasil.

Em comparação, para o mesmo período, foram 2.261.312 julgados prolatados em 2º Grau somados aos elaborados por Tribunais Superiores, Turmas Recursais, Turmas Regionais de Uniformização e pela Turma Nacional de Uniformização. Ademais, nem todos os julgados exarados por esses órgãos assumem a forma de acórdão.

Parece-me coerente suspeitar que a disparidade na quantidade de acórdãos em relação a sentenças, decisões e despachos possa estar relacionada à questão da indexação e recuperação desses tipos de decisões. Lembro o fato de que os tribunais, em geral, lideraram o processo de digitalização dos processos judiciais. Ainda hoje há ações que “correm” em autos físicos, e que, apenas em caso de recurso, terão algumas de suas peças integrantes escaneadas.

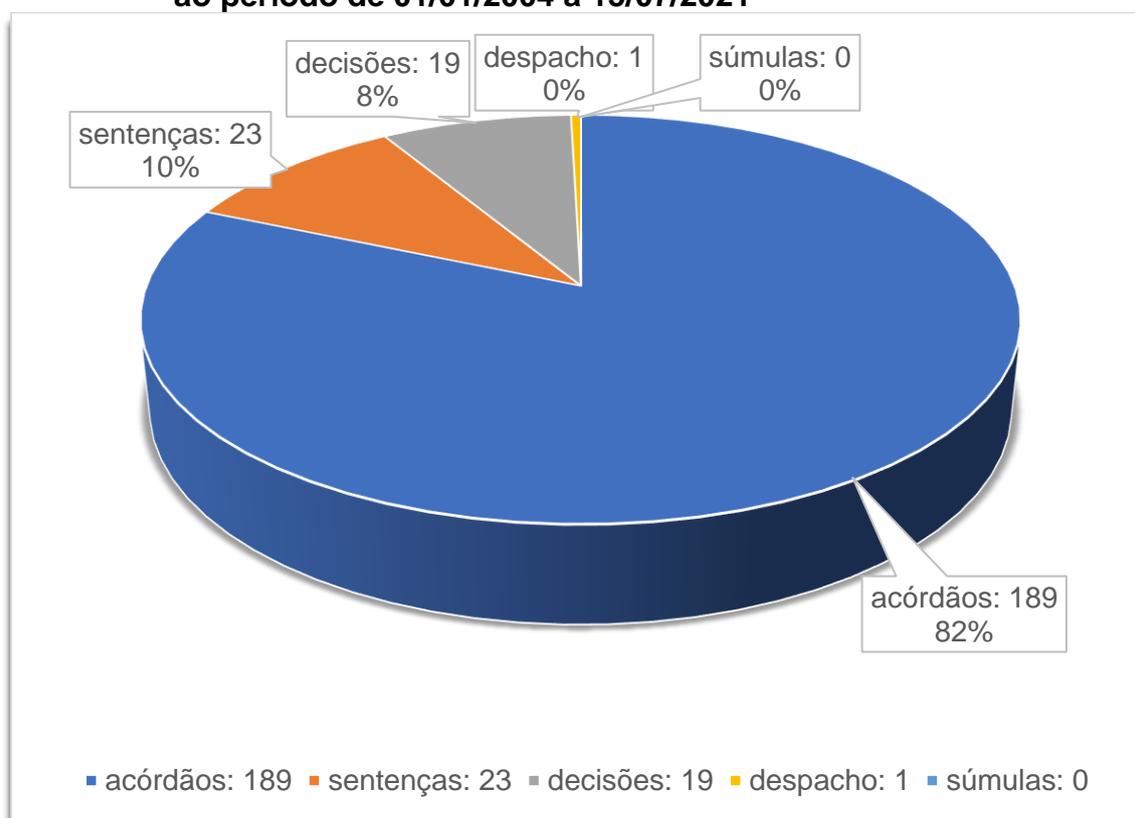
Além disso, é importante considerar que tais órgãos tendem a priorizar sua sede para a implementação de sistemas tecnológicos de infraestrutura. Essa alocação estratégica é influenciada por diversos fatores, incluindo aspectos econômicos. É na

sede do tribunal que são julgados os recursos provenientes de toda a sua jurisdição, de modo que a digitalização impacta não apenas o fluxo interno, mas também amplia, de modo prático, o acesso à justiça, evitando, por exemplo, viagens à capital ou custos com Sedex no chamado protocolo postal. A força jurisprudencial das decisões proferidas na sede do tribunal também pode ser um fator que contribui para essa priorização. Sentenças, decisões e despachos podem, por outro lado, enfrentar maiores desafios em relação à sua digitalização, indexação e recuperação por sistemas de busca jurisprudencial.

Essa diferença na disponibilidade e recuperação dos documentos pode explicar, em parte, a predominância de acórdãos nos resultados da pesquisa. Outra possibilidade é a de que a questão da violência obstétrica se fortaleça ou seja assim nomeada apenas no curso do processo. Alegações que podem não ter chamado a atenção do juiz ou da juíza de primeiro grau a ponto de mobilizar a expressão em seus julgados podem ser fortalecidas com o passar dos anos. Ou fatos narrados com outra roupagem podem, ao longo do tempo, ter sido enquadrados nessa forma de violência, seja pelas partes, seja pelos próprios julgadores.

O gráfico abaixo ilustra, percentualmente, a composição dessa amostra que encontrei em minha busca no Jusbrasil.

**Gráfico 3 – Julgados em cujo inteiro teor consta a expressão “violência obstétrica” – Busca realizada entre 3 e 5 de abril de 2022, referente ao período de 01/01/2004 a 15/07/2021**



**Fonte:** Elaboração própria. Sistematização de dados do Jusbrasil.

Além dos 189 acórdãos (81,47%) e das 23 sentenças (9,91%), encontrei 19 decisões (8,19%), dentre essas decisões, observei haver 4 decisões monocráticas (de lavra de um único ministro) do STJ (1,72%). Havia, ainda, 1 despacho (0,43%), proveniente do TJDFT.

Ocorre que nem todas os resultados que o Jusbrasil informa ter encontrado estão disponíveis para visualização, leitura e consulta quanto à data, partes e julgadores, por exemplo. É possível, contudo, visualizar os tribunais que os elaboraram.

Quanto aos acórdãos, objeto desta pesquisa, ao serem separados por tribunais, têm as seguintes origens:

**Tabela 2 – Número de acórdãos publicados por cada tribunal (pesquisa entre 3 e 5/04/2022 sobre período entre 01/01/2004 a 15/07/2021)**

<b>TRIBUNAL DE ORIGEM</b>	<b>TOTAL DE RESULTADOS NO JUSBRASIL</b>	<b>DISPONÍVEIS PARA LEITURA NO JUSBRASIL</b>
TJAC	1	1
TJAL	0	0
TJAM	7	5
TJAP	0	0
TJBA	0	0
TJCE	0	0
TJDFT	28	22
TJES	0	0
TJGO	5	4
TJMA	0	0
TJMG	11	9
TJMS	2	2
TJMT	4	3
TJPA	0	0
TJPB	0	0
TJPE	0	0
TJPI	0	0
TJPR	15	10
TJRJ	17	15
TJRN	0	0
TJRO	0	0
TJRR	0	0
TJRS	9	7
TJSC	17	12
TJSE	0	0
TJSP	69	52
TJTO	0	0
TRF4	4	3
<b>TOTAL</b>	<b>189</b>	<b>145</b>

Fonte: elaboração própria. Sistematização de dados do Jusbrasil.

A tabela acima permite que tenhamos alguns insights sobre como tem se dado a discussão sobre violência obstétrica no judiciário. Primeiramente, percebemos a predominância da justiça estadual nos julgamentos desses casos. O único tribunal de outra das justiças a ter acórdãos publicados com a expressão é o Tribunal Regional Federal da 4ª Região, cuja jurisdição abrange os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Aliás, a Região Sul do Brasil é a única onde todos os tribunais de justiça já mobilizaram a expressão “violência obstétrica” em acórdãos. Os 45 resultados provenientes dessa região correspondem a 23,8% da amostra, a segunda maior representação nessa busca.

É notável, também, a grande concentração de julgados provenientes do estado de São Paulo. Com 69 acórdãos, apenas o TJSP é responsável por 36,5% daqueles encontrados pelo Jusbrasil, ainda que não estivessem disponíveis para visualização. Mesmo não havendo acórdãos provenientes do Espírito Santo, a Região Sudeste é a com maior percentual de acórdãos, sendo que os 97 que São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro contabilizam juntos representam 51,3% do total.

Chama a atenção, ainda a representatividade do TJDFT nessa amostra, especialmente considerando as dimensões territorial e populacional do Distrito Federal. Os 28 acórdãos lá originados correspondem a 14% do total. Somados aos 5 casos de Goiás, aos 4 do Mato Grosso e aos 2 do Mato Grosso do Sul, os 39 acórdãos originários da Região Centro-Oeste representam 20,6%.

Na Região Norte, apenas os Tribunais de Justiça do Acre e do Amazonas já proferiram acórdãos utilizando essa expressão, aquele 1 e este 7. Somados, esses 8 resultados fazem com que a Região Norte seja responsável por apenas 4,2% dos resultados.

Realizando o tratamento dos dados, percebi não haver qualquer resultado proveniente dos estados do Nordeste. Suscitei, então, ser alguma incompatibilidade da ferramenta que escolhi com os sistemas ou modos de divulgação ou indexação de julgados daqueles tribunais. Pedindo licença à metodologia em prol de uma melhor compreensão do fenômeno, busquei, diretamente, nos sistemas de consulta dos 9 Tribunais de Justiça daquela região, bem como dos 6 outros TJs para os quais a busca não retornara resultados.

O primeiro empecilho que encontrei foi referente ao sistema de consulta do TJBA, que não permite busca de termos entre aspas. Utilizando o operador booleano *E*, busquei por *violência E obstétrica*, selecionando o mesmo recorte temporal utilizado no Jusbrasil. Dos 2 resultados encontrados, 1 apenas continha a palavra “violência” e a palavra “obstétrica”, sem qualquer relação contextual entre elas. Mas havia 1 outro, publicado em 2019, que, sim, mobilizava a expressão. Além do TJBA, o outro único tribunal em que encontrei, nesse rastreamento, documento relevante para a pesquisa foi o TJPE, com 1 acórdão publicado em 2020 e que, por algum motivo, não pôde ser encontrado pelo buscador do Jusbrasil. Assim, esses dois 2 acórdãos fariam com que a região Nordeste representasse apenas 1,1% do total.

No Gráfico 4, abaixo, é possível visualizar como os acórdãos prolatados por Tribunais de Justiça em que a expressão “violência obstétrica” é utilizada estão geograficamente distribuídos pelo Brasil. Para a elaboração deste gráfico, considerei não apenas os resultados encontrados pelo Jusbrasil, mas também aqueles disponibilizados apenas nos sistemas de busca do TJBA e do TJPE.

**Gráfico 4 – Dispersão geográfica dos acórdãos encontrados – Brasil (busca: de 3 a 5/04/2022; publicação: de 01/01/2004 a 15/07/2021)**



Fonte: elaboração própria.

Observando a geolocalização dos acórdãos, fica ainda mais evidente a concentração dessas decisões nos estados do Sudeste, Sul e Centro-Oeste do Brasil. Somadas, as regiões Norte e Nordeste representam apenas 5,2% da amostra, com 10 acórdãos, oriundos de 4, dentre os 16 estados que as compõem.

Somando-se os tribunais dos estados nortistas Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins; nordestinos Alagoas, Ceará, Maranhão, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe; e sudestino Espírito Santo, são 13 os TJs dos quais não encontrei acórdãos. Isso quer dizer que 48% dos tribunais de justiça ainda não tiveram a chance de se manifestar sobre o tema.

Pela expressividade do quantitativo e pela marcada regionalização dos achados, cabe, sim, o questionamento sobre se a ausência desses dados é devida a dificuldades de sistema. Contudo, é importante aventar a possibilidade de o debate e a disputa em torno desse conceito ainda não ter se fortalecido suficientemente nessas regiões nos períodos anteriores ao recorte temporal. Para que esse termo apareça em um acórdão, é necessário que a discussão tenha sido suscitada ao longo do processo. E, para alegar que houve violência obstétrica, é preciso que a mulher nomeie dessa forma as experiências que viveu, o que, nem sempre é um movimento fácil ou anódino.

Essa nomeação da violência, conforme defendido por Cynthia Salter *et al.* (2021), é fundamental para descrever as experiências das pessoas diante dessa violência, mas não somente. É um movimento imprescindível para abordar as estruturas e contextos que geram e alimentam essa violência. E isso não é feito com o intuito de julgar os envolvidos, mas sim para estabelecer responsabilidade e promover mudanças. E os impactos e resultados dessa nomeação vêm aliados a processos de transformação social e política (que, por vezes, são mediados, sim, por processos judiciais).

A fim de compreender como se deu a ampliação desse debate ao longo dos tempos no Judiciário, apresento na tabela a seguir o número de acórdãos com a expressão "violência obstétrica" por Tribunal de Justiça, distribuídos ano a ano. Esses números oferecem um panorama da abordagem judicial sobre essa temática ao longo do período de 01/01/2004 a 15/07/2021. Como expliquei acima, não são todos os resultados "acusados" pelo sistema do Jusbrasil aliado aos dados encontrados nos *sites* do TJBA e do TJPE, que têm informações disponíveis para consulta. Uma das informações ocultadas é, justamente, a data de publicação. Desse modo, constam da

divisão anual apresentada na Tabela 3 – Número de acórdãos com a expressão "violência obstétrica" publicados a cada ano, por cada Tribunal de Justiça (para busca realizada entre 3 e 5/04/2022 relativa ao período entre 01/01/2004 e 15/07/2021)Tabela 3 apenas os acórdãos que pude acessar.

**Tabela 3 – Número de acórdãos com a expressão "violência obstétrica" publicados a cada ano, por cada Tribunal de Justiça (para busca realizada entre 3 e 5/04/2022 relativa ao período entre 01/01/2004 e 15/07/2021)**

TJ	TOTAL DE RESULTADOS	DISPONÍVEIS NO JUSBRASIL																			TOTAL	
			2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	(até 15/7) 2021		
TJAC	1	1																	1		1	
TJAL	0	0																			0	
TJAM	7	5																	1	3	1	5
TJAP	0	0																			0	
TJBA	1*	0																	1*		1*	
TJCE	0	0																			0	
TJDFT	28	22														2		3	12	5	22	
TJES	0	0																			0	
TJGO	5	4														1			2	1	4	
TJMA	0	0																			0	
TJMG	11	9													1	1		2	3	2	9	
TJMS	2	2																	1	1	2	
TJMT	4	3																	2	1	3	
TJPA	0	0																			0	
TJPB	0	0																			0	
TJPE	1**	0																		1**	1**	
TJPI	0	0																			0	
TJPR	15	10															1	3	4	2	10	
TJRJ	17	15															1	2	2	8	2	15
TJRN	0	0																			0	
TJRO	0	0																			0	
TJRR	0	0																			0	
TJRS	9	7											1			3	1		1	1	7	
TJSC	17	12														1	1	6	1	3	12	
TJSE	0	0																			0	
TJSP	69	52												1	2	4	9	10	14	12	52	
TJTO	0	0																			0	
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>142</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>29</b>	<b>144</b>										

Fonte: elaboração própria. Sistematização de dados disponibilizados no Jusbrasil.

\*Encontrado apenas no sistema do TJBA. \*\*Encontrado apenas no sistema do TJPE.

Ao observar os números, torna-se evidente que o debate sobre a violência obstétrica tem ganhado progressiva atenção nas esferas judiciais. O aumento constante no número de acórdãos nos últimos anos indica uma crescente conscientização e preocupação com a proteção dos direitos das gestantes durante o parto e o nascimento, o que leva à provocação dos desembargadores para que se manifestem sobre o tema.

O primeiro acórdão em que se proferiu a expressão foi publicado em 2013, na região Sul, pelo TJRS. Naquele mesmo período, o debate sobre violência obstétrica estava começando a ganhar notoriedade, inclusive oficial no Brasil. Expoente de tal avanço da discussão é o dossiê “*Parirás com dor*”, elaborado pela Rede Parto do Princípio (RPP) e apresentado à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres, em dezembro de 2012.

Em seu próprio site, a Parto do Princípio se apresenta como “uma grande rede de mulheres que desde 2006 trabalha pelos direitos das mulheres nas questões referentes à maternidade” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2015). Na página em que relata suas ações, afirma que o dossiê “denunciou diversas violências sofridas por mulheres na assistência à gestação, ao parto, à cesárea, ao pós-parto, à amamentação, incluindo diversos relatos de mulheres de várias partes do Brasil” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2015).

Apesar de a rede ser bastante ativa, ter representantes em diversas cidades e tratar, já na primeira ação registrada na página, em maio de 2008, em Belém/PA, sobre “Humanização no nascimento e no parto”, a primeira (das 32!) menções da expressão “violência obstétrica” nesse registro ocorre apenas em 2012. Nove meses antes da entrega do dossiê à CPMI da Violência Contra as Mulheres, uma das ativistas ligadas à RPP, Cristiane Kondo, “foi convidada pelo Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Vitória/ES para fazer uma fala sobre violência obstétrica, especialmente, sobre o período do parto sob a ótica das usuárias” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2015).

Tomar conhecimento desses dados causou-me estranheza, pois constatei que, dois dos estados para os quais a pesquisa no Jusbrasil não retornou qualquer acórdão em que se utilizasse a expressão “violência obstétrica” foram lugares onde a Rede Parto do Princípio teve suas primeiras atuações (Pará e Espírito Santo). Isso levanta questionamentos sobre outros fatores associados à existência de julgados que mobilizem tal termo.

É claro que, já em 2010, a pesquisa divulgada pela Fundação Perseu Abramo e pelo Sesc tratara de violência, desrespeito e abuso durante a assistência ao parto no Brasil. Inclusive, conforme nos contou Simone Diniz na palestra que proferiu, em 2022, no Simpósio do Direito da Medicina da Universidade Mackenzie, em Campinas, não foi sem luta das ativistas (e ela foi uma das que lutou para isso) que as perguntas sobre violências sofridas no atendimento ao parto foram incluídas no questionário. E, já naquele momento, relatou Diniz (2022), o dado teve repercussão, sendo, por exemplo, o que mais despertou a curiosidade de jornalistas que entrevistaram a coordenação da pesquisa.

Mas, para chegar a espaços oficiais de poder, é preciso que o debate e a luta pelo reconhecimento desses direitos (e de suas violações) já tenham ganhado alguma densidade. Do mesmo modo, para que fosse mencionada em um acórdão em 2013, a expressão, ou, ao menos, a discussão, já deveria estar presente nos autos.

Na minha compreensão, tais eventos são testemunhos da “publicização” de uma situação que estava sendo identificada como um problema social. Retomo, aqui, a ideia defendida por Daniel Cefaï e Dominique Pasquier, de que as questões não são essencialmente públicas, mas que

[...] eles se “publicizam” na arena dos múltiplos conflitos sociais, debates parlamentares e batalhas jurídicas, disputas filosóficas e controvérsias científicas, guerras da pena e batalhas de palavras que um acontecimento provoca (CEFAÏ; PASQUIER, 2003, p. 14. Tradução minha).<sup>26</sup>

Exemplo explícito e impactante das “guerras da pena e batalhas de palavras” que esse tema provoca ocorreu no primeiro ano de um governo de extrema direita no Brasil. No dia 3 de maio de 2019, o Ministério da Saúde (MS) proferiu despacho em que afirmou que “a expressão ‘violência obstétrica’ não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso”. Segundo a manifestação, a expressão seria imprópria, “pois acredita-se que tanto o profissional de saúde, quanto o de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”.

Tal despacho evidenciou a disputa existente em torno, não apenas das práticas que caracterizam a violência obstétrica, como também ao redor do próprio termo.

---

<sup>26</sup> No original: “Il se «publicise» dans l’arène des multiples conflits sociaux, débats parlementaires et combats judiciaires, disputes philosophiques et controverses scientifiques, guerres de plume et batailles de mots que suscite un événement.”

Manifestaram-se sobre o documento, repudiando-o, ativistas, influenciadoras, movimentos sociais e jurídicos, a OAB (2019), o Ministério Público Federal (2019), o Conselho Nacional de Saúde (2019), dentre outras entidades, recomendando que, qualquer que fosse a expressão utilizada pelo Ministério da Saúde, que as práticas de violência contra a mulher na assistência à gestação, parto e puerpério fossem o foco da erradicação. Lado outro, entidades médicas, notadamente a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), apoiaram o documento, por acreditarem que a expressão “tenta demonizar a figura do médico obstetra” (FEBRASGO, 2019).<sup>27</sup>

Oficialmente, a questão teve um fim com a resposta do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Saúde das Mulheres, à recomendação nº29/2019 do Ministério Público Federal. Nesse documento, sem que seja, em qualquer momento, mencionada a expressão “violência obstétrica”, são elencadas ações em prol da humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério e, é reconhecido como legítimo o direito “das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas” (BRASIL, 2019c, p. 3).

Contrariando a própria intenção do documento que iniciou essa controvérsia, sua publicação fomentou o debate em torno das práticas de assistência ao ciclo gravídico-puerperal no Brasil, ampliando e expandindo o alcance da discussão. E, em última análise, houve uma popularização da expressão que se afirmara inadequada.

Observando o processo de visibilidade que os dados dos julgados envolvendo esse problema têm refletido e do qual faz parte o despacho do MS (BRASIL, 2019b), Mariana Pulhez relatou uma reveladora incursão que fez na pesquisa em que analisa as controvérsias envolvidas na construção da violência obstétrica enquanto um problema social, jurídico e científico no contexto brasileiro:

Com efeito, para fins de pesquisa – no doutorado –, no início de 2019 fiz uma busca ativa nos sites das assembleias legislativas estaduais, assim como no site do congresso nacional, à procura de leis e projetos de leis que mencionassem o termo violência obstétrica em seus textos. Encontrei seis projetos de lei em nível federal, sendo o primeiro de 2013 (BRASIL, 2013a), um projeto de lei na Bahia, de 2019 (BAHIA, 2019), e doze leis aprovadas entre os anos de 2017 e 2019. Além disso, uma busca rápida no Google

---

<sup>27</sup> Considerando que o termo “obstétrico” significa “referente ao parto”, parece equivocada, contudo, a ideia de que a expressão refere ao médico como único responsável.

Acadêmico com o termo violência obstétrica em publicações em português mostra o crescimento dos estudos sobre o conceito nos últimos anos: do ano 2000 ao ano de 2010, temos uma única ocorrência na busca; do ano 2011 a 2021, obtemos 164 resultados. O mesmo tipo de busca na plataforma Scielo indica também um crescimento de publicações em português sobre o tema nos últimos anos: são 55 publicações de 2014 a 2021 contendo o termo violência obstétrica no resumo, sendo apenas uma em 2014, e dez e onze em 2021 e 2020, respectivamente. (PULHEZ, 2022, p. 33-34).

Os dados sobre projetos de lei e artigos científicos relatados por Pulhez (2022), assim como os sobre acórdãos, que tenho apresentado, correlacionam-se perfeitamente a alguns dos campos nos quais, para Cefai e Pasquier (2003), os problemas sociais se “publicizam”, os debates parlamentares, as batalhas jurídicas e as controvérsias científicas. Não por acaso, apesar de não dialogar com esses autores, a conclusão de Pulhez segue o mesmo caminho:

Estas breves buscas indicando o aumento dos números de publicações acadêmicas e legislativas que mencionam o termo violência obstétrica são uma ilustração de como as discussões acerca do que também se chama de desrespeito, abusos e maus tratos às mulheres durante a assistência obstétrica vêm ganhando espaço nas arenas públicas de debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos. (PULHEZ, 2022, p. 34).

Aos poucos, o judiciário foi sendo cada vez mais demandado em relação a controvérsias envolvendo a categorização de condutas na assistência obstétrica como formas de violência, bem como as respectivas consequências e responsabilizações.

Chama a atenção na Tabela 3 também o fato de que, ao longo dos anos, observa-se um aumento gradual nas decisões sobre violência obstétrica proferidas pelos tribunais. Enquanto, até 2012, não foram encontrados registros, os anos subsequentes apresentam um aumento constante, indicando uma crescente conscientização e abordagem jurídica dessa questão.

Além disso, a disparidade entre os tribunais de diferentes estados também é evidenciada nessa tabela. Enquanto alguns tribunais apresentam um número considerável de acórdãos, outros têm uma participação muito mais limitada. Essa discrepância pode estar relacionada a diversos fatores, incluindo a abordagem jurídica adotada por cada estado, a conscientização local sobre o tema e a própria visibilidade dada às questões de violência obstétrica. Somam-se a esses fatores, os próprios custos, não apenas financeiros, de se entrar com uma ação versando sobre a assistência perinatal recebida.

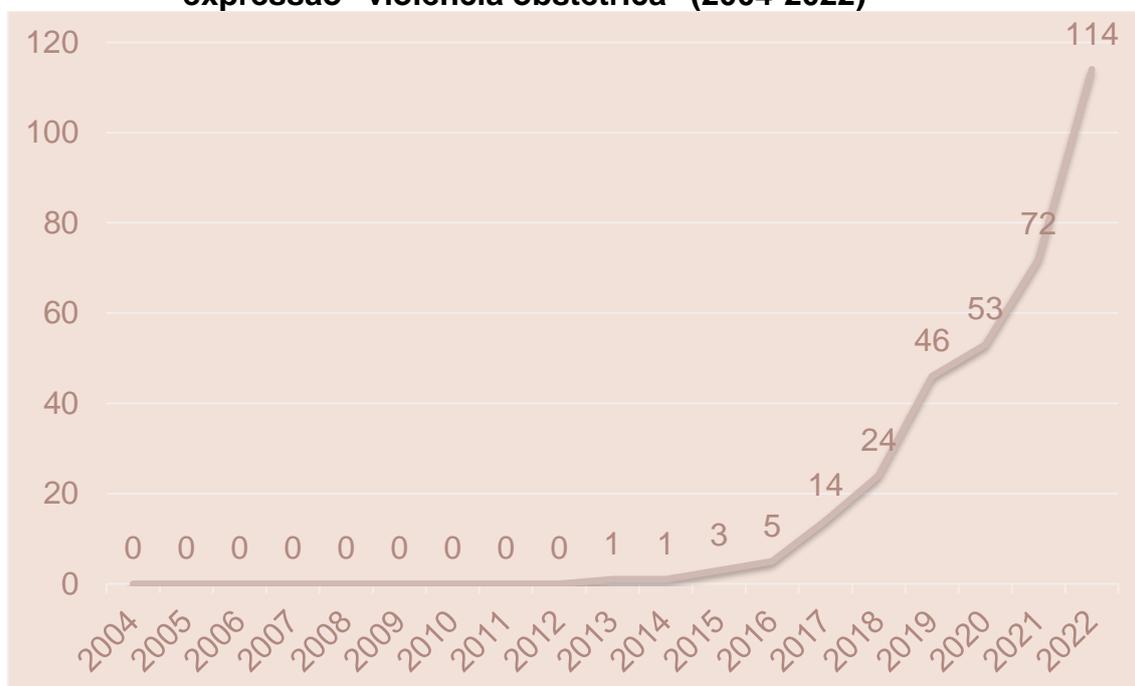
Essa análise é fundamental para lançar luz sobre a evolução do debate jurídico em relação à violência obstétrica e identificar lacunas regionais que possam orientar

futuras ações e iniciativas para promover conscientização, responsabilização e mudança nesse cenário.

Interessada em saber como estaria atualmente a “curva” do número de acórdãos anualmente exarados pelos tribunais de justiça com a expressão “violência obstétrica”, realizei uma nova busca no Jusbrasil, no dia 15 de abril de 2023, relativa aos intervalos entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de cada ano, desde 2004 até 2022.

O gráfico abaixo condensa os dados que encontrei.

**Gráfico 5 – Número de acórdãos publicados por ano pelos TJs com a expressão "violência obstétrica" (2004-2022)**



Fonte: elaboração própria. Sistematização Jusbrasil.

Os resultados compilados no Gráfico 5 revelam uma perspectiva panorâmica sobre como o tema tem ganhado tração nas decisões judiciais ao longo dos anos.

No início da série histórica, entre os anos de 2004 e 2012, observamos a ausência de acórdãos em que se mencionou “violência obstétrica”, sugerindo que a discussão sobre esse assunto ainda não havia emergido de maneira significativa nos tribunais de justiça. No entanto, a partir de 2013, há um aumento gradual no número de acórdãos, evidenciando uma crescente conscientização e importância atribuída ao tópico.

O marco de um acórdão em 2013 foi seguido por um aumento constante nos anos subsequentes, com 2017 marcando um ponto de inflexão notável, quando o número de publicações (14) praticamente triplica em relação a 2016 (5). A partir desse ano, a curva demonstra um crescimento mais acentuado, refletindo a ampliação do debate sobre violência obstétrica no âmbito jurídico. O número de acórdãos continuou a aumentar de forma expressiva, atingindo o ápice em 2022 com um total de 114 decisões, sinalizando um interesse e envolvimento significativamente maiores dos tribunais nesse tema sensível e crucial.

Identifico, com esses dados, um período a partir do qual a discussão sobre violência obstétrica ganhou mais visibilidade no âmbito jurídico, possivelmente refletindo uma maior conscientização sobre o tema na sociedade. No entanto, é importante considerar que a quantidade de acórdãos não reflete necessariamente a totalidade das situações de violência obstétrica, uma vez que muitos casos podem ser resolvidos de outras maneiras ou não chegar ao sistema judiciário.

E é preciso lembrar que a discussão sobre violência obstétrica pode estar associada a mudanças sociais e culturais, assim como a um aumento na busca por justiça e reparação por parte das vítimas (SALTER; OLANIYAN, 2021). Esse levantamento é um indicativo do crescimento do reconhecimento da violência obstétrica como uma questão importante e passível de ações legais, demonstrando que pode estar associado a fatores como o aprimoramento das discussões públicas em torno da violência obstétrica, a ampliação do acesso à informação e a uma maior disposição das vítimas em denunciar esses casos.

Não se deve descartar a possibilidade de um maior contato com o debate pelos próprios julgadores, seja antes de chamados a manifestarem-se em um processo, seja com o caso em mãos, quando pesquisando para decidir o melhor posicionamento a adotar. Nesse ponto, incluem não apenas os desembargadores, mas também os servidores lotados em seus gabinetes, muitos dos quais assessoram-nos diretamente na elaboração de acórdãos.

À época do primeiro grande aumento de casos, em 2017, a discussão começava a circular com mais força. Nesse período, eu estava atuando como doula e pude acompanhar tal crescimento. Como parte da atividade profissional, eu mesma tinha de ler, estudar e informar-me constantemente sobre os mais diversos tópicos relacionados ao parto e ao nascimento. Fosse para explicar algum processo, para indicar fontes confiáveis com linguagem facilitada ou mesmo para entender as

posturas mais adequadas que eu poderia adotar, a fim de “defender” a essência do plano de parto elaborado por cada mulher, era imprescindível que eu alargasse e aprofundasse meu conhecimento naquela área sobre a qual eu me interessava (tanto e) havia relativamente pouco tempo.

Naquele período – quando esta pesquisa não era sequer sonhada –, talvez por um viés meu, talvez por estar capturando, de fato, um movimento que se constituía, percebia uma frequência cada vez maior de divulgação de informações e notícias sobre, numa ponta, “parto humanizado”, noutra, violência obstétrica. As informações acerca desses temas pareciam estar cada vez mais próximas.

Além dos acompanhamentos individuais como doula, passei a auxiliar na organização do grupo de apoio “Ishtar – Espaço para Gestantes”, ligado à Rede Parto do Princípio. Com reuniões quinzenais, em que mediávamos conversas sobre diversos temas relacionados ao período gestacional, as rodas eram cada vez maiores. Entendo que essa busca ativa de mulheres por trocar informações em prol de um parto não apenas seguro como também *bom* reflita esse movimento de publicização de um debate por muito tempo restrito a conversas íntimas e de visibilização de uma luta que esteve, por décadas, restrita a pequenos círculos de ativistas, pesquisadoras e profissionais da saúde dissidentes, como descrito no tópico 2.1.

Com os dados quantitativos apresentados nesta seção, almejei fornecer uma visão panorâmica sobre a trajetória da abordagem judicial da violência obstétrica ao longo dos anos. Mereceu destaque a curva sempre crescente de casos em que essa discussão chegou aos tribunais de justiça, nos últimos 10 anos. No entanto, essa análise quantitativa representa apenas um aspecto do cenário. Para uma compreensão mais completa, é fundamental considerar a qualidade das decisões, os argumentos apresentados e o impacto real que provocam no mundo.

Aproximando um pouco o *zoom*, na seção a seguir, delinheio qualiquantitativamente os acórdãos que, até o dia 28 de março de 2021, haviam sido publicados pelo TJMG.

### **3.5 Aproximando a análise: acórdãos julgados pelo TJMG**

Nesta etapa da tese, volto-me a uma análise um pouco mais aprofundada dos acórdãos provenientes do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). Meu objetivo é compreender tanto a qualidade quanto a quantidade dessas decisões. Realizei a

busca em 28 de março de 2021, procurando por acórdãos que contivessem a expressão “violência obstétrica” em seu inteiro teor. Minha pesquisa foi conduzida utilizando o sistema de consulta de jurisprudência do site do TJMG e considerou a ocorrência exata da expressão, colocando-a entre aspas. É importante ressaltar que, embora tenha feito um esforço abrangente, reconheço que algumas decisões podem ter escapado à minha pesquisa, dadas as variáveis que influem na disponibilização para acesso público desses documentos.

Essa abordagem proporciona uma compreensão mais profunda das decisões, permitindo uma análise contextualizada de como as questões associadas a esse termo são deslindadas pelos julgadores em segundo grau. A análise quali-quantitativa desses acórdãos permite explorar os tipos de demandas que, quando julgadas, levam à utilização da expressão “violência obstétrica”. Busco, ainda, discutir o perfil dos julgadores, se e como isso pode afetar sua perspectiva sobre a causa.

Realizada a busca pelos acórdãos, deparei-me com 8 resultados.

Quanto ao período de publicação, o primeiro acórdão data de 2016 e, o último, de 2021. Nesse intervalo foram exarados: 1 acórdão em 2016, 2 em 2017, nenhum em 2018, 2 em 2019, assim como 2 em 2020 e 1 em 2021 (até o dia 21 de março).

O gráfico a seguir condensa e ilustra os dados da dispersão temporal desses documentos:

**Gráfico 6 – Números anuais de acórdãos do JTMG (até 28/03/2021)**



Fonte: elaboração própria. Sistematização TJMG.

Observando esse gráfico, a primeira coisa que podemos observar é que ele não demonstra um crescimento evidente e constante do número de casos, como há na amostra relativa ao Brasil. Há uma ausência de julgados sobre o tema em 2018, com retomada do mesmo quantitativo anterior nos dois anos subsequentes e uma relativa e aparente queda em 2021. Digo ser aparente, pois a coleta foi feita quando havia se passado menos de um quarto do ano e, apesar de muito reduzido, o número de resultados que encontrei já representava 50% dos registros dos dois anos anteriores.

Durante a coleta, no Jusbrasil, dos dados complementares, utilizados na construção do Gráfico 5 – Número de acórdãos publicados por ano pelos TJs com a expressão "violência obstétrica" (2004-2022), no dia 15 de abril de 2023, retornei também ao repositório do TJMG. Verifiquei, então, que, até o final de 2021, tal tribunal registrara 4 acórdãos. E, no ano de 2022, foram 11 os acórdãos publicados em que o termo foi registrado.

Desse modo, apesar de esses outros quatorze acórdãos não terem sido considerados nas análises que desenvolvo a seguir, por estarem fora de seu marco temporal, registro sua existência no gráfico abaixo:

**Gráfico 7 – Números anuais de acórdãos do JTMG (2015-2022)**



Fonte: elaboração própria. Sistematização TJMG.

Com a inserção desses novos dados, apesar de ter seu marco inicial dois anos após o primeiro julgado em âmbito nacional a apresentar a expressão, o movimento crescente de manifestações do TJMG sobre o tema passa a ter uma curva semelhante

à do Brasil, apresentada no Gráfico 5. Trata-se de um início “tímido”, mas com uma inclinação ascendente notável.

Apesar de esse primeiro acórdão do TJMG ter sido publicado apenas em 2016, é relevante lembrar que aquele conhecido como o primeiro processo do Brasil a tratar a violência obstétrica nesses termos foi ajuizada, em janeiro de 2013, na cidade de Belo Horizonte (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2013). A autora é Ana Paula Garcia, que é uma das mulheres que se dispuseram a relatar sua experiência no documentário *Violência obstétrica: a voz das brasileiras* (2012). Resumidamente, a matéria *Violência obstétrica: na hora de fazer não gritou*, publicada na página da Fundação Perseu Abramo, assim descreve o relato dado por ela:

Mas talvez o relato mais triste seja o da mineira Ana Paula, que após planejar um parto natural, foi ao hospital com uma complicação e, sem qualquer explicação por parte dos profissionais, foi anestesiada, amarrada na cama, mesmo sob protestos, submetida a episiotomia, separada da filha, largada por várias horas em uma sala sem o marido e sem informações. Seu bebê não resistiu e faleceu por causas obscuras. Ana Paula denunciou o falecimento de sua filha ao Ministério da Saúde pedindo uma investigação e em paralelo denunciou a equipe, convênio médico e o hospital que atenderam ao CRM de Belo Horizonte. Diante do silêncio do Conselho, que abriu uma sindicância em novembro de 2012 e não forneceu mais informações, a advogada de Ana Paula, Gabriella Sallit, entrou com uma ação na justiça.

‘O processo da Ana Paula foi o primeiro que trata a violência obstétrica nestes termos. Não é um processo contra erro médico, ou pelo fim de uma conduta médica. É sobre o procedimento, a violência no tratar. É um marco porque é o primeiro no Brasil’ explica a advogada. ‘É uma ação de indenização por dano moral que lida com atos notoriamente reconhecidos como violência obstétrica. Tudo isso tem respaldo na nossa legislação’, diz (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2013).

No documentário, Ana Paula conta que, ao ter sua filha arrancada de si e levada para longe, após um protocolar e irônico “parabéns, mamãe” dito pelo obstetra, ela se sentiu “um subproduto”, deixada sozinha e exposta na sala de parto. E que, mesmo tendo a bebê vivido menos de uma hora, ela só recebeu a notícia de seu falecimento quando pôde ir para o apartamento ao qual fazia jus e reencontrar seu marido, mais de três horas depois do parto. Nas 24 horas que passou internada em observação, nenhum médico foi conversar e explicar ao casal o que ocorrera com sua filha.

Além de todo o abuso praticado pela maternidade privada onde foram atendidas, seu plano de saúde foi capaz de agravar o sofrimento pelo qual Ana Paula passava. Sem qualquer zelo, telefonou para marcar uma consulta para sua filha Mariana, e, mesmo após a informação sobre a morte da bebê ter sido reiterada, o

convênio enviou um documento de identificação em nome da menina. Duas lamentáveis condutas que fizeram com que todo a dor fosse revivida.

Dez anos após o ajuizamento, esse processo não integra o *corpus* desta pesquisa. Sob o número 0306285-70.2013.8.13.0024, o caso ainda está correndo na primeira instância tendo sido a última movimentação, em 07 de agosto de 2023, relativa à intimação do perito que fora nomeado para manifestar-se se aceitaria ou não a perícia, para apresentar seu currículo e a proposta de honorários periciais.

Desse modo, como ainda não houve sentença, que oportunizaria a interposição de apelação, nem houve decisão interlocutória (em que se decidem pontos específicos do processo, sem julgamento final) que tenha sido objeto de agravo, nenhum recurso decorrente dessa ação foi analisado pelo Tribunal em um acórdão.

Em julho de 2012, três meses após os fatos que ensejaram a propositura dessa ação, a história de Ana Paula Garcia foi contada na matéria “Mineiras discutem violência no parto em audiência pública na Assembleia Legislativa” publicada no Jornal Estado de Minas. Motivada por uma mobilização que havia provocado a Assembleia Legislativa de Minas Gerais a convocar uma audiência pública para discutir o tema, a notícia comunicava um crescimento no país de denúncias sobre desrespeito e humilhação a gestantes. Além de Ana Paula, outras mulheres relatam suas experiências, o que a jornalista Luciane Vidigal (2012) considera uma saída do anonimato em prol de uma união para exigir mudanças reais.

Também representantes da classe médica foram consultados para a matéria e é interessante notar que que eles reconheçam que haja procedimentos desnecessários na assistência obstétrica, que são praticados de rotina, e que, portanto, estão sendo revistos. Mas para o então primeiro secretário da Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais, Frederico Peret, ainda que alguns métodos tenham de ser reavaliados, um dos maiores problemas seria a falta de informação da paciente, sendo responsabilidade de seu médico fornecer essas informações (VIDIGAL, 2012).

Já o então presidente do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRMMG), enfatiza que nenhum profissional pode conduzir um procedimento que a paciente não queira. Por outro lado, defende que o corte na vagina seja mundialmente consagrado, por facilitar a descida do bebê. Tal informação contradiz o exemplo que o médico Frederico Peret apresentara para intervenções cujo uso deve ser reduzido. Para ele, o corte na vagina seria necessário em 20% dos casos, em situações em que

facilite a saída do bebê (VIDIGAL, 2012). Ou seja, não é sempre que a intervenção seria adequada.

Acerca desse corte na vagina, a episiotomia, Melania Amorim e Leila Katz (2008) afirmam que os obstetras precisam considerar que os riscos de lesão<sup>28</sup> superam os possíveis benefícios, e que, quando realizada rotineiramente e sem indicação precisa, pode ser considerada uma mutilação genital feminina, devendo ser evitada.

Ainda na reportagem, o presidente do CRMMG justifica a pouca humanização nas maternidades brasileiras a partir da sobrecarga nas unidades de saúde:

Sobre a pouca humanização nas maternidades brasileiras, João Batista justifica dizendo que as unidades estão sobrecarregadas e, com isso, a paciência dos profissionais diminui. 'Não é justificativa para os abusos, mas é a realidade. Hoje o paciente é impaciente. Para ter uma ideia, 80% dos partos são cesarianas porque as mulheres querem e, aí, o médico acha bom pela conveniência', afirma (VIDIGAL, 2012).

João Batista, frisou a Vidigal (2012), por fim, que a obstetrícia seria a área mais denunciada no órgão. Esse dado chama a atenção, posto que anterior à primeira ação sobre violência obstétrica no Brasil. Na verdade, essa matéria apenas utiliza tal expressão quando citando a fala de uma pesquisadora sobre o tema, Ana Carolina Franzon.

Ou seja, ainda que não tivesse ocorrido essa ressignificação do parto, com possibilidade de nova moralidade acerca do atendimento obstétrico, que permitiria avaliá-lo como violento (KLUJSZA, 2019), já se observava bastante litigiosidade sobre essa atenção. Tais questionamentos, contudo, eram referentes à questão técnica do erro médico. Dentre os acórdãos que compõem o *corpus* desta etapa da pesquisa, aliado ao pedido de reparação por violência obstétrica, há, em quase todos os processos, demanda por reparação por erro médico (inclusive, muitas vezes, prioritário em relação àquele).

---

<sup>28</sup> As autoras afirmam que: "A episiotomia de rotina era anteriormente considerada pelos obstetras uma estratégia para proteger o períneo, o assoalho pélvico e o feto das lesões do parto, porém gradualmente tem se demonstrado tratar-se de procedimento desnecessário e prejudicial. Com o advento da Medicina Baseada em Evidências, os obstetras precisam considerar que os riscos de lesão materna superam os possíveis benefícios. Além de não proteger o assoalho pélvico, a episiotomia aumenta a frequência de dor perineal, dispareunia, perda sangüínea, laceração do esfíncter anal, lesão retal e incontinência anal, sem reduzir as taxas de incontinência urinária ou melhorar os resultados neonatais" (AMORIM; KATZ, 2008, p. 47).

Voltando à análise dos 8 acórdãos publicados até março de 2021, no TJMG, ainda na Lista de Resultados, é possível notar que todos os documentos encontrados se referem à área cível, ou seja, não versam sobre direito penal.

São quatro os tipos de recursos que chegaram à apreciação do tribunal:

- 1 embargo de declaração (descrito no art. 1022 do CPC, é o recurso interposto sobre decisão da própria câmara para que se pronuncie sobre questões obscuras, contraditórias, omissas ou em que haja erro material);
- 2 agravos de instrumento (recurso adequado para que o tribunal se pronuncie contra decisões interlocutórias, aquelas que versem sobre questões incidentais, que não são o mérito específico da ação, está descrito no art. 1015 do CPC), sendo 1 deles com pedido suspensivo;
- 5 apelações (regulada pelos artigos 1009 a 1014 do CPC, é o recurso apropriado para recorrer da sentença ou, quando da prolação da sentença, das decisões interlocutórias para as quais não seja cabível agravo de instrumento);
- dentre as apelações, 1 delas contava, também, com reexame necessário (é o envio compulsório de uma sentença decidida contra a fazenda pública às instâncias superiores, de modo que apenas após seu julgamento a sentença produzirá efeitos).

Abrindo os acórdãos, notei que 3 processos foram iniciados na comarca de Belo Horizonte (2.315.560 habitantes), capital do estado. Outros 3 originaram-se, um em cada, em comarcas que, de acordo com o Censo demográfico de 2022, estão dentre as 15 cidades mais populosas de Minas Gerais: Juiz de Fora (540.756 habitantes), Governador Valadares (257.172) e Ipatinga (227.731 habitantes). Apenas dois processos iniciaram-se em comarcas sediadas em cidades com menos de 40.000 habitantes: Nanuque (35.038) e Coração de Jesus (25.377 habitantes).

O mapa abaixo indica as localizações dessas cidades em Minas Gerais. O ponto verde maior representa os três processos iniciados em Belo Horizonte e os cinco pontos verdes menores representam os processos únicos iniciados em Juiz de Fora, Governador Valadares, Ipatinga, Nanuque e Coração de Jesus.



tratamento que a criança demandava em função de debilidade, em tese, provocada pela má atenção durante o parto.

Além disso, apesar de a violência obstétrica poder ocorrer em qualquer momento da assistência ao pré-natal, ao parto ou ao pós-parto, todos os casos versavam sobre fatos ocorridos entre o início do trabalho de parto (inclusive com causas em que o mau diagnóstico de “falso trabalho de parto é alegado”) e o fim da internação.

Notei também que, ao menos nos processos que contaram com algum voto que levaria à derrota da pretensão inicial (pois seria a condição para que elas tivessem de arcar com custas e honorários sucumbenciais), todas as autoras tiveram a justiça gratuita deferida.

Durante a realização da pesquisa, participei, ao longo dos anos de 2019 e 2020, do *Curso de Sensibilização e Capacitação em Violência Obstétrica*, oferecido, de modo virtual, com aulas síncronas, pelo coletivo Nascer Direito, a advogadas que desejassem trabalhar na área. Conversando com professoras e colegas, soube que a gratuidade de justiça se trata de um pedido especialmente importante nesses casos, de cuja negativa, inclusive, elas sempre recorrem. Por costumarem ter um valor da causa elevado e o conjunto probatório geralmente incluir perícia, eles são sempre processos de custo bastante elevado. Com jurisprudência ainda escassa, a possibilidade de, em perdendo, ter de arcar com as custas processuais e honorários sucumbenciais é um risco com bastante peso na análise da viabilidade jurídica de levar o caso a juízo.

Quanto ao gênero dos julgadores das decisões recorridas, quatro foram prolatadas por mulheres e três por homens, em primeiro grau, e uma por uma câmara composta apenas por homens. Não pude perceber, apenas pelos relatórios feitos nos acórdãos, alguma forte distinção entre a forma de julgar casos de juízes e de juízas do primeiro grau.

Os agravos de instrumento, que se referem a demandas cujo mérito ainda não fora decidido, foram interpostos contra decisões proferidas, em primeiro grau, um por um juiz e o outro por uma juíza. Ambas as decisões recorridas eram favoráveis às autoras. Em uma, determinou-se a inversão do ônus da prova, considerando que o hospital teria maior capacidade técnica de comprovar que prestara à autora um

atendimento adequado, com base no artigo 373, §1º, do CPC<sup>29</sup>. Na outra, foi deferida tutela antecipada<sup>30</sup> para determinar que a fundação mantenedora do hospital onde a autora fora atendida arcasse com todas as despesas referentes ao tratamento do bebê (também autor, representado e em litisconsórcio com sua mãe e seu pai), que teve lesão cerebral irreversível, alegadamente em decorrência da violência obstétrica sofrida por sua mãe durante o parto. (ARGUMENTOS)

Ambos os agravos de instrumento foram negados e as decisões mantidas. No tribunal, apenas uma mulher chegou a se manifestar sobre esses agravos, como segunda vogal, tendo seguido o voto do relator, sem tecer considerações sobre o tema da distribuição do ônus da prova naquele caso.

O embargo de declaração é interposto contra decisão da própria câmara, que havia negado a indenização por danos morais decorrente da violência obstétrica que a autora teria sofrido. Não há, contudo, referência ao que decidira, na sentença, a juíza de primeiro grau.

---

<sup>29</sup> Vale esclarecer que o mencionado artigo prevê, como regra do processo civil, que cabe ao autor comprovar os fatos que originam seu direito e, ao réu, comprovar fatos que impeçam, modifiquem ou extingam o direito do autor. É possível, contudo, que, em razão de lei específica ou de peculiaridades da causa que tornem impossível ou demasiadamente difícil que as partes produzam provas de acordo com a regra, o juiz pode, justificadamente, distribuir esses encargos de modo diverso, considerando a aptidão probatória de cada parte. Verbalmente, o Código de Processo Civil determina que:

“Art. 373. O ônus da prova incumbe: I - ao autor, quanto ao fato constitutivo de seu direito; II - ao réu, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor.

§ 1º Nos casos previstos em lei ou diante de peculiaridades da causa relacionadas à impossibilidade ou à excessiva dificuldade de cumprir o encargo nos termos do *caput* ou à maior facilidade de obtenção da prova do fato contrário, poderá o juiz atribuir o ônus da prova de modo diverso, desde que o faça por decisão fundamentada, caso em que deverá dar à parte a oportunidade de se desincumbir do ônus que lhe foi atribuído.

§ 2º A decisão prevista no § 1º deste artigo não pode gerar situação em que a desincumbência do encargo pela parte seja impossível ou excessivamente difícil.

§ 3º A distribuição diversa do ônus da prova também pode ocorrer por convenção das partes, salvo quando: I - recair sobre direito indisponível da parte; II - tornar excessivamente difícil a uma parte o exercício do direito.

§ 4º A convenção de que trata o § 3º pode ser celebrada antes ou durante o processo.” (BRASIL, 2015, art. 373).

<sup>30</sup> Nesse caso, considerando haver evidência da probabilidade do direito e vislumbrando a possibilidade de agravamento do dano se houvesse uma demora em proteger tal direito, a juíza de primeiro grau antecipou efeitos que, a rigor, apenas seriam vistos ao final do processo. Para tanto, baseou sua decisão no art. 300, do CPC, que dispõe que:

“Art. 300. A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.

§ 1º Para a concessão da tutela de urgência, o juiz pode, conforme o caso, exigir caução real ou fidejussória idônea para ressarcir os danos que a outra parte possa vir a sofrer, podendo a caução ser dispensada se a parte economicamente hipossuficiente não puder oferecê-la.

§ 2º A tutela de urgência pode ser concedida liminarmente ou após justificação prévia.

§ 3º A tutela de urgência de natureza antecipada não será concedida quando houver perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão.” (BRASIL, 2015, art. 300).

Duas das sentenças que rejeitaram o pedido inicial foram prolatadas por mulheres (tendo sido uma mantida à unanimidade e a outra revertida pela maioria) e uma por um homem (tendo esta sido anulada para que fosse possível a produção de prova pericial e novo julgamento de primeiro grau). E as sentenças que acolheram o pedido de indenização por danos morais foram duas: uma prolatada por um homem e uma por uma mulher (ambas mantidas, aquela pela maioria e esta pela unanimidade).

No Tribunal, dentre os oito acórdãos, três foram julgados apenas por homens, nenhum foi julgado apenas por mulheres e os outros cinco foram julgados em colegiados em que havia apenas uma mulher e dois homens (ou quatro, em um dos casos). Apenas um processo teve relatoria feita por uma desembargadora.

Esses achados, por mais que estejam relacionados, em um primeiro momento, a questões definidas por sorteio aliadas ao regimento do TJMG não deixam de refletir um dado importante do judiciário brasileiro. As mulheres, que representam 38% da magistratura, são 44% dos juízes substitutos (o cargo no qual se ingressa na magistratura), mas apenas 23% dos desembargadores (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

A partir dos dados do CNJ relativos ao censo do judiciário de 2018, respondido por 62,5% dos 18.168 magistrados ativos no Brasil, Regina Bandeira (2018) conclui que quem julga no Brasil é “homem, branco, casado, católico e pai”. Se 80% dos magistrados são casados, dentre os homens, esse percentual é de 86%, e dentre as mulheres, 72% são casadas. Do total, 78% têm filhos, sendo que 81% dos juízes são pais e 74% das juízas são mães. A predominância é de indivíduos que se identificaram como brancos (80,3%), enquanto 18% identificaram-se como negros (16,5% pardos e 1,6% pretos), e 1,6% indicaram origem asiática. Apenas 11 magistrados se autodeclararam indígenas, apenas 0,097% dos 11.348 participantes. Entre os que ingressaram na carreira após 2011, 76% identificaram-se como brancos. A maioria dos magistrados que participaram da pesquisa afirmou possuir uma religião (82%), sendo 57,5% católicos, seguidos por 12,7% de espíritas e 6% de evangélicos tradicionais. Aqueles que não possuem filiação religiosa representam 18%.

Em meio a tantos dados, chama a atenção a análise feita por Lisandra Espíndula Moreira (2020), que, identifica alguns “pontos cegos” da pesquisa, uma vez que a orientação sexual e a identidade de gênero dos magistrados não são objetos de investigação. Além disso, Moreira argumenta pela necessidade de, não apenas

lutarmos pela pluralidade e representação no Judiciário, mas, também, quebrando a ilusão da imparcialidade, debatermos sobre o “lugar do julgamento”.

Nesse sentido, a autora dialoga com a noção de “saberes localizados”, de Donna Haraway (2009), que enfrenta a pretensa universalidade do direito, e considera irresponsável o saber não localizável. Nesse sentido, é somente com a perspectiva parcial que é possível uma visão mais próxima de objetiva. Situar-se seria, então, apresentar os pontos de partida e os pressupostos adotados.

Moreira (2020) articula, ainda, a concepção de “lugar de fala”, como desenvolvida por Djamila Ribeiro (2017). Segundo a autora, “o lugar social não determina uma consciência discursiva sobre esse lugar. Porém, o lugar que ocupamos socialmente nos faz ter experiências distintas e outras perspectivas” (RIBEIRO, 2017, p. 39). Desse modo, *quem* julga, invariavelmente modifica o modo *como* se julga.

Nesta discussão, o “lugar de julgamento” (MOREIRA, 2020) pode ter especial relevância. A violência obstétrica é um conceito-denúncia relativo a violações aos corpos e à autonomia femininos, construído por mulheres, a partir de experiências e demandas de mulheres. Não por acaso, o termo circula com mais força em grupos formados por mulheres (PULHEZ, 2022). Desse modo, é plausível que o gênero dos julgadores influa em suas perspectivas sobre o tema.

Apesar de não ser possível identificar esse dado a partir dos julgados que acessei, também o marcador social raça age na composição desse lugar de julgamento, considerando as diferentes formas de construção do lugar social em relação à assistência obstétrica e ao debate sobre ela. Se, como relata Pulhez (2022), esse movimento era composto sobretudo por mulheres brancas, mais recentemente os posicionamentos de mulheres negras e o recorte de raça tem ganhado espaço nessas arenas de debate.

Dána-Ain Davis (2019), por exemplo, denuncia o que nomeia *racismo obstétrico*, termo mais adequado para captar as particularidades do cuidado obstétrico conferido às mulheres negras. Davis afirma que falar apenas em violência obstétrica é insuficiente, pois não compreende aspectos do racismo que permeiam as interações entre mulheres e profissionais de saúde, ameaçando os resultados positivos do parto. Tratando mais especificamente do Brasil, Elisa Williamson (2021) lembra que as mulheres negras são desproporcionalmente privadas de acesso a cuidados oportunos e estão expostas a riscos evitáveis de morte obstétrica. Apesar disso, ela observa que

as iniciativas recentes para melhorar a saúde materna não têm focado esse público, deixando de abordar de forma abrangente as desigualdades raciais na saúde.

Ao abordar a experiência de Nara (nome fictício), Staphania Klujsza (2019) pontua a existência do racismo na relação entre ela, a mulher negra, e a obstetra branca. Nara define como “com desprezo” a forma como foi tratada. Esse relato reforça os argumentos de Dána-Ain Davis (2019) de que, mais do que violência obstétrica, é o racismo obstétrico que entra em jogo na assistência a mulheres racializadas na não-branquitude; e de Williamson (2021), para quem ele é iatrogênico, ou seja, faz com que a má prática médica provoque alterações patológicas nos pacientes (parturientes e bebês).

De forma diversa, visto que trata sobre necessidades distintas, mas ainda testemunhando do recorte racial da iatrogenia na assistência obstétrica, Raquel Dias-Scopel, Daniel Scopel e Esther Jean Langdon (2017) abordam dificuldades enfrentadas pelos Munduruku do Amazonas no tocante à assistência à gestação, parto e pós-parto, em um contexto de pluralismo médico. Essas dificuldades advêm não apenas das articulações e confrontos entre os saberes indígenas e o modelo médico hegemônico, mas também, dentre outras coisas, relativas aos deslocamentos para exames e procedimentos biomédicos do pré-natal, bem como à ausência de exames sorológicos básicos. Tais desafios são percebidos pelos Munduruku como “exemplo da escassez do recurso biomédico e relacionam-se com a demanda por cidadania e luta por melhores condições de serviços de saúde” (DIAS-SCOPEL; SCOPEL; LANGDON, 2017, p. 209).

Ainda pensando sobre os pontos cegos desta análise, é preciso lembrar da impossibilidade de acessar dados sobre a composição das assessorias dos julgadores. Nem mesmo é possível identificar aqueles que, diretamente, atuaram em cada um dos acórdãos analisados ou nas decisões recorridas. Janaína Dantas Germano Gomes (2021), porém, fornece uma pista ao descrever o fenômeno da “feminização da subordinação” no Judiciário em mais uma faceta. Ela ressalta que, se, dentre os magistrados, como já mencionei, predomina o sexo masculino, dentre os servidores, as mulheres são 60%.

É preciso levar em conta que as minutas de decisões, sentenças e votos são, muitas vezes, escritas por servidores e servidoras, sob as determinações de juízes, juízas, desembargadores ou desembargadoras, todos socialmente marcados por diferentes características. Características essas que podem sugerir pequenos

detalhes ou grandes movimentos do processo. E, como revelado justamente por juízes a Bárbara Lupetti Baptista (2020), durante seu trabalho de campo pesquisando a imparcialidade judicial, “um dos maiores dilemas da atuação dos magistrados está no difícil equilíbrio de viver entre o dever de parecerem imparciais e o fato de serem humanos” (BAPTISTA, 2020, p. 205).

A rigor, a vítima da violência obstétrica é, diretamente, a gestante ou parturiente, havendo a possibilidade de que danos sejam causados, também, ao bebê. Apesar disso, salta aos olhos que, em todos os casos julgados, tenha havido lesão direta ao bebê, ao menos, alegada. Excetuo aqui o caso ao qual se referiam os embargos de declaração, que não mencionam se houve resultado danoso para o neonato, o que pode indicar que, caso tenha ocorrido, não foi algo que chamou a atenção dos magistrados.

O óbito neonatal ou fetal (anterior ao nascimento) ocorreu em cinco dos oito casos. Em um sexto, o bebê sofreu lesão cerebral irreversível. Coincidência ou não, foram esses os casos em que as decisões de segundo grau foram mais favoráveis às autoras, tenham elas julgado (3) ou não (3) o mérito da questão. O único caso em que o sofrimento fetal foi apenas alegado, sem que restasse comprovado, foi aquele em que os desembargadores, dentre eles uma mulher, foram unânimes para concordar com a juíza de primeiro grau em julgar improcedente o pedido de indenização.

Levantei algumas hipóteses para tentar compreender o que esses dados me diziam. A primeira tem a ver com a inteligibilidade social de uma mulher, após um parto ou cirurgia cesariana breves e tendo um bebê sadio – que, como descrito por Aguiar (2010) representa o imaginário coletivo de um bom parto –, assumir a posição de vítima (SARTI, 2011).

Seria legítimo a essa mãe sair da posição dela esperada, em que deve ser forte, que tem de aguentar firme a dor como uma prova de que está pronta para o que lhe espera, e agraciada/agradecida pela dádiva de ter um filho nos braços (AGUIAR, 2010)? E mais, seria legítimo sentir-se vítima de algo realizado por um profissional que, com muita técnica, dedica-se ao cuidado e fez o que fez para salvar ou ajudar a ela e ao bebê, tendo, ao final, dado “tudo certo”? E quanto uma mulher que recebe o chamado “ponto do marido” – uma mutilação genital que consiste em, dando uma ou duas suturas a mais do que as necessárias para reparar o períneo da mulher (geralmente após uma episiotomia), tornar mais estreita, mais “apertada” a entrada da vagina, a fim de, supostamente, aumentar a satisfação sexual do homem parceiro

daquela mulher, mas que, para ela própria, causa dor nas relações sexuais posteriores (LIMA, 2017) –, até que ponto essa mulher-mãe é legitimada a expor sua experiência (e a se expor) buscando reparação pela lesão corporal (extremamente misógina) sofrida?

Há ainda, no imaginário social – e isso não deixa de afetar os membros da magistratura – a ideia de que o parto inclui, sim, certo grau de dor e é um evento do qual não se tem controle. Nesse sentido, parece uma tarefa delicada diferenciar o que é dor natural do que é dor provocada por intervenções, resultante de procedimentos médicos, “dor iatrogênica”, como descrito por Simone Diniz e Ana Cristina Duarte (2004). Mais difícil ainda é identificar um atendimento violento, ainda que não tenha havido, tecnicamente, erro médico, sem que o desfecho tenha sido objetivamente trágico.

Como já afirmado, Luiz Roberto Cardoso de Oliveira (2008) defende que não existiria violência sem agressão moral. Defende, ainda, que ela seja objetiva, de modo que outra pessoa, observando a cena, possa reconhecer sua ocorrência. Como, porém, pode uma mulher demonstrar, ou, mesmo, comunicar esse caráter essencialmente simbólico e imaterial de desconsideração à sua personalidade?

Marcel Mauss (1979) afirma que a forma de manifestação dos sentimentos tem de fazer sentido para o outro, sendo, essencialmente, uma ação simbólica, uma forma de comunicação. A expressão dos sentimentos é um modo de manifestá-los aos outros. Desse modo, uma terceira hipótese, muito ligada às outras duas, é a de que a morte ou lesão corporal grave ao bebê, por ser um fato concreto, que materializa a má assistência recebida, produz um sofrimento que pode ser socialmente demonstrado, inclusive com a articulação da figura da vítima, para que sejam mobilizadas formas de reparação (SARTI, 2011). E é apenas a partir da comunicabilidade social desse sofrimento que é possível a busca da reparação dessa injustiça.

Visualizando esse dado, fiz nova pesquisa jurisprudencial no sistema de consultas do TJMG, de modo semelhante à realizada anteriormente, pelo inteiro teor dos acórdãos, mas agora alterando a chave de busca para “violência neonatal”. É esse o nome técnico para violências infringidas contra os recém-nascidos durante a assistência pediátrica neonatal. Nenhum resultado foi encontrado.

Talvez, a ausência de resultados se dê por ser uma expressão ainda menos conhecida e difundida do que “violência obstétrica”. Lembro que, como deixa claro

Klujsza (2019), alguns grupos ativistas consideram como violência obstétrica também aquelas praticadas contra o bebê nos primeiros momentos de vida e é possível que essa conceituação mais abrangente esteja se consolidando.

Outra possibilidade é que, apesar de contemplar práticas de rotina de procedimentos dolorosos e considerados invasivos, muitas vezes sem indicação precisa, e que têm impactos negativos na amamentação e no desenvolvimento da depressão pós-parto (LANSKY; FIGUEIREDO, 2014), esses danos “mais corriqueiros” sejam menos permanentes, perceptíveis ou comprováveis perante o judiciário.

Na seção a seguir, ajusto uma vez mais o foco para, qualitativamente, analisar cinco dos acórdãos tidos como mais relevantes para o campo, de acordo com a ferramenta de busca que utilizei.

### **3.6 Em busca das sutilezas: cinco acórdãos relevantes para o campo**

Como mencionei no início deste capítulo, em setembro de 1994, Ana Lúcia Pastore Schritzmeyer apresentou sua dissertação ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de São Paulo. Nessa pesquisa, ela estava interessada “em ‘abordar as abordagens’ que os ‘homens da lei’ fazem das curas mágico-religiosas” (SCHRITZMEYER, 2004, p. 17), o que relata ser um interesse incomum tanto à época em que desenvolveu o trabalho quanto quando a ele retornou 10 anos depois, para sua publicação como livro. Aqui, apesar do foco ser bastante diverso das “curas mágico-religiosas”, também pretendo “abordar as abordagens” que os “homens da lei” fazem da violência obstétrica. Inspiro-me, para tanto, na postura adotada por Schritzmeyer no desenvolvimento de sua pesquisa. Tal conduta é assim descrita:

[...] buscamos documentos produzidos por esses homens, a fim de mergulharmos em seu universo mental e dele emergirmos para observar o mundo tal como eles, oficialmente, o viam. Em outras palavras, levantamos as interpretações jurisprudenciais das práticas mágico-religiosas curativas e as interpretamos, nelas tentando identificar seus principais pressupostos e o alcance de suas aplicações. Valemo-nos, para tanto, da tradicional postura antropológica que observa o outro para conhecê-lo e conhecê-lo para entender a lógica pela qual ele dá sentido ao mundo. Deslocamos, porém, a experiência do trabalho de campo antropológico, que põe, frente a frente, observador e observado, para uma experiência de trabalho documental, que distancia carnalmente o estudioso de seu objeto, mas o aproxima de suas representações escritas e de seus ‘rastros’ oficiais. Também refocalizamos o costumeiro olhar antropológico, deslocando-o das vivências do ‘homem comum’ para apurá-lo em relação às idéias dos ‘homens de ciência’ (SCHRITZMEYER, 2004, p. 17).

Com a análise aprofundada dos acórdãos selecionados para esta seção pretendo compreender a lógica pela qual os julgadores dão sentido ao mundo, no que concerne às questões relativas ao parto e ao nascimento, à assistência a ele e às possibilidades de violação a direitos nesse processo. O foco detido em um número reduzido de documentos, quando comparado ao total de acórdãos hoje publicados sobre “violência obstétrica”, busca revelar nuances na construção dos argumentos jurídicos e discursos que fundamentam essas decisões.

Em 13 de novembro de 2022, realizei, na plataforma Jusbrasil, uma pesquisa com a expressão “violência obstétrica”, entre aspas. Esse sistema ordena os julgados de sua busca por jurisprudência de acordo com dois critérios possíveis: “Por Data” ou “Por Relevância”, sendo esta a ordenação padrão. Os motivos que me levaram à escolha dessa ferramenta, bem como as limitações advindas dessa escolha já foram abordadas nas seções 3.1 e 3.2. A análise quantitativa dos dados que obtive a partir das pesquisas com ela, por sua vez, é objeto da seção 3.4.

Apesar de ser possível filtrar, dentre todos os resultados dessa busca, apenas pelos acórdãos, não o fiz. Optei por essa abordagem, em primeiro lugar, para manter uma maior correspondência ideal àquilo que seria encontrado por quem, querendo compreender o entendimento dos Judiciário brasileiro sobre violência obstétrica, buscasse pelo termo no buscador ou por “violência obstétrica jurisprudência” (com ou sem aspas) no Google. Em segundo lugar, não filtrei os resultados pois percebi que, dentre os 10 julgados presentes na primeira página, quando feita a ordenação por relevância, havia apenas 1 que não era acórdão. Tratava-se de uma decisão monocrática relatada pelo Ministro Marco Aurélio Bellizze, do STJ (a única manifestação de um tribunal superior presente nessa página), cujo processo era originário do TJMG (tribunal pelo qual já revelei ter particular interesse, dado meu local de residência e a sede da universidade à qual me filio).

Ao contrário de buscar as íntegras dos processos, decidi acessar os argumentos, provas e fatos a partir da interpretação desenvolvida pelos desembargadores em suas análises, procurando identificar tendências nos processos e no reconhecimento ou não da violência obstétrica alegada. Atento-me, ainda, às pistas que demonstrem os significados atribuídos ao parto e à boa assistência obstétrica, assim como à violência obstétrica.

Observando as ementas dos 10 resultados da primeira página por relevância, percebi, já em um primeiro momento, que, assim como no TJMG, todos os processos

versavam sobre responsabilidade civil. Além disso, todos discutiam a indenização por danos morais, e um aliava esse pedido ao de reparação por danos materiais. Em outras buscas, vi que a ferramenta retorna, sim, processos criminais. Mas parece haver uma prevalência substancial das ações cíveis, especialmente das de reparação civil.

Também como visto no TJMG, as situações julgadas nos processos apresentados nessa primeira página referiam-se, em regra, a eventos que ocorreram a partir da internação para o parto, abrangendo o pré-parto, o parto (ou cesárea) e o pós-parto imediato. Apenas um caso questiona a atenção recebida durante o pré-natal. Não foram identificadas reclamações relacionadas a incidentes ocorridos em outros momentos em que a violência obstétrica também pode ocorrer, como em casos de reprodução assistida ou em consultas de retorno durante o puerpério e nas primeiras semanas do bebê.

De acordo com a origem do processo, são 4 de São Paulo (julgados pelo TJSP); 2 de Minas Gerais (um julgado pelo TJMG e outro pelo STJ); 2 do Rio de Janeiro (julgados pelo TJRJ); 1 do Distrito Federal (julgado pelo TJDFT – incluí em Minas Gerais o processo julgado pelo STJ); e 1 do Amazonas (julgado pelo TJAM). O gráfico abaixo condensa essas informações.

**Gráfico 9 – Dispersão geográfica dos processos apresentados na primeira página na ordenação "por relevância" do Jusbrasil para busca por "violência obstétrica" (realizada em 13/11/2022)**



Fonte: elaboração própria. Sistematização Jusbrasil.

A predominância das ações na região Sudeste, observada na análise panorâmica do cenário, é refletida nesses 10 julgados da primeira página por relevância. Noto, ainda, que, apesar da busca ser pela expressão “violência obstétrica” no inteiro teor dos documentos, todos os resultados da primeira página apresentam-na já na ementa.

Dos 10 julgados, 5 condenam as partes réis a indenizarem as mulheres (3 do TJSP, 1 do TJAM e 1 do STJ/TJMG), em coautoria ou não com bebês e pais, pelo cometimento de violência obstétrica. Outros 5 não reconhecem direito a qualquer indenização (os 2 do TJRJ, 1 do TJSP, 1 do TJMG e 1 do TJDFT).

Quanto à decisão monocrática do STJ, 3ª na lista do Jusbrasil, trata-se, de acordo com o sistema de busca do próprio tribunal, do primeiro caso sobre o tema que chegou ao conhecimento do tribunal. Ou melhor, o primeiro caso que levou o tribunal a proferir uma decisão contendo a expressão “violência obstétrica”. O mérito do recurso, contudo, não é analisado, pois o ministro relator entendeu que o julgamento do recurso exigiria um novo exame do conjunto fático-probatório. Assim como nas demais decisões monocráticas do STJ (que ainda não utilizou o termo em acórdãos),

nesta primeira o relator com base na Súmula 7<sup>31</sup>, conheceu do agravo em recurso especial para não conhecer do recurso especial<sup>32</sup>.

<sup>31</sup> O enunciado da Súmula 7 prevê que: “A pretensão de simples reexame de prova não enseja recurso especial.” (BRASIL, 1990, SÚMULA 7).

Em sua decisão monocrática, o ministro relator recorreu ao precedente abaixo para exemplificar e justificar a aplicação da Súmula 7 ao caso. Na decisão movimentada, o processo se referia a responsabilidade civil por conduta culposa no atendimento a parturiente, o que considerou similar à condenação por danos morais provocados por violência obstétrica e erro médico, fortalecendo seu argumento para negar seguimento ao recurso especial.

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RESPONSABILIDADE CIVIL. ERRO MÉDICO. PARTO. FALECIMENTO DE RECÉM-NASCIDA. CERCEAMENTO DE DEFESA. NÃO OCORRÊNCIA. MAGISTRADO COMO DESTINATÁRIO DAS PROVAS. NEXO CAUSAL. QUANTIFICAÇÃO DO DANO EXTRAPATRIMONIAL. DESPROPORCIONALIDADE. NÃO CONFIGURAÇÃO. REEXAME DE PROVAS. INADMISSIBILIDADE. SÚMULA Nº 7/STJ.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 1973 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. O destinatário final da prova é o juiz, a quem cabe avaliar quanto sua efetiva conveniência e necessidade, advindo daí a possibilidade de indeferimento das diligências inúteis ou meramente protelatórias, em consonância com o disposto na parte final do art. 130 do CPC/1973.

3. A jurisprudência desta Corte é no sentido de que compete às instâncias ordinárias exercer juízo acerca da necessidade ou não de dilação probatória, haja vista sua proximidade com as circunstâncias fáticas da causa, cujo reexame é vedado em recurso especial, a teor da Súmula nº 7/STJ.

4. Para afastar a conclusão do tribunal de origem quanto à responsabilidade do agravante e ao nexo causal, mister se faz a revisão do conjunto fático-probatório dos autos, o que atrai a incidência da Súmula nº 7/STJ.

5. É possível a revisão do montante fixado a título de indenização por danos morais apenas quando irrisório ou abusivo, diante do quadro fático delineado nas instâncias locais, sob pena de afronta à Súmula nº 7/STJ.

6. A quantificação do dano extrapatrimonial deve levar em consideração parâmetros como a capacidade econômica dos ofensores, as condições pessoais das vítimas e o caráter pedagógico e sancionatório da indenização, critérios cuja valoração requer o exame do conjunto fático-probatório.

7. Indenização arbitrada em R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para cada vítima, que não se revela desproporcional.

8. Agravo interno não provido.” (AgInt no AREsp n. 1.249.098/SP, Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 19/6/2018, DJe 27/6/2018).

<sup>32</sup> O recurso especial, assim como o recurso extraordinário, é interposto perante o presidente ou o vice-presidente do tribunal que proferira o acórdão recorrido, para que ele faça uma primeira análise, de admissibilidade, do recurso. Caso ele decida pela inadmissibilidade do recurso especial ou recurso extraordinário, a parte pode agravar dessa decisão. São os chamados Agravo em Recurso Especial (dirigido ao STJ) e Agravo em Recurso Extraordinário (dirigido ao STF). Esse agravo será processado e julgado pelo STJ ou STF, respectivamente, de modo que o recurso que fora inadmitido possa ser reanalisado e tenha a chance de ser devidamente apreciado. O ministro relator do agravo, então, avalia sua pertinência e, caso considere que é possível admitir o recurso especial ou o recurso extraordinário, levará a matéria a julgamento colegiado. Caso, julgando o agravo, considere não ser cabível, de fato, recurso especial ou extraordinário, o agravo é conhecido e não é provido. Ou seja, é negada a apreciação do recurso principal. O agravo em recurso especial ou extraordinário está previsto no Art. 1.042, do Código de Processo Civil (CPC), cujo *caput* afirma: “Art. 1.042. Cabe agravo contra decisão do presidente ou do vice-presidente do tribunal recorrido que inadmitir recurso extraordinário ou recurso especial, salvo quando fundada na aplicação de entendimento firmado em regime de repercussão geral ou em julgamento de recursos repetitivos” (BRASIL, 2015, art. 1.042). No precedente citado pelo relator, reproduzido na nota supra, a decisão do relator no agravo em recurso especial, foi impugnada via agravo interno, que leva a questão sobre admissibilidade do recurso especial a julgamento pelo órgão colegiado. O agravo interno está previsto no art. 1.021, do CPC, cujo *caput* afirma: “Art. 1.021. Contra decisão proferida pelo relator caberá agravo interno para o respectivo órgão colegiado, observadas, quanto ao processamento, as regras do regimento interno do tribunal.” (BRASIL, 2015, art. 1.021). O fato de ser uma decisão em agravo interno, portanto,

De posse desses dados e após uma leitura exploratória e analítica de cada um dos documentos, selecionei 5 para serem aprofundados aqui, três que reconhecem o direito à indenização por violência obstétrica e 2 que não o reconhecem. Levei em conta a complexidade com que o caso foi tratado, a diferença entre os acórdãos em temas e argumentos, visões e interpretações sobre o conjunto probatório e normas. Considerei, também, a origem geográfica dos casos, privilegiando os oriundos de Minas Gerais.

Assim, selecionei para compor a amostra:

- o primeiro acórdão proferido pelo TJMG com a expressão, que apareceu em 10º na lista do Jusbrasil;
- o acórdão do TJAM, apresentado em 6º lugar na lista do Jusbrasil, que trata da diferenciação entre violência obstétrica e erro médico;
- o acórdão do TJSP que, aparecendo em 7º lugar na lista de resultados, é, inclusive, referenciado pelo primeiro resultado, cujos fatos são relativamente similares;
- o acórdão do TJRJ que aparece em 5º lugar na lista e trata da questão da cesariana não consentida; e
- o acórdão proferido pelo TJMG que, após recorrido, ensejou a decisão monocrática do STJ, apresentada em 3º lugar da lista.

Início este mergulho com aquele acórdão que é o mais antigo dentre os apresentados na primeira página por relevância do Jusbrasil. Cronologicamente, foi o primeiro no TJMG a trazer a expressão “violência obstétrica” em seu inteiro teor e o único do tribunal a fazê-lo já na ementa. Ele o faz conceituando-a e falando da possibilidade de gerar dever de indenizar. Trata-se de apelação referente a um processo de 2014 e julgada em 2016:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. PRELIMINAR. VIOLAÇÃO DO PRINCÍPIO DA IDENTIDADE FÍSICA DO JUIZ. ART. 132 DO CPC. INOCORRÊNCIA. PRELIMINAR REJEITADA. RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA. ERRO MÉDICO. HOSPITAL. RESPONSABILIDADE SUBJETIVA. **ALEGAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR.** NÃO COMPROVAÇÃO. RECURSO IMPROVIDO. SENTENÇA MANTIDA.

- O princípio da identidade física do juiz comporta mitigações, dentre elas, conforme construção pretoriana, a atuação do juiz em substituição, de forma a promover a celeridade processual.

- Discutida a responsabilidade civil por erro supostamente ocorrido em procedimento de parto, é aplicável tanto ao médico, quanto ao hospital, o regime de responsabilidade subjetiva, entendimento consolidado do Superior Tribunal de Justiça e defendido por parte relevante da doutrina.

**- A violência obstétrica é o conjunto de atos desrespeitosos, comissivos**

---

fortalece o argumento de negar seguimento ao recurso especial, uma vez que o precedente fora proferido por órgão colegiado, no caso, a Terceira Turma do STJ.

**e omissivos, abusos e maus-tratos que negligenciam a vida e o bem-estar da mulher e do bebê. Ofende direitos básicos de ambos, como a dignidade, saúde, integridade física e autonomia sobre o próprio corpo, configura ato ilícito e é passível de indenização por dano moral.**

- Consoante regra do artigo 333 do CPC/73, cabe ao autor provar o fato constitutivo de seu direito e, ao réu, fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor. Por consectário, alegado o inadimplemento de obrigações contratuais relativas ao pagamento de determinado valor, incumbe ao autor demonstrar a existência da avença que vincula credor e devedor (MINAS GERAIS, 2016, grifo meu).

Nesse caso, de acordo com o voto do relator, a mulher alegava ter sofrido agressões verbais e ficado mais de 12 horas em trabalho de parto, antes que o médico decidisse realizar a cesárea. Isso teria feito com que seu filho entrasse em sofrimento fetal, razão pela qual nascera sujo de fezes. Na sentença, a juíza de primeiro grau havia negado provimento ao pedido inicial de indenização.

A primeira discussão foi de cunho processual, relativo ao princípio da identidade física do juiz. A questão é que o juiz que presidiu a audiência de instrução, em que falaram a depoente, irmã da autora, e a testemunha, o médico coordenador do setor de obstetrícia no dia dos fatos, foi diferente da juíza que sentenciou o processo, atuando em substituição. Para a autora, essa mudança entre quem ouvira os fatos e quem decidiu a causa feriria o princípio da identidade física do juiz, relacionado ao princípio da oralidade e pedia, por isso, que a sentença fosse anulada.

A turma, contudo, considerou que tal princípio pode ser mitigado, inclusive na hipótese dos autos, em que as inquirições foram “reduzidas a termo”<sup>33</sup>. Tal decisão lembra a reflexão promovida por Bárbara Lupetti Baptista (2008) de que a oralidade é expropriada pelo Estado, impondo uma verdade produzida por escrito, na sentença. Neste caso, apesar de ter havido um momento de participação oral das partes no processo, as provas produzidas nesse momento foram “reduzidas” ao seu registro escrito.

Passando para o debate sobre o mérito, em uma frase repleta de jargões jurídicos, a questão é apresentada: “*Circa meritum causae*, cinge-se a controvérsia recursal ao exame da conduta de prepostos das Rés, que, segundo a Autora, praticaram ato ilícito consubstanciado em violência obstétrica” (MINAS GERAIS, 2016, p. 6). Pelo fato de o hospital ser vinculado ao plano de saúde da autora, o relator,

---

<sup>33</sup> Essa expressão, utilizada quando uma declaração oral é registrada em forma escrita, muito diz do que é feito nessa transposição. Se a fala se alia a imagens, gestos, sons, cheiros e nuances, imprecisões, comunicacionais, perceptíveis apenas no contexto da cena, a escrita se reduz às palavras.

seguido por seus pares, reconheceu a aplicabilidade à causa do Código de Defesa do Consumidor, o que impacta o regime de responsabilidade da instituição.

A partir daí, seria necessário verificar se o dano afirmado deriva de conduta médica ou de falha na prestação de serviço diverso, como hotelaria ou enfermagem. Neste caso, não é necessária comprovação de culpa do agente causador do dano, a responsabilidade é considerada objetiva. Mas, caso decorrente de conduta médica, a responsabilidade é subjetiva, devendo ser demonstrada culpa do agente.

São apresentados, então, posicionamentos doutrinários e jurisprudenciais sobre erro médico, afirmando que a obrigação desse profissional é de meio, não de fim (exceto em cirurgias plásticas embelezadoras). A obrigação do médico é, de acordo com tais referências cuidar do paciente, não o curar, fazendo isso com adequação e o melhor que a Medicina puder oferecer e mantendo-se atualizado.

A interpretação do relator é, então, de que “no caso dos autos, o alegado *erro médico* se consubstancia em *violência obstétrica*” (MINAS GERAIS, 2016, p. 16, grifos meus). É explicitada, assim, a compreensão de que a “violência obstétrica” é uma espécie do gênero “erro médico”.

Além de definir, nesse primeiro julgamento em colegiado do TJMG em que se discutiu o tema aliado ao conceito, o desembargador relator reconheceu que a violência obstétrica configura ato ilícito que enseja a possibilidade de indenização pelo dano moral sofrido.

A questão da violência obstétrica vem ganhando relevo no cenário nacional, na medida em que estudos sobre o tema (cujos resultados podem ser vistos nos documentos juntados pela Autora - f. 71/80-TJ) revelam a naturalização de procedimentos médicos que, ao contrário de “naturais”, ofendem direitos básicos da mulher, notadamente sua dignidade, saúde, integridade física e autonomia sobre o próprio corpo.

O expediente pode ser definido como o conjunto de atos desrespeitosos - comissivos e omissivos -, abusos e maus-tratos que negligenciam o bem-estar e a vida da mulher e do bebê. Como exemplos, citam-se o tratamento desumanizado, o uso excessivo de medicamentos e a adoção de procedimentos não discutidos com a gestante durante a gestação, o parto e o abortamento (MINAS GERAIS, 2016, p. 17).

Tal interpretação é baseada, pelo explicitado no voto, na Declaração da OMS pela prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde (OMS, 2014) e no projeto de lei nº 7.633/2014, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências (BRASIL, 2014). De autoria do ex-deputado Jean

Wyllys (PSOL/RJ), esse projeto de lei segue em tramitação na Câmara dos Deputados.

Com o reconhecimento da relevância do tema e do seu interesse jurídico, o relator foi seguido pelos outros dois membros da câmara, uma mulher e um homem. Mas negaram provimento ao recurso. Entenderam não terem ficado provados, nem o sofrimento fetal supostamente derivado de condutas médicas em desalinho procedimental, nem as agressões verbais que a autora relatava ter sofrido.

As provas, tidas como precárias pelos julgadores, incluíam relatórios médicos, o depoimento da irmã da autora que fora sua acompanhante (ouvida independente de compromisso, justamente por ser irmã) e do médico que realizara a cesariana, além de algumas notícias que ajudariam a compreender em que consiste a violência obstétrica. Não é possível afirmar se essa descrição geral da atenção ao parto seja algo observável em todo o processo ou apenas um distanciamento promovido pelo próprio desembargador, mas não há especificação, nesse acórdão, do chamado “tratamento degradante” com o qual a autora alegou ter sido recebida pela equipe médica.

Em apenas dois momentos há menção ao momento anterior à opção pela via cirúrgica, e não é possível saber como ela foi atendida nas cerca de 12 horas em que ficou internada em trabalho de parto. O primeiro retoma a alegação da inicial: “Apesar da *dificuldade e sofrimento*, afirma que os médicos insistiram com o procedimento de parto normal, substituído por cesariana apenas após aproximadamente 12 horas contadas do ingresso no hospital” (MINAS GERAIS, 2016, p. 16-17, grifo meu). Já o segundo resume o relato da irmã da autora, em seu depoimento: “Afirmou a depoente que o atendimento médico foi inadequado, tendo em vista os *inúmeros percalços ocorridos até que se procedesse à cesárea*” (MINAS GERAIS, 2016, p. 18, grifo meu). Não é possível depreender o que a autora e a depoente entendiam por “dificuldade e sofrimento” e “inúmeros percalços”, respectivamente. Essas expressões não parecem ser adequadas à descrição das agressões verbais que ela teria ouvido.

Como testemunha, falou o médico que coordenava o setor de obstetrícia do hospital no dia dos fatos e que realizou a cesárea. Ele disse não houve complicações no procedimento, não se lembrava se o bebê nascera sujo e que, tal fato, se tivesse ocorrido, não seria indicativo, por si mesmo, de sofrimento fetal. Sustentou, ainda, ser comum a duração de um trabalho de parto normal de até 12 horas (MINAS GERAIS, 2016).

Ao final da dilação probatória, para a juíza de primeiro grau e para o relator do recurso no tribunal, o único fato alegado pela autora que restou comprovado foi o tempo de internação de 12 horas antes da decisão pelo nascimento cirúrgico. E o testemunho do médico responsável pelo procedimento foi suficiente para convencer os julgadores de que esse tempo não indicaria anomalia na atenção pré-parto.

De fato, como exemplifica o parto da Polly, cujo relato é abordado na seção 2.3.1 e que teve a duração de três dias, o tempo de trabalho de parto não necessariamente indica a necessidade de se realizar uma intervenção para acelerá-lo, mas os sinais vitais da parturiente e do bebê. Mas há uma média de duração do trabalho de parto, que, na primeira gestação, é de 12 a 18 horas, e, nas subsequentes, geralmente de 6 a 8 horas (ARTAL-MITTELMARK, 2021).

No caso julgado nesse acórdão não é tratada, por outro lado, a justificativa para a realização da cesariana. Havia alguma indicação clínica que levou a equipe a recomendar a cirurgia? Foi a pedido da autora, já exausta pela “dificuldade e sofrimento” até ali? Será que a parturiente teve acesso a métodos de alívio da dor, farmacológicos ou não? Havia monitoramento dos sinais vitais dela e de seu bebê? Havia uma comunicação adequada entre a equipe e ela? Assim como os contornos do atendimento recebido pela autora no hospital réu, a explicação sobre os motivos que fundamentaram a operação cesárea escapa ao documento, e não há pistas para acreditar que ela tenha sido questionada ao longo do processo.

Apesar de aparentemente convencidos da existência de tal problema de saúde pública, o mesmo não ocorreu quanto à existência de condutas que, no caso concreto, configurariam sua ocorrência. A dificuldade da autora de comprovar, nesse caso, os fatos que configurariam a violência que ela entende ter sofrido relaciona-se, possivelmente, à dificuldade que Cardoso de Oliveira (2008) afirma existir em se traduzir em evidências materiais o insulto moral.

Uma diferença importante para o convencimento pode se dar por uma dificuldade geralmente enfrentada pelas mulheres em ações de violência obstétrica: a falta de testemunhas. Seu acompanhante (quando esse direito é respeitado) é, em regra, pessoa próxima à parturiente, impedida de ser ouvida como tal, pelo art. 447, §2º, I, §4º e §5º, do Código de Processo Civil<sup>34</sup>. Os demais presentes são, geralmente,

---

<sup>34</sup> Art. 447. Podem depor como testemunhas todas as pessoas, exceto as incapazes, impedidas ou suspeitas.  
§ 2º São impedidos:

funcionários do equipamento de saúde. Tendo sido acompanhada por sua irmã, parente colateral de 2º grau, a autora pôde contar com as palavras de alguém que foi ouvida sem prestar compromisso, o que reduz o valor desse depoimento. Por outro lado, o próprio médico cujas condutas eram objeto de análise (visto que a responsabilização subjetiva do hospital dependia da demonstração de culpa do profissional) depôs como testemunha no processo.

Participando do II Congresso Nascer Direito (2020), ouvi de uma advogada<sup>35</sup> muito atuante em matéria de violência obstétrica que, nesses casos, as peças não eram “personalizadas”, elas eram “artesanais”. Dizia, com isso, que não é possível seguir um modelo de atuação e apenas adaptá-lo às especificidades de cada história, mas, dadas a multiplicidade de fatos que podem caracterizar as violações, tais como: o conjunto probatório, às vezes escasso, às vezes excessivamente vasto; as normas e protocolos que variam de um equipamento de saúde para outro e a depender da conduta praticada; e o conhecimento técnico que é parte de um saber localizado em um ramo do conhecimento alheio ao Direito – e digno de igual autoridade –, é delicada a função de demonstrar que de condutas praticadas pela assistência obstétrica decorreram danos.

Imagem similar é invocada por promotor de justiça, que, explicando seu ofício na acusação no tribunal do júri para Ana Lúcia Pastore Schritzmeyer (2007), conta que, na impossibilidade de reproduzir fielmente o passado, colhe os seus fragmentos em provas e, com eles, faz uma espécie de poesia.

O segundo caso sobre o qual me debruço foi julgado mais recentemente, em 2021, pelo TJAM. Trata-se de uma apelação interposta pela mulher, representada por uma defensora pública do Estado do Amazonas, contra o Estado do Amazonas, representado por procurador do estado.

RECURSO DE APELAÇÃO. PROCESSO CIVIL. DIREITO ADMINISTRATIVO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS POR ERRO MÉDICO. PRELIMINARMENTE. IMPUGNAÇÃO DO PERITO.

---

I - o cônjuge, o companheiro, o ascendente e o descendente em qualquer grau e o colateral, até o terceiro grau, de alguma das partes, por consanguinidade ou afinidade, salvo se o exigir o interesse público ou, tratando-se de causa relativa ao estado da pessoa, não se puder obter de outro modo a prova que o juiz reputar necessária ao julgamento do mérito;

§ 4º Sendo necessário, pode o juiz admitir o depoimento das testemunhas menores, impedidas ou suspeitas.

§ 5º Os depoimentos referidos no § 4º serão prestados independentemente de compromisso, e o juiz lhes atribuirá o valor que possam merecer.

<sup>35</sup> Informação oral conferida por Ruth Rodrigues no II Congresso Nacional Nascer Direito: “enfrentamento à violência obstétrica”, realizado online, entre 14 e 18 de setembro de 2020.

INOVAÇÃO RECURSAL. PRECLUSÃO CONSUMATIVA. PRELIMINAR REJEITADA. ALEGAÇÃO DE ERRO NO ATENDIMENTO. INEXISTÊNCIA DE ATO PRATICADO COM NEGLIGÊNCIA, IMPERÍCIA OU IMPRUDÊNCIA. PREVALÊNCIA DA CONCLUSÃO DO LAUDO PERICIAL. FALECIMENTO DECORRENTE DE CAUSAS NATURAIS. IMPOSSIBILIDADE DE IMPUTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. IRONIZAÇÃO DE PACIENTE AO MOMENTO DO ATENDIMENTO MÉDICO. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

1. O Código de Processo Civil estipula no art. 465, § 1º que nos 15 (quinze) dias posteriores à intimação do despacho de nomeação do perito, compete às partes arguir o seu impedimento ou a suspeição, a qual ocorre na primeira oportunidade de falar nos autos, sob pena de preclusão.

2. Muito embora o art. 436 do CPC disponha que o juiz não está adstrito ao laudo pericial, podendo formar a sua convicção com outros elementos ou fatos provados nos autos, não restam dúvidas, no presente caso, da ausência do dano ilícito por parte do Estado do Amazonas, posto que os seus agentes procederam de acordo com o disposto na literatura médica, fazendo o possível para que tanto o feto quanto a mãe recebessem um atendimento de qualidade.

3. Se a parte busca o atendimento hospitalar sem apresentar quaisquer sintomas de anormalidade no estado gravídico e com os exames dentro da normalidade, não há indicativo de que houve erro médico no protocolo de atendimento, sobretudo porque a única queixa da paciente ao momento da entrada na unidade hospitalar é a ausência de movimentação do feto, o que indica o falecimento do mesmo antes do atendimento hospitalar. Prevalência da conclusão do laudo pericial.

4. As alegações da parte de que sofreu violência obstétrica psicológica restou incontroversa nos autos, ante a inexistência de produção de contra-argumentação/prova pelo Estado do Amazonas, o que ocasiona a presunção da matéria fática, na forma do art. 374, IV, do CPC.

5. A realização de chacotas e ironias com mulheres que buscam atendimento no pré-natal ou ao momento do parto configura violência obstétrica, sendo essa considerada "negação de tratamento durante o parto, humilhações verbais, desconsideração das necessidades e dores da mulher, práticas invasivas, violência física, uso desnecessário de medicamentos, intervenções médicas forçadas e coagidas, detenção em instalações por falta de pagamento, desumanização ou tratamento rude" entre outras causas. [36]

6. O parto humanizado é direito fundamental e visa proteger a mulher durante a gestação, pré-parto e puerpério, bem como se destina à erradicação da violência obstétrica. As mulheres tem pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação.

7. E essa violência psicológica, tal como a sofrida pela Apelante, coloca a mulher em posição constrangedora e muitas vezes traumatizantes, não podendo sequer reagir em virtude da sua posição de submissão à necessidade do tratamento terapêutico. (AMAZONAS, 2021, p. 1-2).

Considerando a perspectiva de gênero e o “lugar de julgamento” que Lisandra Moreira (2020) defende ser preciso observar, este caso tem a característica de ter sido julgado, em primeiro grau, por uma juíza, e, em segundo grau, por duas desembargadoras e dois desembargadores. Busquei no site do TJAM outras informações sobre a composição da câmara, pois, no acórdão, não há menção aos

---

<sup>36</sup> No decorrer do voto, a relatora afirma que tal definição foi extraída do documento *Obstetric violence*, elaborado pela organização não governamental Women’s Global Network for Reproductive Rights (WGNRR) em 2015.

demais desembargadores que julgaram o acórdão, apenas à relatora e a uma integrante da Câmara que apresentou voto vista. O órgão colegiado que julgou esse processo, a Primeira Câmara Cível do TJAM, é composta por três homens e duas mulheres, as duas que se manifestaram neste caso. Além disso, o laudo pericial também foi elaborado por uma mulher e o Ministério Público do Estado do Amazonas (MPAM) foi representado por uma procuradora. Trata-se de um processo, portanto, em que se manifestaram, majoritariamente, mulheres.

De acordo com o relatório do caso, a ação foi proposta objetivando reparação de danos morais sofridos em razão de ausência de devido auxílio e descaso dos prepostos do Estado do Amazonas durante atendimento pré-natal, o que teria ocasionado o falecimento de seu filho, ainda no útero. De acordo com o laudo pericial judicial, os protocolos adotados pelos profissionais que atenderam a apelante foram adequados. A juíza, então entendeu não haver nexo de causalidade entre o dano (morte do bebê) e o suposto ato ilícito. Por esse motivo, a sentença julgou o pedido totalmente improcedente.

A apelação defendia, preliminarmente, a anulação da sentença em função de suposta parcialidade da perita; e, no mérito, que o laudo pericial não seria apto a elidir sua pretensão, que o Estado tem responsabilidade objetiva, e que estava evidente a ocorrência de dano moral indenizável, com a violência obstétrica. Pedia, ainda, o pagamento de honorários sucumbenciais em favor da Defensoria Pública do Estado do Amazonas (DPE/AM).

Em contrarrazões de apelação, o Estado do Amazonas insistiu pela manutenção da sentença, afirmando que a arguição de suspeição da perita deveria ter sido realizada anteriormente; que, não havendo comprovado nexo de causalidade entre os atendimentos médicos e o óbito do nascituro (o bebê ainda não nascido), estava correta a sentença; e a impossibilidade de pagamento de honorários sucumbenciais em favor da DPAM.

A procuradora do MPAM apresentou parecer em que se manifestava pelo conhecimento e não provimento do recurso, ou seja, pela manutenção da sentença que negara totalmente o pedido de indenização.

Também a relatora do recurso entendeu que não havia configuração de erro médico.

A magistrada acolheu o argumento da defesa de que houve extemporaneidade na impugnação à perita, que deveria ter sido feita 15 dias após a intimação do despacho de sua nomeação, o que não ocorrera no caso.

Voltando-se à análise dos fatos, a desembargadora afirmou não ser possível infirmar que foram as condutas praticadas pelos prepostos do Estado do Amazonas que ocasionaram o falecimento do feto.

Ponderei para chegar a esta conclusão, que a Apelante aduziu que teria ido até a Maternidade Balbina Mestrinho, uma vez que já estava com 09 meses de gestação, pretendendo se internar e realizar o parto, no dia 24/03/2014, oportunidade em que a médica plantonista constatou que o colo do útero ainda estava fechado, quando perguntou pelo interesse na laqueadura, uma vez que se tratava de seu 3º filho, tendo retornado no dia seguinte, (25/03/2014), para buscar a documentação necessária para a realização do referido procedimento.

No dia seguinte, dia 26/03/2020, após se sentir mal, procurou novamente a maternidade, oportunidade em que a médica plantonista afirmou que ainda não seria hora do parto, devendo aguardar a 40ª semana. Pela tarde, retornou ao hospital quando foi constatado o falecimento do nascituro. (AMAZONAS, 2021, p. 5-6).

Ou seja, por três vezes a mulher buscou o serviço de saúde e, apenas na quarta vez, a constatação foi de falecimento do bebê que esperava. O entendimento da magistrada de que não teria havido erros nesse atendimento baseia-se na regularidade do atendimento laboratorial e regularidade do procedimento médico, atestada na perícia.

Nos momentos anteriores à constatação do óbito fetal, a gestante chegou à unidade de saúde “andando, calmamente, orientada, sem febre, com funções fisiológicas presentes, negando ser diabética ou hipertensa” (AMAZONAS, 2021, p.9). Sua reclamação nesse momento não era de dor, mas por não sentir seu filho se mexer, um sinal de preocupação com a vitalidade do bebê. Para a relatora, é “relevante apontar que o falecimento do filho da Apelante não ocorreu por hipertensão ou qualquer doença preexistente, mas por anoxia intrauterina (sufocamento intrauterino)” (AMAZONAS, 2021, p.10). O posicionamento da relatora no que se refere à inexistência de erro médico na atenção pré-natal encontra bastante amparo no laudo pericial.

Subsidiando a regularidade do procedimento médico, consta nos autos perícia judicial, a qual ponderou a regularidade do atendimento laboratorial, entendendo que não havia nenhum fato que desabonasse as condutas médicas dos obstetras e que a deficiência no acompanhamento do pré-natal contribuiu para a não verificação do quadro de hipertensão, bem como a parte ora Agravante recusou a receber o “exame de toque”, o qual seria importante para verificar as condições de parto (AMAZONAS, 2021, p. 6).

Há nesse acórdão uma marca incomum. O debate entre julgadoras está registrado e resumido textualmente. A relatora retoma, em seu próprio voto, o proferido por outra desembargadora que compõe a Primeira Câmara Cível do TJAM, após pedir vistas do processo. Não há publicação, no acórdão, desse voto que, aparentemente, divergiu do inicialmente proferido pela relatora. O que parece ter havido é modificação do voto da relatora, para dialogar com os apontamentos feitos pela vogal.

A vogal inicia questionando o fato de, apesar de o magistrado não estar adstrito ao laudo pericial, este ter assumido “inconteste valor probatório, servindo como único pilar para afastar o nexo de causalidade entre o atendimento médico e o falecimento do nascituro” (AMAZONAS, 2021, p. 8). Para a vogal, a partir de precisa análise dos documentos presentes nos autos, seria possível chegar a conclusão diversa daquela apresentada pela relatora. Segundo ela, o laudo seria contraditório, uma vez que afirma tanto que a negligência na realização de pré-natal foi um fator importante para a morte do nascituro quanto que o pré-natal teria sido acompanhado de forma satisfatória.

Em resposta a esse questionamento, a relatora afirma ser possível interpretar o laudo pericial de modo a dar-lhe coerência interna. Ela entende que a perita informava que a gestante não buscara as consultas mínimas necessárias a um pré-natal satisfatório – o que teria contribuído para a não verificação do quadro de hipertensão –, mas que, quando procurado com tal intuito, o Poder Público teria prestado um atendimento adequado.

Seguindo o debate com a vogal, que entende haver nexo causal entre a negligência na realização de atendimentos e exames mais complexos mais celeremente e o óbito do nascituro, chamo a atenção ao verbo *dicendi* escolhido para introduzir o argumento.

Em segundo momento, o voto divergente apresentado *infern*e que a falta de realização de exames mais aprofundados nos dias 24 e 26 de março de 2014 ocasionaram o óbito do feto pela Apelante, afirmando que se estes tivessem sido realizados “possivelmente o resultado seria outro, na medida em que seria possível descobrir qualquer intercorrência com o feto e realizar o parto a tempo de salvar-lhe a vida”. (AMAZONAS, 2021, p. 9, grifo meu).

A apresentação desse argumento como uma “inferência” acentua a incerteza da conclusão à qual a vogal chegara, postura relevante para justificar a manutenção do posicionamento da relatora quanto à inexistência de nexo causal comprovável.

Fortalece tal posicionamento a não comprovação do comparecimento da gestante à unidade hospitalar em 24 de março de 2014, mas somente a pré-natal no dia 24 de agosto de 2013. Para a magistrada, inclusive,

A ausência de consultas pré-natais efetivamente prejudicaram [sic] o acompanhamento da formação do feto, na medida que poderia ter sido possível verificar anteriormente a posição que o mesmo se encontrava e, caso fosse preciso, interceder para que o cordão umbilical não enrolasse no seu pescoço (AMAZONAS, 2021, p. 10).

O fato de o cordão umbilical estar enrolado no pescoço do bebê não foi mencionado em qualquer outro trecho do acórdão. Desse modo, não posso afirmar se há alguma referência a isso na perícia, na ultrassonografia ou no prontuário médico. Da mesma forma, não é possível identificar se a correlação entre essa condição e a causa da morte do bebê é feita em algum desses instrumentos probatórios, pelas partes, pela juíza de primeiro grau ou se é a própria desembargadora que, baseando-se no difundido mito da circular de cordão capaz de enforcar o bebê, associou a anoxia intrauterina a essa circunstância.

Revisando a literatura em busca das melhores evidências disponíveis sobre indicações de cesárea, Alex Souza, Melania Amorim e Ana Maria Porto (2010) apresentam a circular de cordão como uma condição frequentemente associada com cesariana, sem respaldo científico para tanto. Eles afirmam que, em razão da constante movimentação fetal, que pode levar a que se façam e desfaçam circulares até o momento do parto, não há nenhum ensaio clínico randomizado a fim de avaliar via de parto na presença de circular de cordão com uma ou mais alças (mesmo porque a acurácia da ultrassonografia para predição de circular é baixa, afirmam). Trata-se de um evento presente em 20 a 37% dos bebês ao nascimento.

Estudos observacionais têm demonstrado que uma única circular durante o trabalho de parto não se associa com piora do prognóstico perinatal. Em um estudo com 11.748 mulheres, a taxa de circulares ao nascimento foi de 33,7% a termo e 35,1% pós-termo. Desacelerações intraparto foram mais frequentes na presença de circular de cordão, e eliminação de mecônio foi aumentada apenas nos casos de gestações pós-termo com múltiplas circulares. Alterações de gasimetria foram mais frequentes em bebês com circular de cordão, porém, não houve aumento dos escores de Apgar [medida da vitalidade dos bebês ao nascer, podendo variar de 0 a 10, sendo 7-10 uma pontuação de boa vitalidade, 4-6 um indicador de asfixia moderada e 0-3 indicativo de asfixia grave] menores que sete nem das admissões em UTI neonatal. Os autores concluem afirmando que a presença de circular cervical não influencia o manejo clínico nem o prognóstico perinatal, e que não é necessário pesquisar circular de cordão pela ultrassonografia no momento da admissão por trabalho de parto (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010, p. 511).

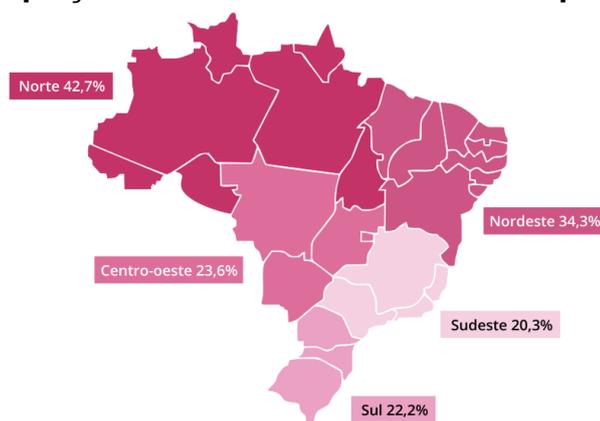
Os autores encontraram, por outro lado, evidências de que, na presença de múltiplas circulares ou uma circular apertada com cordão curto, poderia haver maior risco de desaceleração da frequência cardíaca fetal (FCF), e outros estudos que indicam não haver associação entre múltiplas circulares e prognóstico neonatal adverso (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010). Em seu blog de divulgação científica, contudo, Melania Amorim (2012), uma das autoras daquele estudo explica que as

[...] alterações da FCF ocorrem não porque o bebê esteja se ‘enforcando’, mas porque podem existir circulares apertadas – e isso teoricamente em qualquer circular, não apenas nas circulares cervicais – e daí, durante a contração uterina, reduz-se o fluxo sanguíneo para o bebê e resultam as chamadas desacelerações ‘umbilicais’ ou ‘variáveis’. Aliás, essas desacelerações variáveis podem ocorrer com ou sem circular, por compressão do cordão, por exemplo, como em casos de oligo-hidrânio [volume de líquido amniótico abaixo do esperado para a idade gestacional], ou cordão curto (AMORIM, 2012).

Como, nesse caso, a gestante não teria entrado em trabalho de parto, e sequer estava se queixando de dores, não se configura essa situação em que a contração uterina poderia reduzir o fluxo sanguíneo para o bebê em casos de circular apertada (laçasse o cordão o pescoço, o tórax ou os membros dele).

Desse modo, a partir da leitura do acórdão, não é possível compreender o que teria causado a anoxia intrauterina que provocou a morte do bebê da autora. É possível, sim, que um pré-natal adequado tivesse permitido conduzir o caso a um desfecho mais feliz. É impossível, nesse contexto, deixar de relacionar tal reflexão ao dado apresentado pela pesquisa *Nascer no Brasil*. Apesar da crescente cobertura da assistência pré-natal observada desde 1990, com valores superiores a 90% em todas as regiões do país, muitas gestantes ainda encontram dificuldade para realizar o mínimo de 8 consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde.

#### Gráfico 10 – Inadequação do número de consultas de pré-natal (por região)



Fonte: ENSP-Fiocruz, 2019.

A pesquisa demonstra que, apesar de cerca de 90% das gestantes realizarem pré-natal no Brasil, grande parte o faz ainda de forma inadequada, especialmente no que se refere ao número de consultas. O início precoce, anterior à 12ª semana gestacional, do cuidado pré-natal é outro importante desafio.

E a Região Norte do país, onde se desenrolaram os fatos julgados no único processo do corpus de análise qualitativa ou quali quantitativa desta pesquisa a questionar fatos ocorridos no atendimento pré-natal, é a que, de acordo com Rosa Maria Soares Madeira Domingues *et al.* (2015), apresenta as mais baixas taxas de adequação dos componentes dessa fase da assistência obstétrica.

**Tabela 4 – Adequação dos componentes da assistência pré-natal segundo características maternas, Brasil, 2011 a 2012**

Característica materna	Início precoce <sup>a</sup> (%)	<i>P</i> <sup>b</sup>	Adequação consultas <sup>c</sup> (%)	<i>P</i> <sup>b</sup>	Adequação exames <sup>d</sup> (%)	<i>P</i> <sup>b</sup>	Orientação maternidade (%)	<i>P</i> <sup>b</sup>
Região								
Norte	39,1		55,5		46,7		50,6	
Nordeste	49,2		63,8		49,0		53,6	
Sudeste	58,2	< 0,001	80,5	< 0,001	69,6	< 0,001	62,2	0,003
Sul	57,5		78,0		76,0		64,3	
Centro-Oeste	52,5		71,8		69,3		57,0	
Idade (anos)								
< 20	42,8		63,8		57,7		52,1	
20 a 34	56,4	< 0,001	75,1	< 0,001	63,7	< 0,001	60,7	< 0,001
≥ 35	57,2		78,8		68,0		60,1	
Cor da pele								
Branca	59,9		79,3		70,5		63,0	
Parda	51,5	< 0,001	70,4	< 0,001	59,4	< 0,001	57,2	< 0,001
Preta	45,6		68,2		57,9		55,8	
Escolaridade (anos)								
Até 8	42,9		59,6		53,3		52,4	
9 a 11	52,1	< 0,001	71,9	< 0,001	61,8	< 0,001	57,1	< 0,001
≥ 12	61,4		82,2		69,5		64,2	
Classe econômica								
A + B	62,5		83,1		71,7		65,6	
C	55,5	< 0,001	75,5	< 0,001	65,7	< 0,001	59,3	< 0,001
D + E	42,9		59,6		49,5		52,6	
Trabalho								
Sim	60,8	< 0,001	80,8	< 0,001	67,4	< 0,001	63,1	< 0,001
Não	49,4		68,4		60,1		56,4	
Serviço pré-natal								
Público	51,6		70,8		60,6		56,5	
Privado	60,3	< 0,001	80,5	< 0,001	70,0	< 0,001	66,5	< 0,001
Companheiro								
Sim	42,9	< 0,001	65,3	< 0,001	60,4	0,42	57,8	0,403
Não	56,3		75,0		63,5		59,2	
Paridade								
Primípara	58,7	< 0,001	78,1	< 0,001	66,1	< 0,001	59,7	0,309
Múltipara <sup>e</sup>	49,4		68,8		60,0		58,4	
Total	53,9		73,2		62,9		58,7	

<sup>a</sup> Início da assistência pré-natal até a 12ª semana gestacional.

<sup>b</sup> Teste estatístico do qui-quadrado.

<sup>c</sup> Adequação segundo calendário mínimo de seis consultas adaptado para a idade gestacional no momento do parto.

<sup>d</sup> Pelo menos um exame de glicemia, urina, VDRL, anti-HIV e ultrassonografia na gestação.

<sup>e</sup> Considerada múltipara toda mulher com parto anterior.

**Fonte:** Domingues *et al.*, 2015, p. 143.

Aliás, a partir da leitura do acórdão, é possível entender que a autora seja residente na região Norte, usuária do serviço público de saúde e multípara, estando em sua terceira gestação. Esses três marcadores estão associados a piores taxas de adequação de todos os componentes do pré-natal (Domingues *et al.*, 2015). Essa estatística, que se realizou na concretude da vida da autora/apelante<sup>37</sup>, foi motivo de chacota contra ela:

A Apelante relatou, neste sentido, que foi objeto de chacota na unidade hospitalar em virtude de não ter submetido-se ao pré-natal de forma correta, ocasião que foi ironizada pela médica ao informar, inclusive, que 'as mães nunca tem culpa'. (AMAZONAS, 2021, p. 11).

Finalmente, nada obstante a divergência aberta pela vogal, a relatora reviu seu voto apenas para marcar a controvérsia e justificar a manutenção de seu entendimento: não teria havido nexos causal entre a assistência recebida e a morte do bebê.

Apesar de considerar não ter sido comprovado qualquer erro médico, a mesma relatora reconheceu que a apelante fora vítima de violência obstétrica.

A alegação da mulher de que ela teria sido objeto de chacota e ironia por parte da equipe de saúde, não foi contestada pelo Estado do Amazonas, restando incontroversa. Razão pela qual não seria necessária a produção de prova. Nesse caso, a desembargadora comete um erro material ao referenciar o dispositivo legal que justificaria a dispensa de prova para esses fatos. Ao citar o art. 374, do CPC, especificou o inciso IV, não o III, que seria adequado ao contexto.

Art. 374. Não dependem de prova os fatos:  
I – notórios;  
II – afirmados por uma parte e confessados pela parte contrária;  
III – admitidos no processo como incontroversos;  
IV – em cujo favor milita presunção legal de existência ou de veracidade.  
(BRASIL, 2015, art. 374, do CPC).

Considerando, então, que esse relato não foi objeto de controvérsia, coube à magistrada subsumir o fato à norma. E ela considerou que esse tratamento irônico configura violência obstétrica.

E este fato, a meu ver, configura violência obstétrica, ante poder ser considerado abuso sofrido por mulher durante a busca por serviço de saúde na hora do parto, configurando-se, evidentemente, no aspecto psicológico.

---

<sup>37</sup> Considerando que os fatos se passaram em março, quando ela ainda não havia completado 40 semanas de gestação, e que, em agosto do ano anterior, 30 semanas antes, ela já realizara consulta pré-natal, ao menos, o início da assistência se deu antes da 12ª semana, como recomendado.

Neste sentido, a Organização Não Governamental *The Women's Global Network for Reproductive Rights* informa que configura violência obstétrica, '*negação de tratamento durante o parto, humilhações verbais, desconsideração das necessidades e dores da mulher, práticas invasivas, violência física, uso desnecessário de medicamentos, intervenções médicas forçadas e coagidas, detenção em instalações por falta de pagamento, desumanização ou tratamento rude*'. (AMAZONAS, 2021, p. 11, grifos da autora).

A desembargadora utiliza a conceituação de violência obstétrica apresentada pela *Women's Global Network for Reproductive Rights* (2015). Esse conceito está bastante relacionado àquele apresentado por Bowser e Hill (2010), das categorias de desrespeito e abuso na assistência ao parto, descritas no Quadro 1 desta tese. Comentando tal conceito, ela afirma, categoricamente, que

*O parto humanizado é direito fundamental e visa proteger a mulher durante a gestação, pré-parto e puerpério, bem como se destina à erradicação da violência obstétrica. As mulheres tem [sic] pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação* (AMAZONAS, 2021, p. 11, grifos meus).

A desembargadora, em seu voto, não deixa expressa a norma de onde extrai a validade da declaração de que "o parto humanizado é direito fundamental". Em contraste com outras discussões jurídicas levantadas ao longo do acórdão, em que, além de doutrina, dispositivos legais e precedentes judiciais foram citados, para fundamentar seu posicionamento, neste caso, é o próprio direito ao parto humanizado que é acionado para justificar a responsabilização por prática que configure violência obstétrica.

Sua interpretação classifica esse novo enfoque e abordagem do parto, promovido pelo movimento pela humanização, como um direito fundamental que engloba todo o ciclo da gravidez, desde a gestação até o período pós-parto. Na sua visão, esse direito serve como uma salvaguarda para as mulheres durante o período da gravidez e pós-parto, além de ser voltado à eliminação de qualquer forma de discriminação ou violência obstétrica.

Sua compreensão categoriza como direito fundamental esse novo significado e organização de parto, reivindicado pelo movimento pela humanização, abrangente a toda a gestação, ao pré-parto, até o puerpério. Tal direito, em seu entender, é uma proteção à mulher no período gravídico-puerperal e uma determinação pelo fim de toda forma de discriminação ou violência obstétrica.

E essa violência psicológica, tal como a sofrida pela Apelante, coloca a mulher em posição constrangedora e muitas vezes traumatizantes, não

podendo sequer reagir em virtude da sua posição de submissão à necessidade do tratamento terapêutico.  
Entendo, portanto, pela existência de ato ilícito cujo dano é *in re ipsa*.  
(AMAZONAS, 2021, p. 11, grifos da autora).

Por fim, a relatora categoriza a fala da médica e o tratamento na unidade de saúde como atos de violência psicológica contra a autora/apelante. Nesse caso, o insulto se traduz, de fato, no detalhe.

O linguista e semiótico francês Oswald Ducrot (1987) entende que a ironia é um exemplo de polifonia argumentativa.<sup>38</sup> Uma voz expressa a afirmação aparente, ou seja, o que é explicitamente dito. Em contrapartida, há a voz que expressa o significado subjacente ou a verdadeira intenção por trás do que é dito – muitas vezes, o seu oposto, implicando crítica, sarcasmo ou humor. A partir dessa compreensão, “um discurso irônico consiste sempre em fazer dizer, por alguém diferente do locutor, coisas evidentemente absurdas, a fazer, pois, ouvir uma voz que não é a do locutor e que sustenta o insustentável” (DUCROT, 1987, p. 197). Utilizando-se do mecanismo da ironia, o locutor assume a responsabilidade apenas pelas palavras, mas não pelo ponto de vista da ironia. Esse encargo é deixado à entidade abstrata do enunciador.

Escrita ou falada sem contexto, o significado aparente da afirmação de que “as mães nunca têm culpa” poderia ser interpretado como até mesmo indulgente com o sofrimento daquela mãe, que, como descreve Vivian Volkmer Pontes (2016) poderia estar se sentindo culpada, derrotada ou vulnerável pela perda do bebê. As palavras da médica, em outro contexto comunicacional, estariam acolhendo tais sentimentos, mas para tirá-los de seus ombros.

Dita com ironia, contudo, e em um contexto em que a mulher percebia escárnio na unidade hospitalar, justamente por não ter cumprido com o pré-natal de modo apropriado, aquela frase diz seu exato oposto. Em vez de “as mães nunca têm culpa”, o significado subjacente, escamoteado, mas de clara compreensão na circunstância, era algo como “seu filho morreu por culpa sua”. Em vez de acolhimento à sua dor ou

---

<sup>38</sup> Inspirando-se na teoria da polifonia de Bakhtin, Ducrot (1987) entende que, em um discurso, múltiplos “enunciadores” podem estar em jogo. Esse construto teórico, que se relaciona à ideia de “vozes” introduzida por Bakhtin, não se refere a uma pessoa ou agente específico, mas cada enunciador representa uma posição, um ponto de vista ou uma perspectiva acerca do que está sendo comunicado. Ida Lúcia Machado (2014) explica que, por meio dessa divisão teórica entre “locutor” (a entidade responsável pelo enunciado como um todo) e “enunciador” (a entidade colocada em cena pelo locutor, como uma espécie de corresponsável pelo enunciado em questão), há uma espécie de divisão de papéis em um enunciado polifônico, “uns apresentariam, mas não assumiriam o que apresentam, outros assumiriam, mas não seriam os ‘donos’ oficiais do enunciado” (MACHADO, 2014, p. 118).

informações que a ajudassem a entender e lidar com o fato que lhe era noticiado, ela recebeu apenas mais um peso com o qual lidar.

Essa crueldade, dissimulada, num momento em que, além de fragilizada, a autora ainda dependia do tratamento da médica, configura, para a relatora, violência psicológica, um ilícito cujo dano é *in re ipsa*, por si mesmo. Existe, então, a presunção de dano moral decorrente dessa conduta.

Não é possível deixar de pontuar que, caso o Estado do Amazonas tivesse contestado tais fatos, a autora teria, provavelmente, extrema dificuldade em comprovar sua ocorrência. Até porque, pelo que se depreende do acórdão, ela não estava acompanhada nesse momento. Então, sequer um depoente, que pudesse ser inquirido sem ter prestado compromisso, como no caso julgado pelo TJMG, ela conseguiria indicar. E, ainda que alguém testemunhasse o que fora dito, talvez a verdadeira intenção por trás da frase não fosse traduzida em evidência.

A indenização por danos morais foi arbitrada em R\$50.000,00 (cinquenta mil reais). Apesar da divergência na Câmara que a relatora afirmou, no interior de seu voto, ter havido, o acórdão foi exarado “por unanimidade de votos”. Possivelmente tendo procedido ao incidente de julgamento ampliado do colegiado, previsto no art. 942, do CPC, e abordado na seção 3.2, quatro, não três, desembargadores julgaram essa apelação. Tal dispositivo prevê a ampliação do número de julgadores, caso haja divergência, e prevê, também, que aqueles que já tiverem declarado seus votos podem modificá-los no decurso do julgamento. É possível que a desembargadora que divergira tenha, ao fim e ao cabo, também mudado seu voto, a fim de acompanhar a relatora.

Verifiquei que, por mais que esse tenha sido o 5º acórdão publicado pelo TJAM, ele era o primeiro em que o tribunal tinha a oportunidade de julgar o mérito de uma questão que tratasse, justamente, de reparação civil por danos morais decorrentes de violência obstétrica. Não tendo os tribunais superiores se debruçado sobre o tema até o momento, a turma, ou, pelo menos, a relatora do processo, muito provavelmente tinha conhecimento de que estava, com aquele julgamento, iniciando a construção da jurisprudência do tribunal sobre violência obstétrica.

Assim como o caso anteriormente analisado, o primeiro do TJMG a abordar o tema, há, na ementa a conceituação dessa forma de violência, e a explicitação de que ela é uma conduta ilícita, de cuja prática decorre dano indenizável. Em Minas Gerais, não foi possível convencer os julgadores da materialidade de condutas violentas. Já

no Amazonas, com atenção não apenas ao conjunto probatório, mas também a fatos alegados e que restaram incontroversos, por não terem sido impugnados, foi possível identificar a existência de uma violência que, dificilmente, seria traduzível em registro.

O terceiro acórdão, também julgado em 2021, no dia 28 de julho. Exarado pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, cuida de fatos ocorridos menos de dois anos antes, em 6 e 7 de setembro de 2019, na cidade de Ribeirão Preto. Este acórdão é referenciado no acórdão considerado mais relevante de acordo com a ferramenta de busca por jurisprudência do Jusbrasil<sup>39</sup>.

Os autores da ação de indenização por danos morais foram tanto a mãe quanto o pai da recém-nascida. A criança não integra o polo ativo. A ré era a entidade mantenedora do hospital onde ocorreu o parto.

Em sentença, a ré foi condenada a pagar aos autores a quantia de R\$40.000,00, com correção monetária a partir da data da sentença e juros de mora a partir da citação. A ré também deveria arcar com as custas, despesas processuais e honorários advocatícios, fixados em 15% sobre o valor atualizado da causa, ressalvada a gratuidade. Ambas as partes apelaram da sentença.

A ré alegou, preliminarmente, a nulidade da sentença devido à falta de oportunidade para produção de prova técnica sobre a hipótese de parto precipitado ou se os procedimentos e atendimentos realizados observaram a literatura médica. Além disso, contestou a existência de danos morais, que não teriam sido comprovados pelos autores, e, alternativamente, afirmava não haver nexos causal, razão pela qual pediu a redução do valor da indenização para o patamar mínimo: R\$1.000,00. Os autores, por sua vez, apelaram pedindo a majoração do valor da indenização, pois o valor arbitrado em sentença não seria apto a reparar o intenso sofrimento causado a ambos, e a contagem dos juros de mora a partir da data do evento danoso.

Ambos os apelos foram recebidos e julgados em conjunto. Em decisão unânime, em que apenas o relator declarou seu voto, e da qual participaram 3 desembargadores homens, esta foi a ementa:

EMENTA – RESPONSABILIDADE CIVIL - INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA – Demanda ajuizada pelos pais de

---

<sup>39</sup> As situações relatadas em ambos são bastante similares, assim como as decisões tomadas pelo tribunal. Optei, desse modo, por analisar, não o mais relevante, pela escala do Jusbrasil, mas aquele que, sendo referência para outros, era tomado como um precedente relevante para o campo.

recém-nascida – Parto levado a termo no banheiro do hospital que integra o polo passivo – Procedência decretada – Cerceamento de defesa – Inexistência – Descabida a realização de prova técnica para comprovação de parto precipitado – Autora que deu entrada nas dependências do hospital no dia 06/09/2019, em trabalho de parto que ocorreu no dia seguinte, após cerca de 16 horas (no banheiro do hospital, sem a assistência de qualquer profissional, com a queda do recém-nascido decorrente da expulsão fetal) – Completa desassistência à parturiente e, bem assim, não observância dos critérios estabelecidos pela ANVISA (RDC 36/2008)– Dano moral configurado e que decorre do sofrimento resultante da violência obstétrica a que foi submetida a parturiente, que também se estendeu ao genitor ao presenciar o nascimento da filha em tais condições – Quantum indenizatório – Fixação pelo valor de R\$ 40.000,00 que comporta majoração para a importância de R\$ 60.000,00, corrigida monetariamente desde a data do sentenciamento – Juros de mora – Termo inicial – Data do evento danoso (Súmula 54 C. STJ) – Sentença reformada – Recurso dos autores provido, improvido o da ré. (SÃO PAULO, 2021, p.2, grifos do autor).

Além do período relativamente curto entre os acontecimentos e o julgamento em segunda instância, esse julgado se distingue por não discutir, em momento algum, a ocorrência de erro médico na assistência. Todo o debate se dá em torno da ocorrência ou não de dano moral em decorrência de violência obstétrica.

O fato que motiva a ação foi o nascimento da filha do casal no banheiro do hospital e “sem o acompanhamento de nenhum profissional da instituição (nem mesmo da equipe de enfermagem)” (SÃO PAULO, 2021, p. 5). Completamente desassistida, apesar de internada em uma maternidade, e acompanhada apenas de seu marido, presenciaram, inclusive, a queda da recém-nascida ao chão do banheiro, “em vista do trabalho de expulsão fetal” (SÃO PAULO, 2021, p. 8).

A cronologia, para o relator, é um ponto de grande relevo. Ela foi narrada na petição inicial, comprovada, documentalmente, com as fichas de atendimento. Para ele, é

incontroverso que a coautora deu entrada junto às dependências do hospital que integra o polo passivo, por volta das 07:30 do dia 06 de setembro de 2019, em trabalho de parto, sendo internada em torno do meio dia e iniciados os procedimentos de indução em torno das 14 horas. O parto ocorreu no dia seguinte no banheiro do hospital cerca de 16 horas após o início desses mesmos procedimentos de indução. (SÃO PAULO, 2021, p. 4).

O pedido preliminar da ré, de nulidade da sentença, se baseava em um alegado cerceamento de defesa. A ré argumentava que o parto ocorrera de forma repentina e imprevisível, caracterizando um parto precipitado, e que seria necessária perícia para comprovar essa tese. No entanto, o relator observa que o trabalho de parto começara no dia anterior e mais, que houve indução. Ou seja, a equipe do hospital interveio, ativamente, para acelerar o trabalho de parto.

O tribunal reforça, inclusive, que entre o início desses procedimentos e o parto desassistido passaram-se cerca de 16 horas. Portanto, a ideia de um parto "precipitado" entraria em conflito com os fatos apresentados, e teria havido tempo para o acompanhamento adequado e a adoção de medidas preventivas. Em suas palavras: "Tal cronologia torna descabida a argumentação de que houve parto precipitado que, aliás, se contrapõe ao parto induzido" (SÃO PAULO, 2021, p. 4).

Essa falta de razoabilidade do argumento frente aos fatos documentados justificou a negativa da preliminar, de cerceamento de defesa. Para o magistrado, acertou o juiz de primeiro grau ao considerar desnecessária perícia para saber que, passadas mais de 24 horas desde a entrada no hospital em trabalho de parto, não haveria que se falar em parto precipitado.

Passando para a determinação e delimitação da responsabilidade do hospital no que concerne à falha na prestação do serviço, o tribunal confirmou que a hipótese seria de responsabilidade objetiva, por aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC). O magistrado interpreta que, em seu artigo 14<sup>40</sup>, o diploma determinaria que "o fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste ou então, que a culpa foi do consumidor ou de terceiro (artigo 14, § 3º)" (SÃO PAULO, 2021, p. 5). Retomando a cronologia do atendimento, e introduzindo e salientando o fato de que a recém-nascida caiu ao chão, o relator afirma não haver dúvida de que teria havido falha no serviço prestado à parturiente.

Além da ementa, é este o único momento em que a expressão "violência obstétrica" é mobilizada no voto:

Cuida-se de episódio gravíssimo e aviltante e que somente chegou a tal desfecho por total desassistência da parturiente que deu à luz no banheiro

---

<sup>40</sup> "Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

§ 1º O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais:

I - o modo de seu fornecimento;  
II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam;  
III - a época em que foi fornecido.

§ 2º O serviço não é considerado defeituoso pela adoção de novas técnicas.

§ 3º O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar:

I - que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste;  
II - a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.

§ 4º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa." (BRASIL, 1990, art. 14, do CDC).

sem o acompanhamento de nenhum profissional do hospital (nem mesmo da equipe de enfermagem).

Configurada, como bem observa a r. sentença guerreada, hipótese de **violência obstétrica** até mesmo porque não foram observados os critérios estabelecidos pela ANVISA, na RDC nº 36, de 03/06/2008 (que dispõe sobre '*Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.*') que assim dispõe na parte que interessa ao caso concreto: [...] (SÃO PAULO, 2021, p. 5-6, grifos do autor).

O relator declara a seriedade do episódio e o descreve como “gravíssimo e aviltante”, cujo desfecho desastroso se deveu à total falta de assistência à parturiente. A partir dessa observação, o tribunal concorda com a sentença, ao enquadrar esses fatos como hipótese de violência obstétrica. Associado a tal gravidade, está o descumprimento da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 3 de junho de 2008, à qual faz referência expressa.

(...)

## 2. ABRANGÊNCIA:

Este Regulamento Técnico se aplica aos serviços de saúde no país que exercem atividades de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos, privados, civis ou militares, funcionando como serviço de saúde independente ou inserido em hospital geral, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

## (...) 9. PROCESSOS OPERACIONAIS ASSISTENCIAIS

9.1 O Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

9.2 O Serviço deve promover ambiência acolhedora e ações de humanização da atenção à saúde.

(...) 9.5 Na recepção à mulher, o serviço deve garantir:

9.5.1 ambiente confortável para espera;

9.5.2 atendimento e orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados;

(...)

9.6 Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve:

9.6.1 garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante;

9.6.2 proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;

9.6.3 proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto;

9.6.4 possibilitar que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente;

(...)

9.6.7 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais... (BRASIL, 2008, anexo, conforme citado por SÃO PAULO, 2021, p. 6-7, grifos do autor).

Como narra Fernanda Araujo Pereira (2022), a aprovação da RDC nº 36/2008 pela Anvisa representou um marco importante nas lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento no Brasil. Aplicável a todo e qualquer serviço que realize atenção obstétrica e neonatal no país, seu descumprimento configura infração sanitária e pode resultar na instauração de processos e penalização.

A relevância da norma é significativa para o movimento da humanização, especialmente por ele dispor, de modo pormenorizado, acerca de processos operacionais e assistenciais, bem como sobre a infraestrutura física dos serviços de atenção obstétrica (PEREIRA, 2022). Quanto às práticas de assistência, algumas das mais relevantes disposições da RDC nº 36/2008 são: garantia de privacidade à parturiente e acompanhante; possibilitação ao atendimento a todos os períodos clínicos do parto no mesmo ambiente; estímulo à deambulação e movimentação ativa das parturientes; promoção da evolução fisiológica do trabalho de parto; acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor; liberdade de escolha de posições durante o parto; apoio ao contato pele a pele com o recém-nascido e à amamentação após o nascimento; e promoção do alojamento conjunto de mãe e bebê.

O relator considera, desse modo, que havia deveres específicos da atenção ao trabalho de parto que foram desrespeitados pelo hospital réu. A ela não foi destinado um ambiente específico para permanecer, após sua internação. Porém, ao explicar a razão pela qual ele entende ser impossível acreditar que a coautora tenha recebido a devida assistência, em um comentário entre parênteses, ele demonstra que, ao menos em relação ao ambiente adequado para o parto, tem uma visão que o considera mais próximo a um ato cirúrgico

[...] convenha-se, não se poderia falar, em parto precipitado, tampouco que teria havido a devida assistência (até mesmo porque, *caso estivesse a parturiente sendo monitorada de acordo com os protocolos legais, o nascimento teria ocorrido no centro cirúrgico* ou, ao menos, no quarto ou enfermaria, mas mediante acompanhamento de profissional de obstetrícia, o que, infelizmente, não se verificou). (SÃO PAULO, 2021, p. 7-8, grifos meus).

A normativa que, logo antes, o magistrado havia citado (e grifado exatamente nessa parte) determina que o serviço de assistência ao parto deva propiciar que a mulher se movimente ativamente e caminhe, a não ser que haja impedimentos clínicos para tanto, e que todos os períodos clínicos do parto, a saber, pré-parto, parto e pós-parto imediato, sejam atendidos no mesmo ambiente.

Já em relação à infraestrutura física, a RDC nº 36/2008 determina, em seu Anexo II que o centro de parto normal (CPN) é obrigatório em todos os equipamentos que assistem o parto e o nascimento. E, como explicita Pereira:

Além disso, esses serviços devem, entre outros, ter quartos PPP (ambientes com capacidade para um leito e um banheiro anexo, destinado à assistência durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, de modo a garantir

mais privacidade e a evitar o deslocamento da parturiente entre recintos), área de deambulação, leitos de alojamento conjunto, além de prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling [um tipo de escada que é afixada à parede, comumente vista em academias de ginástica, que, durante a assistência ao parto, serve como apoio à livre movimentação da parturiente]. Em relação aos quartos PPP, a referida resolução apresenta, por exemplo, quais devem ser a área mínima e as dimensões dos boxes com chuveiros e como deve ser a instalação opcional de banheiras (PEREIRA, 2022, p. 191).

Ainda assim, ao descrever como ele supõe que teria sido o atendimento na hipótese de seguimento adequado dos protocolos legais, o desembargador afirma que o nascimento deveria ter ocorrido no centro cirúrgico. O quarto, que é o local prioritário de atendimento ao parto normal, conforme a norma na qual ele fundamenta sua decisão, aparece apenas subsidiariamente, ao lado da enfermaria (“*ao menos*, no quarto ou enfermaria”). E, ao tratar desses ambientes, explicita, a necessidade do acompanhamento, qualquer que fosse o local (“mas mediante acompanhamento de profissional de obstetrícia, o que, infelizmente, não se verificou”).

Nesse trecho, em que faz essa ordenação entre os ambientes de assistência ao parto normal, o relator deixa ver a representação persistente em seu imaginário sobre o que seria um “bom parto”. Mesmo tomando conhecimento e mobilizando uma norma que desenha (e determina) uma assistência obstétrica menos medicalizada, com liberdade de movimentação para a mulher, ao afirmar que o parto bem assistido teria acontecido, prioritariamente, no bloco cirúrgico, demonstra que sua representação de local seguro para esse evento ainda está ligada a um modelo medicalizado.

Em outra passagem, ao falar da completa desassistência da parturiente, que deu à luz em local inapropriado e sem acompanhamento de profissionais do hospital réu (“(nem mesmo da equipe de enfermagem)”) (SÃO PAULO, 2021, p. 5), expressa, também entre parênteses, uma visão hierarquizada dos profissionais da assistência obstétrica, outra marca do modelo tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2022). Quer dizer, entende que a presença, exclusivamente, de profissionais da equipe de enfermagem não seria o ideal, mas já estaria muito melhor do que sem qualquer assistência técnica, como ocorreu.

Mesmo demonstrando ter compreensões mais tradicionais acerca do cenário do parto, o relator reconheceu que houve violência obstétrica na medida em que o hospital, em cerca 24 horas desde a chegada da mulher a suas dependências e mais de 16 horas desde sua internação, não conseguiu se organizar para acolhê-la. Furtou-se a oferecer a ela um ambiente seguro e adequado à parturição e a treinar e gerir

sua equipe para que, ao menos, no período expulsivo, ela fosse acompanhada por profissional apto a assistir partos.

Assim como no caso julgado pelo TJAM, que entendeu que a violência obstétrica psicológica contra a mulher era um ilícito do qual decorria dano *in re ipsa*, neste caso concreto, o TJSP entendeu que o dano moral é presumido. Não há necessidade de se comprovar o dano.

O dano moral, no caso concreto, é presumido e decorre do sofrimento da autora ao realizar o parto sem auxílio de nenhum profissional no hospital, no banheiro e ainda, presenciar, juntamente com o marido, a queda da recém-nascida em vista do trabalho de expulsão fetal (motivo pelo qual os danos também se estendem a este último (SÃO PAULO, 2021, p. 8).

Comprovando que o episódio foi grave e desarrazoado, o julgador cita que o episódio teve, inclusive, ampla cobertura da imprensa, “e a outra conclusão não se pode chegar que não a gritante falha na prestação de serviço médico, por parte do hospital” (SÃO PAULO, 2021, p. 8). Essa divulgação pela imprensa foi fato levantado, aliás, pelos autores, que afirmaram ter o fato agravado seu sofrimento.

A argumentação do magistrado é fortemente baseada na “evidência” do que entende decorrer dos fatos documentalmente comprovados. Em sua escrita, há marcas de que ele mesmo esteja revoltado com a situação em julgamento. Os fatos são repetidamente narrados, a cada momento enfatizando algum de seus aspectos: o local inadequado, a companhia apenas do marido, a assistência inexistente, o longo tempo de internação, a indução provocada do trabalho de parto, a queda da bebê ao chão, a cobertura jornalística. Para ele “o episódio fala por si” (SÃO PAULO, 2021, p. 8).

Considerado o dano moral presumido e a responsabilidade objetiva, tanto pelo art. 14<sup>41</sup>, do CDC, quanto pelo art. 933<sup>42</sup>, combinado com o inciso III, do art. 932<sup>43</sup>, ambos do código Civil, o magistrado passa, então, ao dimensionamento do dano, que

---

<sup>41</sup> Veja nota de rodapé 40.

<sup>42</sup> Art. 933. As pessoas indicadas nos incisos I a V do artigo antecedente, ainda que não haja culpa de sua parte, responderão pelos atos praticados pelos terceiros ali referidos. (BRASIL, 2002, art. 933).

<sup>43</sup> “Art. 932. São também responsáveis pela reparação civil:

I – os pais, pelos filhos menores que estiverem sob sua autoridade e em sua companhia;

II – o tutor e o curador, pelos pupilos e curatelados, que se acharem nas mesmas condições;

III – o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele;

IV – os donos de hotéis, hospedarias, casas ou estabelecimentos onde se albergue por dinheiro, mesmo para fins de educação, pelos seus hóspedes, moradores e educandos;

V - os que gratuitamente houverem participado nos produtos do crime, até a concorrente quantia.” (BRASIL, 2002, art. 932).

deve ser arbitrado pelo julgador. Nesse caso, ele majorou o montante para R\$60.000,00 (sessenta mil reais), um valor único para ambos os autores – 50% maior do que o arbitrado em primeira instância. Além disso, recorrendo às súmulas 362 e 54, do STJ, alterou a data a partir da qual seriam contados os juros de mora para a data do evento danoso (do parto), e não a do sentenciamento, como o juiz ou a juíza decidira no primeiro grau. Por fim, majorou para 20% sobre o montante da condenação os honorários advocatícios que o hospital deveria pagar aos advogados dos coautores.

Por mais que o desembargador assevere que a situação não foi, de forma alguma, corriqueira, em dezembro de 2021, o acórdão desse caso foi referenciado como precedente em outro processo do mesmo tribunal, que guardava extrema similaridade com este. Em vez de 16, como neste, foram 12 horas de internação, também com indução de trabalho de parto; em vez do banheiro, o corredor foi o cenário do parto; naquele caso, contudo, a mulher não teve direito, sequer, a ter consigo seu acompanhante. A desconsideração, em ambos os casos, vulnerou parturiente e bebê, agregou riscos, intensificou a dor e provocou medo e preocupação no trabalho de parto e no parto e no nascimento.

Em nenhum desses dois acórdãos os relatores explicaram, como nos outros julgados que analisei, o que se entendia por violência obstétrica. A evidência da inadequação do atendimento, aliada à existência de norma sanitária, ainda que de natureza infralegal, que preveja dever específico de oferecer local apropriado à livre movimentação, à privacidade e à atenção de todas as fases do parto podem ter permitido que essa decisão fosse compreensível e bem fundamentada, independentemente de se repisar o significado dessa forma de violência ou que ela pode, sim, ser perpetrada por uma instituição. É possível que os mesmos julgadores não reconhecessem violência obstétrica em situações em que se descrevessem unicamente xingamentos e ironias ou intervenções desnecessárias, invasivas ou forçadas.

Além disso, o modo como se deu o parto, de acordo com os fatos condensados e relatados pelo desembargador, não se distancia apenas do modelo defendido pelo movimento de luta pela humanização do parto e do nascimento no Brasil. Tais condições também muito distam do ideal de bom parto no modelo tecnocrático, medicalizado. Ou seja, ainda que não se tenha operado a ressignificação do parto e de sua assistência (KLUJSZA, 2019), há condutas que podem ser consideradas

violentas de acordo com ambos os modelos. Por ser institucional, não provocada pela decisão de um profissional médico específico, é possível que condutas omissivas como essa sejam mais facilmente alvo de questionamento e valoração moral. Reitero que a categorização desses atos como violência obstétrica já constava da sentença, não tendo sido conclusão original do desembargador.

Por fim, lembro que, como explicitarei na Tabela 2 – Número de acórdãos publicados por cada tribunal (pesquisa entre 3 e 5/04/2022 sobre período entre 01/01/2004 a 15/07/2021), até 15 julho de 2021, mês do julgamento da apelação que acabo de apresentar, o TJSP publicara mais de 36% dos acórdãos brasileiros em que se usara a expressão “violência obstétrica”, totalizando 69 acórdãos até aquele 15 de julho. Considerando que, nesse tribunal, tais causas já não fossem exatamente raras ou eivadas de grande novidade, é possível que o relator não tenha sentido a necessidade de explicar do que se tratava essa nova categoria de violência cuja caracterização era alegada. Já familiarizados a demandas envolvendo o tema, não sentem a necessidade de informar, a cada voto, o que é, como se perfaz e que direitos a violência obstétrica infringe<sup>44</sup>.

O quarto acórdão é também o mais recente. Quinto mais relevante na lista do Jusbrasil, foi exarado em 11 de fevereiro de 2022, pelo TJRJ. Após cerca de 7 anos de tramitação, decide um processo originário de Mesquita, na Baixada Fluminense. Os fatos narrados ocorreram em 20 de dezembro de 2014, e a ação foi proposta no ano seguinte, em 2015, pela mulher, tendo como réus o hospital maternidade que prestou a assistência obstétrica e o médico responsável pelo atendimento.

O acórdão apresenta a seguinte ementa:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL,. [sic] AÇÃO INDENIZATÓRIA. HOSPITAL PARTICULAR E MÉDICO OBSTETRA. PARTO CESARIANA. ALEGAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. AUTORA QUE ALEGA QUE O PARTO TINHA CONDIÇÕES DE SER FEITO SOBA CHAMADA VIA NORMAL OU VAGINAL. PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR DANO

---

<sup>44</sup> Linha de raciocínio similar foi adotada na interpretação pelo Dom – Grupo de Pesquisa em Antropologia do Direito, o qual integro, ao percebermos que os trabalhos analisados por nós, ao realizarmos um mapeio do campo que se reivindica como “Antropologia do Direito” ou “Antropologia Jurídica” em artigos de periódicos disponíveis nas plataformas Scielo, Repositório de Periódicos da Capes e Google Scholar. Consideramos curioso o fato de que os trabalhos analisados, majoritariamente elaborados por juristas, pareciam indicar uma necessidade de seus autores de explicar o que fazem e como, reivindicando e ratificando a relação entre antropologia e direito. Aventamos que isso explique o número relativamente baixo de autores formados em antropologia ou ciências sociais que encontramos em nosso universo de trabalho. Seguros de sua formação, esses sujeitos não se veem compelidos a, a cada trabalho que fazem, afirmar o que fazem, descrever como fazem e justificar os motivos pelos quais fazem (DOM, 2023, manuscrito).

**ESTÉTICO E DANOS MORAIS. PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO DOS RÉUS.**

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

- A autora alega que sua gestação correu de forma normal, sem intercorrência de acordo com o acompanhamento pré-natal, tendo sido feita cirurgia cesárea sem seu consentimento, quando não havia indicação para tal. Além disso, alega ter sido transferida para uma sala em que sua mãe não poderia acompanhar e que teria informado que não desejaria parto cesariana. Ainda assim, o médico que teria dito ser diretor da unidade, ora segundo réu, a levou para o centro cirúrgico e seu bebê nasceu por via cesariana sem sinais de sofrimento fatal.

- O laudo pericial possui algumas omissões que podem conduzir ao entendimento contrário a que chegou a sentença de 1º grau. - Há inequívoca indicação para o parto cesáreo, uma vez que havia desproporção céfalo-pélvica e 2 circulares de cordão, uma vez que consta do prontuário médico, a “presença de DIP umbilical”, que significa desaceleração intraparto da frequência fetal, atestada inclusive por médico diverso do que fez o parto. - Não configuração de responsabilidade, nem tampouco a alegada violência obstétrica, estando excluído o dano estético e, via de consequência, o dano moral, improvado nestes autos.

PROVIMENTO DO RECURSO. (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 251-252).

A autora narra que tivera uma gestação tranquila e sem intercorrências, em que realizou consultas e exames pré-natais com acompanhamento de médica conveniada a seu plano de saúde. Às 39 semanas de gestação, começou a sentir contrações e buscou atendimento no 1º réu, onde foi atendida, em um primeiro momento, por médica diversa da que acompanhara em seu pré-natal (pois ela estava de férias), que constatou início do trabalho de parto e não contraindicou, nas palavras da relatora, “a tentativa de parto vaginal” (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 253).

Com aproximadamente 7 cm de dilatação, foi encaminhada a uma sala onde sua mãe, que a acompanhava, foi impedida de entrar. E, apesar de ter informado, inúmeras vezes, que não desejava cesariana, foi levada, pelo diretor da unidade médica, arrolado como 2º réu, ao centro cirúrgico. Lá, a autora foi submetida a cesárea. O bebê nasceu sem sinais de sofrimento fetal e ambos receberam alta 48 horas depois, como é praxe em nascimentos cirúrgicos.

Entendendo ter sido vítima de violência obstétrica consubstanciada na submissão a procedimento cirúrgico sem seu consentimento, requereu indenização por danos morais e estéticos sofridos, consistindo esses na cicatriz resultante da cirurgia. Em sua primeira manifestação, o juízo do primeiro grau deferiu a gratuidade de justiça e determinou que a autora emendasse (complementasse) a petição inicial

para que ela se adequasse ao rito sumário, conforme era previsto no art. 276 do Código de Processo de 1973<sup>45</sup>. Foi realizada audiência, sem possibilidade de acordo.

A contestação foi conjunta. O hospital e o médico responderam à inicial justificando que “o parto cesariana precisou ser realizado eis que a autora apresentava ‘parada de progressão’ em seu trabalho de parto” (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 253), e que a equipe médica teria “verificado que o bebê apresentava duas circulares de cordão umbilical, causando desaceleração da frequência cardíaca fetal e ainda desproporção céfalo-pélvica” (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 253). E salientaram que, “em que pese o desejo da gestante, o melhor parto é aquele que mantém a segurança materno-fetal, alegando que a mãe da autora assinou, inclusive, o termo de consentimento de cirurgia cesariana” (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 253).

Afirmaram, ainda, que o parto fora bem sucedido, que não houve intercorrências e que “a mãe da autora foi impedida de acompanhar o parto pois estava muito exaltada e agressiva” (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 253).

Após produção de prova pericial médica indireta, ou seja, a partir dos documentos apresentados pelas partes, especialmente os prontuários de atendimento, apenas a autora se manifestou, tendo os réus se mantidos silentes quanto ao laudo e tampouco apresentado alegações finais. Em sentença, os réus foram, solidariamente, condenados a indenizar a autora por danos morais no valor de R\$25.000,00 e por danos estéticos no valor de R\$5.000,00, bem como ao pagamento das despesas processuais e dos honorários advocatícios, de 10% do valor da condenação.

Não é mencionado o gênero de quem acompanhou(aram) e julgou(aram) esse processo no primeiro grau. Já no segundo grau, a relatoria é de uma desembargadora. Apesar de não ser possível inferir o gênero dos demais julgadores que, efetivamente, atuaram nesse processo, de acordo com as informações presentes no *site* do TJRJ, a câmara em que foi julgado é composta por uma maioria feminina, sendo 3 desembargadoras, inclusive a presidente do órgão, e 2 desembargadores. A perícia, por sua vez, foi realizada por uma médica.

---

<sup>45</sup> O Código de Processo Civil de 1973 foi revogado pelo CPC/2015, mas estava vigente à época da propositura dessa ação e dessa manifestação do juízo. A redação do artigo citado era: “Art. 276. Na petição inicial, o autor apresentará o rol de testemunhas e, se requerer perícia, formulará quesitos, podendo indicar assistente técnico.” (BRASIL, 1973, art. 276).

A despeito de terem permanecido silentes em relação ao laudo pericial, os réus apelaram, alegando que a sentença teve como base, integralmente, as conclusões do laudo pericial e que este estaria bastante equivocado e contrário à documentação que haviam apresentado em sua contestação. A autora/apelada, por sua vez, apresentou contrarrazões (a resposta ao recurso interposto pela outra parte), em que, de acordo com a desembargadora, prestigiou a sentença.

Segundo os réus, a “Dra. Perita” havia baseado as conclusões de seu laudo em informações contrárias ao prontuário da autora e à sua *ficha de evolução da paciente*. Primeiramente, a perita teria afirmado não serem descritos no prontuário o plano (altura) em que se encontrava o feto; afirmou, ainda, que não estariam descritas a parada de progressão do parto, as duas circulares de cordão (nem no relatório do parto cirúrgico, nem no do pediatra); tampouco estaria descrita a bossa sanguínea do bebê.

Argumentaram os réus, em sua apelação, que tais informações, no entanto, estariam, sim, documentadas no respectivo “partograma”, tendo sido algumas assinadas, inclusive, por médicos que não seriam parte naquela ação. Descrevem que tal documento registra ter havido “parada de progressão” do trabalho de parto, tendo a equipe “verificado que o bebê apresentava não apenas uma, mas duas circulares de cordão: uma frouxa e outra justa” (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 255). Além disso, o prontuário registraria que o bebê apresentava “desproporção céfalo-pélvica” e “DIP umbilical”, e, como explica a magistrada, “a sigla ‘DIP’ se refere à desaceleração intraparto da frequência cardíaca fetal, e sendo umbilical, é decorrente da compressão do cordão umbilical” (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 255).

Por esses motivos, a via mais indicada para o nascimento do bebê, de acordo com um médico estranho à lide, seria a cesariana. Realizado o procedimento, os apelantes ressaltam seu sucesso, uma vez que mãe e bebê receberam alta no prazo padrão de 48 horas e que nunca se teria sabido de qualquer problema que eles tivessem enfrentado em decorrência do parto, o que creditam à qualidade do hospital e dos profissionais envolvidos.

Por essa razão, eles requereram que se reformasse a sentença para considerar ausente a responsabilidade dos réus/apelantes, ou para que, de outra forma, a condenação fosse reduzida para até R\$8.000,00, pois a “discussão se restringe à alegada realização de parto cesariana quando a parturiente desejava o parto normal” (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 256). O argumento que utilizam para requerer tal redução

é, ao que me parece, ponto chave para a discussão sobre violência obstétrica a partir deste caso.

Tal manifestação reduz a aspecto secundário uma questão central na discussão sobre violência obstétrica: a autonomia da mulher.

Pesquisadora em Direito Penal da Medicina, Flávia Siqueira (2021) chega a afirmar que,

[...] a violência no parto consiste no desrespeito à autonomia da gestante durante o parto ou nos momentos que o precedem, o que pode ocorrer tanto por meio da afetação da sua liberdade e da realização de procedimentos sem o seu consentimento válido ou contra sua vontade, como também por meio de outros comportamentos que afetam indiretamente sua autonomia (SIQUEIRA, 2021, p. 56).

Apesar de partir do plano criminal, que não é o âmbito deste processo, essa compreensão é essencial para a análise dos fatos narrados e das posições assumidas pelas partes e pelo tribunal.

Após apresentar diferentes modelos que visam a responder à questão sobre o que legitimaria a intervenção do médico no corpo de uma paciente, Siqueira (2021) rechaça o modelo paternalista, que atribui ao médico um direito profissional de definir o que seria melhor para seus pacientes. Segundo essa concepção, muito influenciada pela ética hipocrática, os médicos têm o dever do cuidado como obrigação primordial, visando à oferta do melhor tratamento aos indivíduos segundo o poder e o juízo do profissional da saúde (Luiz GRECO; Flávia SIQUEIRA, 2017; Flávia SIQUEIRA, 2019).

Entendendo os pacientes como pessoas necessitadas de ajuda e incapazes de tomar decisões médicas, os princípios da beneficência (fazer o bem) e da não maleficência (não causar dano), com total foco na saúde, têm total primazia frente aos desejos (considerados “caprichos”) dos indivíduos sob tratamento. Ambos os fundamentos promovem uma completa assimetria na relação médico-paciente. Aos médicos é incumbido promover a saúde dos pacientes, ainda que em total aniquilação de sua autonomia e autodeterminação. Assume-se que, devido ao seu conhecimento técnico e expertise, médicos sempre saberiam o que era melhor para o paciente. Isso pode levar à prática de ignorar as vontades livres e informadas do paciente e agir sem seu consentimento ou até mesmo contra suas vontades expressas, se o médico considerasse que suas decisões eram mais acertadas com base em seu julgamento profissional. Essa abordagem coloca a autoridade do médico acima da autonomia do

paciente, e o consentimento do paciente muitas vezes não era considerado necessário na tomada de decisões médicas (GRECO; SIQUEIRA, 2017; SIQUEIRA, 2019).

Tal perspectiva tem sido objeto de críticas ao longo do tempo, e a ética médica moderna enfatiza cada vez mais a importância do consentimento informado e da participação ativa do paciente nas decisões sobre seu próprio tratamento médico. Tem crescido defesa do respeito à autonomia dos pacientes, não apenas no contexto obstétrico. O reconhecimento do direito à autodeterminação dos pacientes motivou uma transição do modelo de ética do cuidado (hipocrática) para o da ética da autonomia (pós-hipocrática), emancipando os pacientes do controle exclusivo dos médicos, e tornando-os sujeitos ativos das decisões sobre seu tratamento médico (GRECO; SIQUEIRA, 2017; SIQUEIRA, 2019).

Baseado nessa lógica pós-hipocrática, o modelo de tratamento dogmático das intervenções obstétricas traçado por Siqueira (2021) é fundado, justamente, no respeito à autonomia da mulher. Seu argumento é que, ainda que haja indicação para adotar determinado tratamento, o médico só estaria autorizado a intervir se com o consentimento válido da mulher, titular do bem jurídico atingido por sua ação. A validade desse consentimento, por sua vez, pressupõe o acesso a informações que permitam a compreensão do procedimento e dos valores que ele coloca em conflito, bem como das alternativas a ele e dos riscos, benefícios e prognósticos dos diferentes cenários possíveis (GRECO; SIQUEIRA, 2019).

Explicita Siqueira (2021) que é apenas o consentimento válido da mulher que diferencia uma intervenção obstétrica legítima de uma intervenção obstétrica arbitrária. Por esse motivo, ganham destaque nesse modelo os planos de parto. Esse instrumento possibilita que a mulher expresse, previamente, seu consentimento em relação a intervenções sob as quais fora devidamente esclarecida e teve tempo de refletir, bem como preferências gerais relativas ao que busca naquele atendimento obstétrico e sua hierarquia de valores, permitindo um atendimento alinhado aos seus ideais. Ao praticar uma intervenção arbitrária, inclusive, o profissional da saúde estaria sujeito à punibilidade pela prática de lesão corporal<sup>46</sup> ou, a depender do caso, de

---

<sup>46</sup> O Código Penal trata das lesões corporais em seu artigo 129, que conta com 13 parágrafos. Os parágrafos 9º ao 13 tratam da violência doméstica. Por essa razão, reproduzo abaixo o conteúdo do caput e dos parágrafos 1º a 9º:

“Lesão corporal

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

constrangimento ilegal<sup>47</sup>. Apenas em raríssimas exceções, em que o risco à vida seja iminente, é possível haver uma atuação médica ou cirúrgica sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal. Portanto, não é banal desconsiderar a

---

Pena - detenção, de três meses a um ano.

Lesão corporal de natureza grave

§ 1º Se resulta:

I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - perigo de vida;

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto:

Pena - reclusão, de um a cinco anos.

§ 2º Se resulta:

I - Incapacidade permanente para o trabalho;

II - enfermidade incurável [sic];

III perda ou inutilização do membro, sentido ou função;

IV - deformidade permanente;

V - aborto:

Pena - reclusão, de dois a oito anos.

Lesão corporal seguida de morte

§ 3º Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis [sic] o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo [sic]:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

Diminuição de pena

§ 4º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço.

Substituição da pena

§ 5º O juiz, não sendo graves as lesões, pode ainda substituir a pena de detenção pela de multa, de duzentos mil réis a dois contos de réis:

I - se ocorre qualquer das hipóteses do parágrafo anterior;

II - se as lesões são recíprocas.

Lesão corporal culposa

§ 6º Se a lesão é culposa: (Vide Lei nº 4.611, de 1965)

Pena - detenção, de dois meses a um ano.

Aumento de pena

§ 7º Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) se ocorrer qualquer das hipóteses dos §§ 4º e 6º do art. 121 deste Código.

§ 8º - Aplica-se à lesão culposa o disposto no § 5º do art. 121." (BRASIL, 1940, Capítulo II – Das Lesões Corporais, art. 129, caput e §§1º a 8º).

<sup>47</sup> De acordo com o Código Penal, o constrangimento ilegal é um crime contra a liberdade pessoal e está previsto no artigo 146, caput e parágrafos 1º a 3º.

“Constrangimento ilegal

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 o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida;

II - a coação exercida para impedir suicídio." (BRASIL, 1940, Capítulo VI – Dos crimes contra a liberdade individual, art. 146).

dissensão expressa da paciente, que informou diversas vezes que não queria realizar uma cesariana. É perceptível nessa atitude (e, em especial, por essa argumentação ser suscitada na apelação), um ato de desconsideração identificável com um insulto moral (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2011).

Pensando na problemática sobre a autonomia das gestantes, mas sob outro prisma, em 2021, a partir das discussões travadas na disciplina “Tópicos de Direito Penal da Medicina: paternalismo médico, respeito à autonomia do paciente e intervenções médicas”, ministrada pela Professora Dr.<sup>a</sup> Flávia Siqueira Cambraia, escrevi, com Fernanda Araujo Pereira, um artigo em que discutimos como as circunstâncias relativas à eleição pela cesariana impactam os processos de afirmação ou de negação da autonomia de gestantes e parturientes. Como pano de fundo, analisamos a Lei Estadual nº 17.137/2019, de São Paulo, de autoria da então deputada Janaina Paschoal, que objetivava assegurar a gestantes e parturientes a possibilidade de escolherem realizar cirurgia cesariana, com ou sem indicação médica, bem como de acessarem analgesia em partos normais.

Compreendemos que o modo como as mulheres optam pela cesariana no Brasil é, em regra, tendente à negação da autonomia dessas pacientes, apesar de haver, contextos em que a eleição pela cirurgia seja, de fato, autônoma, não é a esse fato que se devem seus altos índices no país (BRASILEIRO; PEREIRA, 2021). Levando em conta que todos os processos integrantes dos *corpora* de análise qualitativa ou quali quantitativa tratavam de responsabilidade civil, o tratamento desse tema pela dogmática penal acaba por se distanciar um pouco da abordagem à qual esta tese se propõe. Apesar disso, entendo que a leitura desse artigo, que publicamos na Revista do Instituto de Ciências Penais, pode ser interessante para o aprofundamento da discussão a respeito do abuso de cesarianas no Brasil e os impasses entre as cesarianas a pedido da mulher e o respeito às gestantes e parturientes.

Esse é, em verdade, outro aspecto da negação da autonomia da gestante. E, de fato, pesquisas como as de Rosa Maria Soares Domingues *et al* (2014), de Maria do Carmo Leal *et al* (2017), de Stephania Klujsza (2019) e de Mariana Pulhez (2022) dão a saber que não são universalizáveis ou homogêneas as experiências em relação à assistência obstétrica. Interferem nessa diferença marcadores de classe, raça, idade, escolarização, região, sexualidade, conformação familiar e identidade de gênero (visto que tanto mulheres cis, quanto pessoas não binárias, agênero ou

homens trans podem gestar, parir e, conseqüentemente, viver as realidades aqui discutidas). Desse modo, condutas semelhantes podem significar coisas distintas para cada mulher.

Conforme abordado no tópico 3.5, considerando o tipo de serviço que as assistem, se público ou privado, as mulheres assistidas na rede pública, sobretudo pretas e pardas, têm maior dificuldade de acesso a métodos (farmacológicos ou não) de alívio da dor e sofrem com intervenções dolorosas e excessivas na condução do parto vaginal – intervenções essas muitas vezes desnecessárias e geradoras de riscos maiores do que os benefícios comprovados, como a manobra de Kristeller e a episiotomia –, além de violências verbais e psicológicas (LEAL *et al*, 2014).

Essa compreensão da violência obstétrica, ligada à má aplicação da técnica médica, provocando um trabalho de parto mais demorado e mais doloroso do que poderia ter sido é, não por acaso, mobilizada na própria argumentação dos apelantes. Ou seja, há aqui uma ativação do que Janaína Aguiar (2010) retrata como imaginário coletivo do bom parto: o nascimento rápido de um bebê sadio.

Sustentam que não há relato de insucesso, de erro médico, de prolongada demora no atendimento ou na realização do parto. Mais que isso, a apelada sequer foi submetida a episiotomia ou à ingestão de ocitocina, não houve lesão nem à mãe nem à criança, não houve o uso de fórceps ou qualquer outra situação mais grave que normalmente existe quando se fala em violência obstétrica).

Impugna a condenação por dano estético, uma vez que cicatriz naturalmente decorrente de cirurgia cesariana não constitui dano estético, sequer havendo a alegação de cicatriz hipertrófica, queloidiana [saliente, com crescimento excessivo de tecido] ou que tenha sido capaz de causar repulsa. O que há é simplesmente 'a cicatriz da cesariana', como dito pela própria Perita (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 256).

A afirmação de que não houve lesão à mãe nem à criança parte de um pressuposto em que sequer se aventa a possibilidade de uma cirurgia com indicação técnica, mas carente de consentimento da titular do bem jurídico “integridade física”, ser considerada lesão corporal, como defendido por Siqueira (2021). Corroborando essa interpretação o parágrafo seguinte, em que se afirma que a cicatriz da cesariana, não constituiria dano estético, a não ser que tivesse havido algum desvio da normalidade, do esperado para a marca decorrente da cirurgia à qual a autora foi submetida.

Na rede privada, em que a autora desse processo foi atendida, a taxa de cesarianas pode chegar a 92,6%, dentre as mulheres que seguiram os estudos para além do ensino superior completo (FIOCRUZ, 2020). Domingues *et al* (2014) indagam o que poderia estar levando a esse número, sendo que, no início da gestação, mesmo

na rede privada, não passam de 36,1% as gestantes que têm preferência pela cesariana (a taxa é de 15,4% na rede pública e de 20,2% no total). Ademais, como apresentei na introdução a esta tese, de acordo com a Organização Mundial de Saúde não há justificativas para que as taxas de cesáreas superem 10% ou 15% dos nascidos vivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985), mas, em todo o Brasil, a via cirúrgica é a forma como ocorreram 56% dos nascimentos ao longo do ano de 2019<sup>48</sup> (BRASIL, 2020).

Desse modo, para uma gestante atendida pela rede pública que, por questões de ordem estrutural ou orçamentária, tem dificuldade de acesso a cirurgias e intervenções (que, quando bem indicadas, salvam vidas e reduzem morbidades e mortalidades de mães e bebês), é possível que nessa negativa seja consubstanciada a violência obstétrica. Mas, ainda que hoje a cesariana seja uma cirurgia muito mais segura do que já foi, seus efeitos adversos existem<sup>49</sup> e ter uma chance superior a 80% de ser submetida a ela na rede privada, independentemente de indicações reais ou de consentimento válido, é outra faceta da violência obstétrica no Brasil.

Em seu voto, a relatora apresenta três acepções que se complementam para expressar o que se compreende por violência obstétrica. Primeiramente, ela explica que a expressão foi criada pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogério Perez D' Gregório, tendo ficado mundialmente conhecida em 2010, por publicação no *Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia*.

Entende-se por violência obstétrica 'toda ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia. Esse conceito engloba todos os prestadores de serviço de saúde, não apenas os médicos. Define-se, ainda, como violência obstétrica qualquer ato ou intervenção direcionada à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que recentemente deu à luz), ou ao seu bebê, praticado sem o seu consentimento explícito ou informado e em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos e preferências' (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 257).

---

<sup>48</sup> Do total de 2.849.146 nascidos/as vivos/as no Brasil, 1.604.189 nasceram por meio de cesáreas (BRASIL, 2020).

<sup>49</sup> Em comparação com mulheres que pariram por via vaginal, as cesariadas são mais propensas à mortalidade, à morbidade severa, à internação em UTI, ao uso de antibióticos e à necessidade de transfusão, histerectomia e tempo de permanência no hospital. Para os/as bebês nascidos/as por cesarianas, por sua vez, são maiores as propensões à prematuridade, à mortalidade neonatal, à admissão em UTI neonatal e ao uso de ventilação mecânica. Importa considerar, ainda, que a prematuridade iatrogênica e que o nascimento eletivo antes de 39 semanas, provocados pela realização de cesáreas, causam o aumento de internações em UTI neonatal e do número de óbitos. Em razão desses riscos, não há que se defender que a incidência dessa cirurgia supere o padrão preconizado pela OMS (TESSER et al, 2015).

Noto que são dois os momentos em que o conceito apresentado pela julgadora aborda a importância da autonomia e do respeito ao consentimento da mulher.

Em seguida, ela exemplifica o conceito, relacionando atos que podem ser identificados com essa forma de violência. Para tanto, ela correlaciona, inclusive, duas leis nacionais que normatizam direitos vinculados à assistência adequada e respeitosa ao parto.

Caracterizam a violência obstétrica atos como: violência exercida com gritos; os procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, e a falta de analgesia e negligência; recusa à admissão ao hospital (Lei 11.634/2007); impedimento de entrada de acompanhante (Lei 11.108/2005); violência psicológica (tratamento agressivo, discriminatório, grosseiro, zombeteiro, inclusive em razão de sua cor, etnia, raça, religião, estado civil, orientação sexual e número de filhos); a cesariana desnecessária e sem consentimento; realização de episiotomia de modo indiscriminado; o uso de ocitocina sem consentimento da mulher; a manobra de Kristeller (pressão sobre a barriga da gestante para empurrar o bebê), dentre outros (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 257).

Novamente, duas das condutas relatadas pela mulher – e que não foram objeto de controvérsia – constam dentre esses exemplos: o impedimento da entrada de acompanhante e a cesariana sem consentimento.

Por fim, não sei se por algum equívoco da magistrada ou de sua assessoria ou se apenas para ilustrar a discussão com um argumento jurídico, ela citou uma lei municipal do Rio de Janeiro, cidade distinta daquela onde ocorreram os fatos.

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

‘Art. 1º A presente Lei tem por objeto a divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no Município do Rio de Janeiro, visando à proteção das gestantes e das parturientes contra a violência obstétrica.

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, maternidade e unidades de saúde, 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.

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

(...)

V- Fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o recém-nascido;

IX - impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;’ (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 257-258).

Novamente, a citação feita pela desembargadora, apresenta a possibilidade de se enquadrar como violência obstétrica os atos da equipe contra a autora, uma vez que ela foi impedida de ser acompanhada por sua mãe e, pelo que se depreende do

acórdão, pode-se concluir que ela foi submetida a cesariana sem que os riscos que alcançariam a ela e o recém-nascido fossem devidamente explicados (algo imprescindível para o consentimento válido).

Posteriormente, a julgadora retoma os fatos narrados e passa a analisar o contraste feito entre o laudo pericial e o prontuário médico, já que os apelantes afirmaram ter havido inconsistências naquele, quando comparado a este, reproduzindo trechos de fotografias do prontuário, algumas de difícil legibilidade. Exemplo desses excertos ilegíveis está presente na figura abaixo.

**Figura 11 – Trecho do 4º acórdão, exarado pelo TJRJ, em que a apelação é reproduzida, com foto ilegível de trecho do prontuário**

13. Também de maneira equivocada, a Dra. Perita afirmou que *“não há descrição das duas circulares de cordão no relatório do parto cirúrgico nem relato do pediatra”*.

**A anotação, todavia, consta expressamente do partograma** de fls.

93:



**E ainda na “folha de evolução do paciente”** de fls. 96:

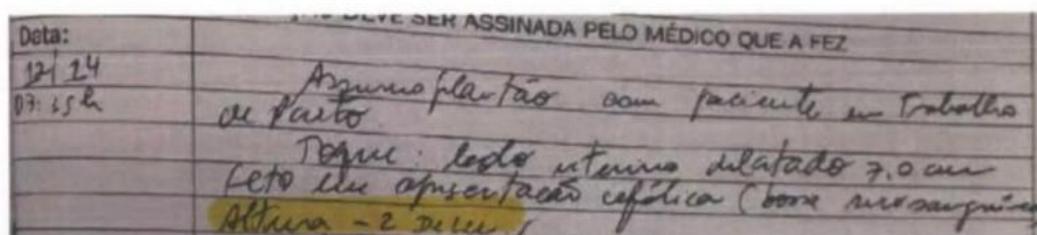
**Fonte:** RIO DE JANEIRO, 2022, p. 260.

Por meio dessa estratégia de justificação, a relatora demonstra o motivo pelo qual entende estarem demonstradas as omissões no laudo sobre informações que respaldariam a indicação para a via cesárea. No trecho apresentado na figura abaixo, é interessante notar que a falta de registro enfatizada pela perita é relativa a quatro informações distintas, mas complementares aos diagnósticos que levaram à indicação da cesárea: 1) a evolução do parto; 2) a realização de exames complementares que avaliassem a vitalidade fetal, tais como ultrassonografia ou cardiotocografia; 3) o plano (a altura) em que se encontrava o feto; 4) a parada de progressão do parto.

**Figura 12 – Trecho do 4º acórdão, exarado pelo TJRJ, em que há reprodução de documento destacado pelos apelantes**

Afirma a perita que “Não há registro em partograma da evolução do parto (fls. 93). Não há registro nos autos de a parturiente ter sido submetida a exame complementar (ultrassografia ou candiotocografia intraparto) para avaliação de vitalidade fetal durante o trabalho de parto. Não há descrição do plano (altura) em que se encontrava o feto, nem de parada de progressão do parto”.

Contudo, comprovou o apelante que as referidas anotações foram lançadas no prontuário, como a anotação referente à altura do feto:



**Fonte:** RIO DE JANEIRO, 2022, p. 259.

Por todas, uma única afirmação é destacada pelos advogados dos apelantes, a do plano fetal em -2, informação anotada, aparentemente, às 7:15 da manhã. Em outra passagem do acórdão, é possível ver que, logo abaixo dessa informação sobre a altura do feto, há anotação dos batimentos cardíacos fetais (BCF) em 140 batimentos por minuto, ao lado do que há, entre parênteses, a afirmação de que exista DIP umbilical. Após isso, informa estar aguardando cesariana por desproporção céfalo-pélvica (DCP) e provável circular cervical do cordão umbilical.

Reproduzo abaixo esse trecho do prontuário, também reproduzido no acórdão.

Figura 13 – Trecho do prontuário médico reproduzido pelo 4º acórdão, julgado pelo TJRJ

Data: 20 / 12 / 14 07: 15h	Aguardando parto com paciente em trabalho de parto.
	Toque: fundo uterino dilatado 7,0 cm Feto em apresentação cefálica (boa apresentação) Altura - 2 de LU. Rit 140 BPM (Presença de DIP umbilical) Aguardando cesariana por desproporção cefalopélvica e provável circunferência cervical em cordão umbilical.
20-12-14	Indicado parto cesariano por DCP. Realizado parto cesariano com nascimento de 03 kg em boas condições de vitalidade.

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2022, p. 261.

Diferentemente do processo que analisei anteriormente, julgado pelo TJSP, neste, não há atenção à cronologia do desenrolar do parto, muito embora, um dos argumentos que teria justificado a indicação da cesariana tenha sido a parada de progressão do parto. Em uma revisão de literatura na qual buscaram as melhores evidências disponíveis sobre indicações de cesariana, Meliana Amorim, Alex Souza e Ana Maria Porto (2010) afirmam que

Nas distocias de progressão, o parto normal pode ser alcançado mediante correção da contratilidade uterina, porém a cesariana encontra-se indicada quando a desproporção cefalopélvica é diagnosticada pelo uso judicioso do partograma. (...) A distocia ou falha na progressão do trabalho de parto representa um terço das causas de cesarianas nos países desenvolvidos. O diagnóstico é realizado quando a dilatação cervical na fase ativa do trabalho de parto encontra-se abaixo da média, mediana ou do 10º percentil (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010, p. 415-416).

Apesar da necessidade de uso rigoroso do partograma para o diagnóstico da desproporção cefalopélvica, em todo o acórdão, a única menção feita a horários está nas cópias do prontuário: esse primeiro, às 7:15, e o segundo, às 12:14, já registrando a realização do parto cesariana, por DCP, e o nascimento do bebê em boas condições de vitalidade.

Diante da análise do prontuário, a relatora entende não ter havido qualquer ato de violência obstétrica, considerando que havia razões a fazerem com que a cesariana fosse indicada. Nesse ponto, ela salienta, inclusive, que não foram as circulares de cordão que, sozinhas, motivaram tal decisão técnica, mas o conjunto dos dados avaliados.

De todo a análise do prontuário médico, não se vislumbra a chamada violência obstétrica, pois a parturiente pode ansiar pela realização do parto normal, mas nem sempre este poderá ser realizado, sob pena de colocar em risco a saúde da mãe ou do feto e este cenário só pode ser avaliado por profissionais da área, nunca a parturiente. A circular de cordão pode não ser empecilho para o parto normal, como é de conhecimento comum, mas nem sempre será possível diante de outros dados (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 261).

A desembargadora entende que o fato de ter a cirurgia transcorrido de forma normal, sem sofrimento do bebê ao nascer e sem qualquer dano à saúde da autora, houve sucesso da intervenção, de modo que não haveria qualquer ofensa ao princípio da dignidade humana – hipoteticamente, portanto, em seu entender, a violência obstétrica fere tal princípio.

De outra ponta, a relatora avaliza a negativa da presença da acompanhante, pois, apesar de não ter havido prova oral para comprovar as alegações das partes sobre como teriam corrido os acontecimentos naquele dia, ela considerou incontroverso que ambas, parturiente e sua mãe, estariam exaltadas no momento. Conforme o relatado na petição inicial, a autora

[...] repetia a todo instante que não queria ser submetida a uma cesariana e queria a mãe ao seu lado. Nesta sala a Autora pedia para as enfermeiras deixarem sua mãe entrar e insistia que seu parto deveria ser normal. Neste momento, uma enfermeira sussurrou no ouvido da paciente: 'se você quiser ter essa criança de parto normal, comece a fazer bastante força, porque o médico vai chegar e fazer cesárea'. A Autora entrou em pânico, começou a gritar pela mãe e fazer força, mas a sua mãe estava sendo impedida de entrar na sala para onde levaram a demandante (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 262).

Por outro lado, os réus afirmaram, em sua contestação que

[...] quanto ao alegado impedimento de a mãe da autora acompanhar o parto da filha, o mesmo foi plenamente justificado! Após assinar o referido termo de consentimento informado, a senhora MÃE DA AUTORA, estranhamente passou a questionar de forma bastante agressiva a indicação médica para a cirurgia proposta. Sem qualquer embasamento e aos gritos, pôs-se a afirmar que não existia qualquer circular de cordão ou qualquer outro fator que pudesse justificar a cirurgia. Enfrentou a equipe do hospital, trazendo real temor de que sua presença no centro cirúrgico pudesse trazer riscos à integridade da equipe, da parturiente e em última análise, do bebê (RIO DE JANEIRO, 2022, p. 262).

As mulheres, mãe e filha, ficaram exaltadas por estarem separadas uma da outra e por não confiarem no diagnóstico e no encaminhamento da equipe que acompanhava o parto. A crise dos vínculos de confiança vivida pelos médicos e descrita por Lilia Blima Schraiber (2008) afetou profundamente a experiência não apenas da parturiente, mas também de sua acompanhante que, impedida de estar ao seu lado, tentava, como podia, defender os interesses da filha.

Além disso, o sussurro da enfermeira à parturiente pode sinalizar um incentivo, uma ameaça ou a revelação de algo sigiloso, o que tampouco a tranquilizou em relação à equipe que a assistia. A frase pode ter se baseado na decisão já presente no prontuário ou na atuação costumeira do obstetra de plantão.

Outro aspecto sobre o qual tais relatos (não comprovados, mas, aparentemente, não contestados) lançam luz é a prática de se tomar a assinatura do “termo de consentimento informado” de pessoa diversa daquela que sofrerá as intervenções e, somente, no momento em que ela já está internada para dar à luz. Nesse caso, sequer é possível saber se a mãe da apelante, ansiosa para voltar à presença de sua filha, compreendia, antes de assinar, o teor daquele documento. Ainda que soubesse, seria possível considerar válido o consentimento apostado em um documento por alguém contrariada, e para intervir no corpo de uma pessoa que, expressa e repetidamente, rejeita tal intervenção?

Como ressaltado por Siqueira (2021), a gestação ocorre por um período longo o suficiente para que as informações sejam passadas de forma abrangente, ao menos em relação aos cenários mais comuns. Ademais, uma vez que a maternidade ou o hospital de referência pode ser conhecido previamente à internação, não haveria impedimento para que os muitos documentos necessários à internação e ao tratamento fossem disponibilizados e explicados com antecedência. Desse modo, a própria parturiente poderia refletir acerca deles, prestar seu consentimento pessoalmente e, caso apresente discordância quanto a algum ponto não negociável pela instituição, incluir também esse dado no sopesamento sobre o melhor lugar para ser atendida.

Em nenhum momento, há menção a qualquer esclarecimento feito à parturiente, seja sobre as intercorrências em seu trabalho de parto, seja sobre as possíveis intervenções para o caso, com as vantagens e desvantagens de cada uma. Não apenas por ela estar contrária à realização da cesariana, mas esse fato reforça ainda mais a necessidade dessa postura, seria importante informar a ela, por exemplo,

os pontos positivos e negativos da cesárea, além dos relativos a outras abordagens possíveis. Considerando a preferência da mulher pelo parto normal, caberia ao profissional explicar a ela, caso se estivesse diante de uma única decisão possível, as razões pelas quais não seria adequado buscar o estímulo às contrações uterinas, por exemplo, com a utilização de ocitocina sintética (AMORIM; SOUZA; PORTO; 2010), antes da realização de uma cesariana intraparto, passando por cima de sua vontade.

Ao final, a relatora afirma ser descabida a presença de uma pessoa exaltada no centro cirúrgico, algo tendente a atrapalhar a necessária concentração para se realizar uma cirurgia de médio porte. E, como só estivesse presente a mãe da autora naquele momento, não havia outra pessoa que pudesse acompanhá-la durante a cirurgia. Concluiu não ser configurada responsabilidade ou violência obstétrica, estando excluídos o dano estético e o dano moral pleiteados. A decisão foi pela procedência do recurso, julgando improcedente o pedido e condenando a autora ao pagamento das despesas processuais e dos honorários advocatícios de R\$1.500,00, observada a gratuidade de justiça. Por unanimidade, o tribunal seguiu a decisão da relatora para reformar a sentença.

Tal decisão reforça o achado de Taysa Schiocchet e Suéllyn Mattos de Aragão (2023) ao pesquisarem, via análise discursiva, as decisões judiciais do Sul do Brasil, segundo as quais haveria, nessas decisões, silêncios quanto a princípios bioéticos. Por outro lado, diferentemente do encontrado pelas autoras quanto à prova pericial, à qual, geralmente, seria atribuída certa carga valorativa positiva, sem que houvesse ponderações sobre a qualidade da referida prova. Neste caso, ela foi, sim, inserida no prisma do sopesamento das provas coligadas. E, contrastada com outros meios de prova, mormente documentais, acabou por ter um valor de convencimento muito menor para o tribunal do que tivera para o juízo de primeiro grau.

Por fim, o único julgado decorrente de um tribunal superior que aparece na primeira página da busca do Jusbrasil é uma decisão monocrática do STJ. Nela, o ministro relator analisa tão somente questões processuais e, baseado na Súmula 7 do mesmo tribunal, decide por não dar seguimento ao recurso especial interposto. Ele entende que, para julgar dos pedidos dos recorrentes, seria necessário reanalisar as provas processuais, algo restrito às instâncias ordinárias dos processos.

Observei tratar-se de um caso bastante relevante. Além de ter sido o primeiro a provocar o STJ a “pronunciar” – ainda que em decisão de apenas um de seus membros – a expressão “violência obstétrica”, trazia em seu bojo um debate bastante

complexo, tendo havido, inclusive, divergência interna entre os desembargadores da Câmara que o julgara no tribunal de origem, com quatro votos declarados. Considerando, ainda, que o acórdão recorrido foi exarado pelo TJMG, instituição que tenho privilegiado observar nesta pesquisa, optei por analisar o documento alvo do recurso que ensejou a prolação daquela decisão monocrática. Ao fim e ao cabo, o STJ manteve a decisão como exarada pelos desembargadores do TJMG. Reproduzo abaixo a ementa de tal acórdão.

A conduta médica imputada de culpa, quando resulta a acusação de dano fundado em laudo de necropsia, documento oficial, invoca contraprova do médico. Sem contraprova, somada a indícios outros existentes nos autos, resultantes de testemunhos contraditórios, é possível inferir a culpa diante do resultado morte, principalmente se não há qualquer outro fato denotado como causador do óbito.

V.V. APELAÇÃO CÍVEL - RESPONSABILIDADE CIVIL - MÉDICO - REQUISITOS - ÔNUS DA PROVA - PARTE AUTORA. 1. A responsabilidade civil do médico, como profissional liberal, exige a presença simultânea de três requisitos: a) a existência de dano ao paciente; b) a conduta culposa do médico decorrente de imperícia, negligência ou imprudência; e c) o nexo de causalidade entre a conduta culposa do médico e o dano sofrido pelo paciente. 2. Incumbe à parte autora comprovar, de forma segura e robusta, a presença dos requisitos imprescindíveis à responsabilização civil do médico. (MINAS GERAIS, 2017, p. 1).

A leitura do acórdão que decidiu, em sede de apelação, o mais antigo processo em que foi articulado o conceito de “violência obstétrica” no TJMG demonstra que também ao julgar é necessária a abertura para, como descreveu Schritzmeyer (2007) a recomposição dos fatos a partir de fragmentos. Nesse contexto as regras processuais sobre a distribuição do ônus da prova operam importante papel supletivo (e, não por acaso, um outro acórdão julgado pelo TJMG era referente a agravos de instrumento em que se buscava, sem sucesso, reverter a decisão de inversão do ônus da prova).

Referente a fatos ocorridos em 2007, o caso proposto em 2008, foi julgado 9 anos depois, em 23 de maio de 2017, apenas por homens, tanto na primeira, quanto na segunda instância. Trata da morte de um recém-nascido que, de acordo com a necropsia, não teve causa definida, sendo as únicas anomalias percebidas na cabeça e couro cabeludo “onde se apresentou bossa sanguínea em região occipital. Aberto o crânio onde se apresentou pequeno hematoma subdural” (MINAS GERAIS, 2017, p. 8). Na sentença, o juiz havia dado provimento ao pedido inicial e condenado tanto o médico, quanto a mantenedora do hospital a, solidariamente, indenizarem com 2/3 do

salário mínimo mensais, retroativos à data dos fatos, pelos danos morais sofridos, os pais do bebê, que falecera logo após o nascimento.

Inconformados, os réus interpuseram apelação em que argumentam, de acordo com o relator, que o resultado da necropsia não chegou a atribuir a causa da morte; que não foi utilizado fórceps durante o parto, o que teria ficado provado pelas provas testemunhais e pelo prontuário, no qual não há lançamento desse procedimento; ser provado e comprovado que o recém-nascido não apresentou hematomas grandes; não haver nexo de causalidade entre a conduta do médico (manobra de Kristeller) e o resultado morte do bebê, afastando a responsabilidade civil dos requeridos; que o juiz de primeiro grau não tinha conhecimento técnico para analisar o prontuário e definir que o médico deveria ter realizado cesariana em detrimento do parto normal; e requer seja reconhecida culpa exclusiva ou concorrente da autora pela ocorrência do evento danoso.

Chamou-me especial atenção esse último pedido, para que se declarasse a culpa exclusiva da mãe pela morte de seu filho. Em um trecho do depoimento da enfermeira que testemunhou no processo, a autora foi descrita como alguém que “não colaborava”, que se movimentava muito, dificultando o trabalho da equipe, o que remonta às pesquisas de Janaína Aguiar (2010; 2011). Na própria contestação, o médico informava ter tentado utilizar o fórceps, mas não ter conseguido encaixá-lo em decorrência da movimentação da parturiente, razão pela qual apenas aplicou a pressão no fundo do útero, conhecida como manobra de Kristeller.

No Tribunal, o julgamento teve início no dia 10 de novembro de 2016, com o voto do relator. Para ele não caberia ao juiz tecer considerações sobre a ciência médica, devendo ater-se apenas à análise sobre a existência de erro médico inescusável (o que não seria o caso dos autos), votou pelo provimento do recurso, para reformar a sentença. Afirmou que a prova pericial atestava não ter havido inobservância de procedimentos médicos por parte do agente. Nesse voto, não se fala em violência obstétrica, mas, sim, em erro médico, que, com base na prova pericial e levando em conta a contradição dos depoimentos colhidos, entende não ter havido.

Já o primeiro vogal inaugura a divergência.

Também entende que a controvérsia gira em torno da ocorrência de erro médico. Mas a mesma prova pericial que, para o relator, comprovara a conduta médica adequada, foi, para o revisor, prova relativa da culpa do obstetra. Explico. Buscando afastar sua responsabilidade, em sua contestação o médico afirma ter

apenas tentado, sem sucesso, devido à movimentação excessiva da autora, utilizar o fórceps, e realizado, efetivamente, a técnica Kristeller ("consistindo em compressão manual sobre o fundo corpo do útero para ajudar no despendimento do polo cefálico fetal").

Entendeu o revisor que o reconhecimento da tentativa de utilização de fórceps e da efetiva realização da manobra de Kristeller eram indícios de que a lesão do feto teria sido decorrente dessa atuação. Dessa forma, seria da parte ré o ônus de realizar contraprova de que as lesões encontradas na necropsia não teriam sido causadas por culpa do médico, o que não teria sido feito ao longo do processo. Por essa razão, votou para que fosse negado provimento ao recurso e mantida a sentença.

O segundo vogal, por sua vez, acompanha o relator, mas não deixa de tecer considerações sobre o mérito. Diferentemente do relator, para quem o conjunto probatório se mostrava inconclusivo, o que impediria a formação do nexos causal para a caracterização da responsabilidade civil, para este segundo vogal, a partir da causa mortis indeterminada e do depoimento da enfermeira que acompanhou o parto, era possível afastar totalmente qualquer conduta imprudente, negligente ou imperita do requerido. Desse modo, era o segundo voto para que o recurso fosse acolhido e a sentença fosse reformada, e um voto para que o recurso fosse negado.

Em casos como esse, em que o resultado da apelação não é unânime, o Código de Processo Civil (BRASIL, 2015, art. 942) determina que o julgamento tenha continuidade com a presença de outros julgadores, em número suficiente para que o resultado inicial possa ser revertido. Isso pode acontecer em outra sessão ou, sendo possível, na mesma sessão, com o colhimento dos votos dos outros julgadores que, porventura, componham a câmara (órgão colegiado em que se organizam os juízes dos tribunais).

Foi o caso desse julgamento o agendamento de nova sessão, para que outros dois desembargadores pudessem proferir seus votos sobre o caso. A nova sessão ocorreu no dia 23 de maio de 2017 e iniciou com o voto do terceiro vogal.

Nesse voto, o desembargador recorre ao relato feito pelo médico responsável pelo parto em sua contestação e entende (e ressalta) que ele tenha confessado haver tentado utilizar o fórceps e confessado a realização da manobra de Kristeller. A partir daí, o julgador inicia sua argumentação para avaliar a conduta médica, fundada não em artigos de lei ou teses jurisprudenciais, mas em recomendações da Organização Mundial da Saúde, da ANVISA, do Ministério da Saúde e dos Conselhos Regionais

de Medicina para afirmar que a manobra de Kristeller é contraindicada e proibida, exatamente por ser causa de inúmeros traumas materno-fetais. Cita, ainda, literalmente, o trecho do dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência contra as Mulheres em que se fala sobre a manobra de Kristeller (mantendo, inclusive, o depoimento de uma mulher em quem o procedimento foi realizado).

E é nessa citação que, caracterizando a manobra de Kristeller, pela primeira vez ao longo do acórdão, aparece a expressão “violência obstétrica”. Além disso, o desembargador recorreu aos horários anotados desde o encaminhamento à sala de parto até a tentativa de usar o fórceps e a realização manobra de Kristeller. Foi um intervalo de 43 minutos, ao qual o réu, na contestação, chamara de “longo período expulsivo”. Comparou esse dado com o que informa o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia sobre a duração normal do período expulsivo (que varia de três horas, em primíparas com analgesia, a uma hora, em múltiparas sem analgesia). Assim, conclui:

Portanto, 43 (quarenta e três) minutos não se configura como "longo período expulsivo" a justificar a utilização de manobra proibida, configuradora de violência obstétrica e que, claramente, conforme diversas pesquisas, é causa de inúmeros traumas materno-fetais como ocorreu no caso em tela. O relatório de necropsia comprovou a existência de lesões e bossa sanguínea na cabeça da criança morta: (...)  
Em análise detida de toda a prova colhida nos autos, conclui-se que a referida lesão foi resultado da violência obstétrica sofrida pela demandante, sendo a causa da morte da criança, pelo que deve ser mantida integralmente a sentença (MINAS GERAIS, 2017, p. 8, grifo meu).

Neste voto, pela primeira vez, um desembargador do TJMG reconheceu que (1) a manobra de Kristeller constitui técnica obsoleta, proibida e uma violência obstétrica, e (2) que uma violência obstétrica foi a causa da morte de uma criança.

O quarto vogal, por sua vez, optou por aderir ao voto do primeiro vogal, que inaugurara a divergência, sem fazer qualquer consideração sobre o tema, mas fazendo com que a sentença fosse mantida.

Este caso chama a atenção para a pluralidade de decisões às quais é possível chegar a partir da análise do mesmo conjunto probatório e argumentativo. Impossível não o relacionar ao trabalho de Bárbara Lupetti Baptista (2013), sobre o mito da imparcialidade dos juízes. Para cada indivíduo que se manifestou nesse acórdão, o conjunto probatório revelou uma verdade distinta. A resposta jurídica pode até ter sido

a mesma em alguns casos, manutenção ou reforma da sentença, mas sob uma justificativa distinta.

É possível que o debate sobre se tratar ou não de caso de violência obstétrica sequer tenha partido das partes do processo. Sugiro isso, já que apenas um dos desembargadores mobilizou o conceito em seu voto. Em 2008, quando o processo foi proposto, as discussões acerca da qualidade da assistência obstétrica no Brasil já estavam bastante avançadas entre grupos de profissionais da área, mas ainda pouco difundida na mídia e entre usuárias. Pelos registros de que dispomos, no Brasil, ainda não se utilizava, àquela época, a expressão “violência obstétrica” (KLUJSZA, 2019; ME CONTA UMA COISA, 2022). E foi em 2013 que a questão foi causa de pedir alegada em uma petição inicial de indenização civil (KLUJSZA, 2019).

Nove anos depois daquele ajuizamento, em 2017, contudo, era significativo, adequado e simbólico tratar os fatos pelo seu nome. Nomear – e reconhecer – o sofrimento daquela mulher que, de acordo com a defesa do réu, seria a única culpada pela morte de seu filho. Apenas por não colaborar. Por mover-se frente aos maus tratos que recebia.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão de uma tese é sempre um momento singular, que culmina todo um processo e que tem o intento de trazer uma resposta à pergunta de pesquisa, mas também de avaliar o processo vivido e de fazer prospecções. É este, portanto, o tom destas considerações finais.

Como é de ciência do leitor, a pergunta que motivou esta pesquisa foi: qual é o tratamento dado pelo Judiciário brasileiro a casos envolvendo violência obstétrica? Pude constatar, no percurso da pesquisa, que se trata de uma expressão relativamente nova para a sociedade e para os tribunais brasileiros. Essa expressão guarda consigo uma valoração inédita para o campo da Medicina Obstétrica. Diferentemente de avaliar se a técnica utilizada é certa ou errada, passa-se, agora, à construção de uma nova moralidade sobre a assistência obstétrica, verificando se ela viola direitos humanos da mulher.

Do embate entre os modelos de assistência tecnicista e humanizado, possibilita-se o questionamento de práticas protocolares, corriqueiras e naturalizadas, na obstetrícia praticada com a hospitalização do parto. Essas novas demandas, chegando aos tribunais brasileiros, têm recebido tratamentos difusos, não sendo possível identificar, no *corpus* analisado, uma compreensão conceitual. Isso vai ao encontro do que Mariana Pulhez (2022) defende, ao caracterizar violência obstétrica como um conceito fronteira, que, por não ter uma acepção fechada, adapta-se a contextos variados e é alvo de disputas, recebendo mais atenção e, também por isso, tornando-se mais conhecido. Para ela, é justamente nesse aspecto fronteiro que reside a força desse conceito. Ainda assim, por ser uma noção relativamente nova e pouco mobilizada por mulheres, profissionais da saúde e, especialmente, juristas, percebo que a “violência obstétrica” ainda não se inscreveu com solidez no universo do possível para a sociedade em geral.

Apesar disso, foi possível constatar que, em tese, existe um reconhecimento de que violência obstétrica é um dano a ser indenizável. A dificuldade, contudo, está tanto na compreensão de atitudes alinhadas ao modelo tecnocrático de assistência como violentas, quanto na comprovação dos fatos alegados.

No primeiro obstáculo, um aspecto que ressaltou nos dados foi a pouca aplicabilidade, nos julgados do direito à autodeterminação da mulher. Embora seja este um ponto muito importante no movimento e nas discussões teóricas, no *corpus*

analisado, quando a discussão sobre a realização de intervenções não consentidas foi levantada, a autonomia da paciente foi desconsiderada face a uma suposta indicação técnica da conduta.

Essa difusão é também perceptível quanto à ressignificação, por parte dos julgadores, do parto (KLUJSZA, 2019), uma vez que, mesmo em alguns casos em que há reconhecimento da violência obstétrica, os votos deixam pistas de que o imaginário do autor ainda está relacionado ao modelo de assistência medicalizado. Além disso, mesmo mobilizando fundamentos legais e teóricos explicitando o que seja violência obstétrica, nem sempre, constroem relação com o caso julgado.

Outro entrave ocorre porque a única forma de comprovar algumas alegações seria por meio de provas testemunhais, o que fica prejudicado pelo próprio contexto de assistência. Quando é garantido à mulher o direito a acompanhante, este, geralmente, guarda com ela alguma proximidade que o impede de ser ouvido como testemunha, mas apenas como depoente. No sopesamento das provas, isso compromete a força de convencimento dessa voz. Já as provas periciais manifestam grande força de convencimento, mas dificilmente as perícias são conclusivas no sentido de afirmarem que houve violência, visto que o olhar do perito foca a técnica do profissional, sendo mais adequada para a avaliação da ocorrência de erro médico do que de violência obstétrica. Inclusive, observei a possibilidade de reconhecimento de violência obstétrica desatrelada da comprovação de erro médico, embora não seja uma decisão comum.

Quanto à compreensão teórica de que não existe violência sem insulto moral (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2011), no caso da violência obstétrica, existe dificuldade de tradução em evidências concretas do insulto. Ademais, muitas vezes, as marcas palpáveis deixadas não são legitimadas como indícios de violência, mas como decorrências naturais de procedimentos corriqueiros. O corpo da mulher Não é possível afirmar que haja alguma diferença dos posicionamentos observados, entre os julgadores homens e mulheres, no *corpus* em análise. Outrossim, é possível identificar pouca divergência entre os desembargadores, caracterizando unanimidade nos acórdãos.

Os dados quantitativos revelaram que há uma rarefação desses julgados nas regiões Norte e Nordeste, sendo apenas o estado de São Paulo responsável por 36% dos acórdãos encontrados na busca. Por outro lado, é crescente, no geral, o número de ações judiciais cujo objeto é a violência obstétrica.

As demandas e práticas obstétricas apresentadas judicialmente como violência obstétrica estão, principalmente, ligadas à assistência no momento do trabalho de parto e ao parto; são vinculadas a práticas de maus tratos físicos e verbais, com destaque à manobra de Kristeller, à episiotomia, à negativa de acompanhante, a xingamentos e ameaças à parturiente. Existem também relatos de abandono e negligência na atenção ao parto, além de casos menos numerosos relativos a intervenções não consentidas. Em todos os casos analisados em que houve reconhecimento de violência obstétrica, o bebê sofreu algum dano. Por outro lado, em todos os casos analisados em que não houve comprovação ou alegação de dano ao bebê, as decisões foram desfavoráveis às mulheres. Isso se relaciona à representação tradicional de um “bom parto” que diz respeito a um evento breve e a um bebê sadio (AGUIAR, 2010).

As ações movidas que compunham o *corpus* analisado eram de responsabilidade civil por danos morais. Nele, não pude observar tendência pelo reconhecimento ou não do dever de indenizar danos em função da prática de violência obstétrica, já que, nos dois momentos da pesquisa em que trabalhei com análise qualitativa metade das decisões era favorável à indenização e a outra metade era contrária.

No percurso desta pesquisa, dediquei-me à etnografia de documentos, imergindo no universo dos julgados dos tribunais brasileiros levantados por meio da palavra-chave “violência obstétrica”. Realizei uma pesquisa exploratória e, em alguns momentos, vi-me insegura ao perceber o crescimento e a instabilidade do volume dos dados. Ao definir marcos temporais, pude estabilizar o universo de dados e selecionar aqueles documentos que, de fato, comporiam as amostras para análise. Após isso, fiz levantamentos quantitativos, no intuito de compreender panoramicamente a realidade dos julgados para, na sequência, fazer análise quali quantitativa e aprofundamento qualitativo. Julguei coerente esse percurso metodológico com a pergunta motivadora da pesquisa, visto que ele me permitiu enxergar o fenômeno em movimento, tanto de modo horizontal, quanto de forma mais vertical.

O trabalho com fonte documental foi, para mim, uma delicada experiência de aprendizado. O registro frio dos acórdãos contrastava com os fatos ali narrados e com minha experiência de doula, de jurista, de pesquisadora em Direitos Humanos e de mulher. Muitas vezes, isso provocou em mim angústia, dor, empatia, revolta e certa confirmação do valor deste trabalho. Rememoro que, lá no início dele, realcei que não

era meu interesse falar em nome de ninguém, mas apresentar uma contribuição que pudesse viabilizar uma melhor compreensão desse fenômeno, em prol da melhoria dos cuidados obstétricos em uma situação de saúde pública brasileira. Coube-me, como pesquisadora, realizar este trabalho que, talvez possa contribuir para a atualização de conceitos por parte dos profissionais jurídicos e da saúde. Pesquisas posteriores podem se dedicar a questões vinculadas à capacitação dos grupos envolvidos, talvez, com recursos de pesquisa aplicada. Entendo que os resultados deste trabalho poderão contribuir também para o enfrentamento dessa forma de violência, que vem sendo denunciada por mulheres, pela mídia e pela ciência.

Na direção do entendimento de que a Antropologia do Direito permite ao jurista se olhar no espelho, às vezes, com lupa, este trabalho possibilitou-me ver lacunas e conquistas sociais, que são frutos de lutas históricas que as retroalimentam. Elas têm possibilitado, ainda que com disputa, a expansão dos direitos humanos da mulher.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques de *et al.* Violência institucional, direitos humanos e autoridade tecno-científica: a complexa situação de parto para as mulheres. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. v. 24. 2000. Acesso em: 02 set. 2021, e200231. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.200231>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.200231>.
- AGUIAR, Janaína Marques de. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. Programa de Pósgraduação em Medicina Preventiva (Tese de Doutorado), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface (Botucatu)*, v. 15, n. 36, p. 79-92, mar. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 12 mar. 2021. Epub 10-Dez-2010. <https://doi.org/10.1590/S1414-328320110005000035>.
- ALÁYA DULLIUS. *Coletor Menstrual - o "copinho" que vai mudar sua menstruação*. YouTube, 12 mar. 2015a. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=KwuY50orlVM>. Acesso em: 20 jun. 2023.
- ALÁYA DULLIUS. *Menstruação tabu e autonomia feminina*. YouTube, 23 jun. 2015b. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=WWvY7xnzeHM&t=7s>. Acesso em: 20 jun. 2023.
- AMORIM, Melania Maria Ramos de; KATZ, Leila. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*, São Paulo, p. 47-54, 2008. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-493990?lang=pt>>. Acesso em: 2 ago. 2023.
- AMORIM, Melania Maria Ramos. *A falácia da circular de cordão*. 16 ago. 2012. *Estuda, Melania, Estuda!* Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/a-falacia-da-circular-de-cordao.html>. Acesso em: 3 fev. 2023.
- AMORIM, Melania Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Rolland; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina*, v. 38, n. 8, p. 415-422, 2010. Disponível em: [https://www.dropbox.com/s/p9xv0m8kbg7tsvn/cesariana\\_baseada\\_evidencias\\_parte\\_I.pdf](https://www.dropbox.com/s/p9xv0m8kbg7tsvn/cesariana_baseada_evidencias_parte_I.pdf). Acesso em: 5 ago. 2023.
- ARENDRT, Hannah. *Entre o passado e o futuro*. 7a ed. São Paulo: Perspectiva; 2003.
- ARQUIVO DE AÇÕES DA PARTO DO PRINCÍPIO. 2015. **Parto do Princípio**. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/a--es-da-rede-parto-do-princ-pio>. Acesso em: 13 ago. 2023.
- ARTAL-MITTELMARK, Raul. Condução do trabalho de parto normal. Trabalho de parto normal e parto. *Manuais MSD: edição para profissionais da saúde, Ginecologia e obstetrícia*. Merck Sharp and Dohme, mai. 2021. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e->

obstetr%3%ADcia/trabalho-de-parto-normal-e-parto/condu%3%A7%C3%A3o-do-trabalho-de-parto-normal. Acesso em: 2 abr. 2023.

BANDEIRA, Regina. *Juiz brasileiro é homem, branco, casado, católico e pai*. 13 set. 2018. Portal CNJ. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/juiz-brasileiro-e-homem-branco-casado-catolico-e-pai/>. Acesso em: 23 ago. 2023.

BAPTISTA, Bárbara Gomes Lupetti. A crença no princípio (ou mito) da imparcialidade judicial. *Revista de Estudos Empíricos em Direito*, v. 7, n. 2, p. 203–223, 27 maio 2020. DOI 10.19092/reed.v7i2.470.

BAPTISTA, Bárbara Gomes Lupetti. A minha verdade é a minha justiça: dilemas e paradoxos sobre o princípio da imparcialidade judicial. *Cadernos de campo*, v. 22, p. 301-3014, 2013.

BAPTISTA, Bárbara Gomes Lupetti. A Oralidade Processual e a Construção da Verdade Jurídica. *Revista da SJRJ*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 131–160, 2008. Disponível em: <https://www.jfrj.jus.br/sites/default/files/revista-sjrj/arquivo/76-252-1-pb.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2023.

BOWSER, Diana; HILL, Kathleen. *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis*. Bethesda, Maryland: USAID-TRAction Project; 2010.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei 7633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: Portal da Câmara dos Deputados (camara.leg.br). Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. *Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180: relatório 2017*. Ministério dos Direitos Humanos: Brasília, 2018.

BRASIL. *Código de processo civil*. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Brasília: Diário Oficial da União de 17 de mar. 2015. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm). Acesso em: 22 jul. 2023.

BRASIL. *Código penal*. Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União de 31 de dez. de 1940, retificado em 3 de jan. de 1941.

BRASIL. *Lei 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. Brasília: Diário Oficial da União de 08 abr. 2005. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm). Acesso em: 20 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Balanço anual: Ligue 180 recebe mais de 92 mil denúncias de violações contra mulheres*. Brasília, 2019a. Publicado em: 06/08/2019, 16h59. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/agosto/balanco-anual-ligue-180-recebe-mais-de-92-mil-denuncias-de-violacoes-contra-mulheres>. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa. *Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008*. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: Diário Oficial da União, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS – Volume 4: Humanização do parto e do nascimento*. Brasília, DF: UECE/ Ministério da Saúde, 2014. Acesso em 26 de julho, 2016, em [http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Despacho SEI/MS 9087621: Acusa-se o recebimento do Ofício nº 017/19 – JUR/SEC referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”*. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 03 mai. 2019b. Disponível em: <http://www.sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Ofício Nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS*. Em resposta à recomendação nº 29/2019 do Ministério Público Federal de São Paulo. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. Brasília, 07 jun. 2019. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 30 set. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Decisão Monocrática). Agravo em Recurso Especial: AREsp 1374952 MG 2018/0256974-8 – Minas Gerais, Comarca de Governador Valadares. Agravo em Recurso Especial. Responsabilidade Civil. Ação de reparação por danos morais. Morte de recém-nascido. Rever as conclusões do acórdão recorrido. Súmula 7/STJ. Agravo conhecido para não conhecer do recurso especial decisão. Relator: Ministro Marco Aurélio Bellizze, 25 de junho 2019. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1fm1AmRhCdb7o8gWK1BrJ3S-vdVH-3Lv9/view?usp=sharing>. Acesso em: 09 set. 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça, Corte Especial. Súmula 7. Julgado em: 28/06/1990. Brasília: *Diário do Judiciário de 03/07/1990*, p. 6478.

BRASILEIRO, Ada Magaly Matias. *Como produzir textos acadêmicos e científicos?* São Paulo: Contexto, 2021.

BRASILEIRO, Ana Clara Matias; PEREIRA, Fernanda Araujo. Cesarianas eletivas no Brasil: exercício ou negação da autonomia das pacientes? *Revista do Instituto de Ciências Penais*, v. 6, n. 1, p. 185–221, jun. 2021. DOI 10.46274/1909-192XRICP2021v6n1p185-221.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Luís Roberto. *Direito legal e insulto moral: dilemas da cidadania no Brasil, Quebec e EUA*. Rio de Janeiro: Garamond, 2011.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Luís Roberto. Existe violência sem agressão moral? *Isso. Bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 67, p. 135-146, jun. 2008.

CEFAÏ, Daniel. Como uma associação nasce para o público: vínculos locais e arena pública em torno da Associação La Bellevilleuse, em Paris. In : CEFAÏ, D.; MELLO, M. A.; MOTA, F. R.; VEIGA, F. B. (orgs.). *Arenas públicas: por uma etnografia da vida associativa*. Niterói, Editora da UFF.

CEFAÏ, Daniel; PASQUIER, Dominique. *Les sens du public: publics politiques, publics médiatiques*. Paris: Presses Universitaires de France, 2003.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. *Alyne v. Brasil: Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (“Alyne”) v. Brasil*. Disponível em:

<[https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/LAC\\_Alyne\\_Factsheet\\_Portuguese\\_10%2024%2014\\_FINAL\\_0.pdf](https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10%2024%2014_FINAL_0.pdf)>.

CERDEIRA, Rayssa. *Número de denúncias de violência obstétrica já é dez vezes maior esse ano*. CBN. Publicado em 21 mai. 2019. Disponível em: <<https://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/260878/numero-de-denuncias-de-violencia-obstetrica-isso-e-d.htm>>. Acesso em: 04 dez. 2019.

COCHRANE LIBRARY. *About Cochrane Reviews*. 2023. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/about/about-cochrane-reviews>. Acesso em: 29 jul. 2023.

COMITÊ CEDAW. *Alyne da Silva Pimentel vs. Brazil*. Comunicação nº 17/2008, §21, Documento da ONU: CEDAW/C/49/D/17/2008, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *CNJ – Painel Estatísticas do Poder Judiciário*. 2023. CNJ – DataJud. Disponível em: <https://mapas.stg.cloud.cnj.jus.br/>. Acesso em: 11 ago. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Perfil sociodemográfico dos magistrados brasileiros 2018*. Brasília: CNJ, 2019. Disponível em: [https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/a18da313c6fdcb6f364789672b64fcef\\_c948e694435a52768cbc00bda11979a3.pdf](https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/a18da313c6fdcb6f364789672b64fcef_c948e694435a52768cbc00bda11979a3.pdf). Acesso em: 30 mar. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Relatório de Resultados do Diagnóstico dos Serviços de Jurisprudência no Poder Judiciário*. Brasília: CNJ, 2021. 72 p. Disponível em: [https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/08/pesquisa\\_jurisprudencia\\_cnj-fev2021.pdf](https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/08/pesquisa_jurisprudencia_cnj-fev2021.pdf). Acesso em: 02 ago. 2023.

CUNHA, Leonardo Carneiro da. O julgamento ampliado do colegiado em caso de divergência (CPC, art. 942) e as repercussões práticas da definição de sua natureza jurídica. 8 fev. 2017. *Migalhas*. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/253284/o-julgamento-ampliado-do-colegiado-em-caso-de-divergencia-cpc-art-942-e-as-repercussoes-praticas-da-definicao-de-sua-natureza-juridica>. Acesso em: 11 ago. 2023.

DAVIS, Dána-Ain. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical anthropology*, v. 38, n. 7, p. 560–573, 3 out. 2019. DOI 10.1080/01459740.2018.1549389. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01459740.2018.1549389>. Acesso em: 23 ago. 2023.

DAVIS, Shelton H. (Org.). *Antropologia do Direito*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

DAVIS-FLOYD, Robbie. *Birth as an American Rite of Passage*. London: Routledge, 2022.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75: S5-S23, 2001.

DEBERT, Guita Grin; GREGORI, Maria Filomena, Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 23, n. 66, 2008.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Violência Obstétrica: você sabe o que é?* (Cartilha). Coordenadoria de Comunicação Social e Assessoria de Imprensa da Defensoria Pública de São Paulo: São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2019.

DINIZ, Carmen 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. *J. Hum. Growth Dev.*, 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=isso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=isso). Acesso em: 10 mar. 2021.  
<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>.

DINIZ, Carmen 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. *J. Hum. Growth Dev.*, 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=isso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=isso). Acesso em: 10 mar. 2021.  
<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. São Paulo. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina – USP, 1997.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627–637, 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2005, v. 10, n. 3. Acesso em: 02 set. 2021. Pp. 627-637. Disponível em:  
<<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>>. Epub 11 Jun 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; AYRES, JRCM. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo. São Paulo: 2001.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. *Parto normal ou cesárea: o que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. Rio de Janeiro, Editora UNESP, 2004.

DINIZ, Simone Grilo. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 48, p. 217–220, 2014. DOI 10.1590/1807-57622013.0910. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000100217&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100217&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 31 ago. 2023.

DOM – GRUPO DE PESQUISA EM ANTROPOLOGIA DO DIREITO. *Antropologia do direito no Brasil: um panorama a partir de publicações periódicas (1988-2021)*. Manuscrito ainda não publicado. 2023.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; VIELLAS, Elaine Fernandes; DIAS, Marcos Augusto Bastos; TORRES, Jacqueline Alves; THEME-FILHA, Mariza Miranda; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; LEAL, Maria do Carmo. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 37, p. 140–147, mar. 2015. Disponível em:  
<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/>. Acesso em: 2 set. 2023.

DUCROT, Oswald. *O dizer e o dito*. Campinas: Pontes, 1987.

EL DIB, Regina Paolucci. Como praticar a medicina baseada em evidências. *Jornal Vascular Brasileiro*, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 1–4, 2007. DOI: 10.1590/S1677-54492007000100001. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-54492007000100001&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492007000100001&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 29 jul. 2023.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – ENSP/FIOCRUZ. *Nascer no Brasil: a atenção pré-natal no Brasil*. 2019. Nascer no Brasil. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 2 abr. 2023.

FADYNHA. *A doula no parto: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente*. São Paulo: Editora Ground, 2011.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). *Nota de apoio da Febrasgo ao despacho do ministério da saúde sobre a utilização da expressão “violência obstétrica”*. 13 mai. 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/es/revistas/item/799-nota-de-apoio-da-febrasgo-ao-despacho-do-ministerio-da-saude-sobre-a-utilizacao-da-expressao-violencia-obstetrica>. Acesso em: 30 set. 2023.

FERREIRA, Letícia; LOWENKRON, Laura (Org.). *Etnografia de documentos: pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias*. Rio de Janeiro: E-papers, 2020.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Violência no parto: Na hora de fazer não gritou*. 25 mar. 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-isso-gritou/>. Acesso em 27/04/2023.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO [SESC]. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Saúde reprodutiva e abortamento*. São Paulo, 2010.

GALVÃO, Cristina Maria. Níveis de evidência. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 5–5, 2006. DOI: 10.1590/S0103-21002006000200001.

GEERTZ, Clifford. *O Saber Local: Novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

GERRING, John. *Case study research: principles and practices*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

GOMES, Janaína Dantas Germano. “As mulheres levam mais jeito para isso”: notas sobre o trabalho desempenhado por servidoras do judiciário em São Paulo. In: NICÁCIO, Camila Silva; VIDAL, Júlia Silva. (Orgs.). *O gênero do direito: análise de práticas e instituições*. Rio de Janeiro: Metanoia, 2020.

GRECO, Luís; SIQUEIRA, Flávia. Promoção da saúde ou respeito à autonomia? Intervenção cirúrgica, exercício de direito e consentimento no direito penal médico. *Studia Juridica*. Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Manuel da Costa Andrade (vol 1), v. 108, p. 643-669, 2017.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca; NICÁCIO, Camila Silva. *(Re)pensando a Pesquisa Jurídica: Teoria e Prática*. 5ª edição. São Paulo: Almedina, 2020.

HUNT, Lynn. *Inventing human rights*. New York et Londres, W.W. Norton et Cie, 2007.

JORDAN, Brigitte. Authoritative Knowledge and Its Construction. In: DAVIS-FLOYD, Robbie; SARGENT, Carolyn Fishel (Orgs.). *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, 1997.

JORDAN, Brigitte. *Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*. 4<sup>th</sup>. Ed. Prospect Heights, Ill. Waveland Press, 1979.

KLUJSZA, Stephania Gonçalves. *A Construção Social da Violência Obstétrica*. Tese (Doutorado). Universidade Federal Fluminense. Niterói: 2019. 259 p.

LANSKY, Sônia; FIGUEREDO, Vera de Oliveira Nunes. Acolhimento e vinculação: diretrizes para acesso e qualidade do cuidado perinatal. In *Cadernos Humaniza SUS – Volume 4: Humanização do parto e nascimento*. Brasília, DF: UECE/ Ministério da Saúde, 2014, pp. 155-170.

LAZZERI, Thais. Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto. *Época*. Disponível em: <https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/vitimas-da-violencia-obstetrica-o-lado-invisivel-do-parto.html>. Acesso em: 30 mai. 2021.

LEAL, Maria Do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira Da. Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. suppl 1, p. S5–S5, ago. 2014. DOI 10.1590/0102-311XED01S114.

LIMA, Roberto Kant de; BAPTISTA, Bárbara Gomes Lupetti. Como a Antropologia pode contribuir para a pesquisa jurídica? Um desafio metodológico. *Anuário Antropológico*, [S. l.], v. 39, n. 1, p. 9–37, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/6840>. Acesso em: 30 ago. 2022.

LIMA, Vanessa. *Ponto do marido depois do parto: você já ouviu falar?* Revista Crescer. Publicado em: 30 jun. 2017. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Polemica-do-isso/noticia/2017/06/ponto-do-marido-depois-do-parto-voce-isso-ouviu-falar.html>. Acesso em: 31 mar. 2021.

MACHADO, Ida Lucia. A ironia como estratégia comunicativa e argumentativa. *Bakhtiniana*, São Paulo, v. 1, n. 9, p. 108-128, jan./jul. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bak/a/mYBh6frXWPCZXwKzbtChLYj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2023.

MANDELL, Brian F. Medicina baseada em evidências e diretrizes clínicas: tópicos especiais. *Tomada de decisão clínica*. Manuais MSD: edição para profissionais da Saúde. Merck Sharp and Dohme, 2021. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/t%C3%B3picos-especiais/tomada-de-decis%C3%A3o-cl%C3%Adnica/medicina-baseada-em-evid%C3%Aancias-e-diretrizes-cl%C3%Adnicas>. Acesso em: 28 jul. 2023.

MAUSS, Marcel. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso de (Org.) *Mauss*. São Paulo: Ática, 1979. P.147-53. Col. Grandes cientistas sociais, v. 11.

*Me conta uma coisa #24: como surgiu o conceito de violência obstétrica?* Entrevistada: Mariana Marques Pulhez. Entrevistador: Lucas Fratini. [S. l.]: set. 2022. Podcast. Disponível em: <https://open.spotify.com/episode/6Cdmi3mD0JwcO7GZSMQbmA?si=B06-twpfTtqZbNWXdlyhCQ>. Acesso em: 10 ago. 2023.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (15. Câmara Cível). Apelação cível 26070002920088130105 – Comarca de Governador Valadares. A conduta médica imputada de culpa, quando resulta a acusação de dano fundado em laudo de necropsia, documento oficial, invoca contraprova do médico. Sem contraprova, somada a indícios outros existentes nos autos, resultantes de testemunhos contraditórios, é possível inferir a culpa diante do resultado morte, principalmente se não há qualquer outro fato denotado como causador do óbito [...]. Relator: Desembargador Maurílio Gabriel, julgado em: 23 de maio de 2017, publicado em: 09 de junho de 2017. Decisão por maioria. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1RtWe6pWAXvBTCe6MiAN-tPIvZEEZC7xR/view?usp=sharing>. Acesso em: 09 set. 2023.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (16. Câmara Cível). Apelação cível 1.0024.14.097839-6/001 – Comarca de Belo Horizonte. Apelação cível. Ação indenizatória. Preliminar. Violação do princípio da identidade física do juiz. Art. 132 do CPC. Inocorrência. Preliminar rejeitada. Responsabilidade civil médica. Erro médico. Hospital. Responsabilidade subjetiva. Alegação de violência obstétrica. Ônus da prova do autor. Não comprovação. Recurso improvido. Sentença mantida [...]. Relator: Desembargador José Marcos Vieira, julgado em 13 de julho de 2016, publicado em 22 de julho de 2016. Decisão por unanimidade. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1jHofnKyFiM6VFq365wDImK\\_\\_bLYFd1aN/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1jHofnKyFiM6VFq365wDImK__bLYFd1aN/view?usp=sharing). Acesso em: 09 set. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social*. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Ana Carolina Previtali Nascimento (Procuradora da República). *Recomendação nº 29/2019. Inquérito civil 1.34.001.007752/2013-81*. São Paulo, 7 maio 2019. Ministério Público Federal. Disponível em: [https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao\\_ms\\_violencia\\_obstetrica.pdf/](https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf/). Acesso em: 30 set. 2023.

MOREIRA, Lisandra Espíndula. Lugar de julgamento: reflexões feministas para uma justiça plural. In: NICÁCIO, Camila Silva; VIDAL, Júlia Silva. (Orgs.). *O gênero do direito: análise de práticas e instituições*. Rio de Janeiro: Metanoia, 2020.

MOURA, Heitor Vianna. A construção de um problema público: ativismo no centro histórico de Lisboa. *Cadernos Metrópole*, v. 23, n. 50, p. 177–202, abr. 2021. DOI 10.1590/2236-9996.2021-5007.

MULHERES FAZEM PROTESTO PELO DIREITO DE FAZER O PARTO EM CASA. 17 jun. 2012. G1. Disponível em: <https://g1.globo.com/isso-paulo/noticia/2012/06/mulheres-fazem-protesto-pelo-direito-de-fazer-o-parto-em-casa.html>. Acesso em: 27 ago. 2023.

NICÁCIO, Camila Silva. Intolerância religiosa no estado de minas gerais: considerações a partir de uma pesquisa com boletins de ocorrência. *Revista Direito GV*, v. 17, n. 1, p. e2106, 2021. DOI 10.1590/2317-6172202106. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-24322021000100206&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322021000100206&tlng=pt). Acesso em: 27 ago. 2023.

O RENASCIMENTO DO PARTO 2. Direção: Eduardo Chauvet. Roteiro: Érica de Paula. Produção: Érica de Paula. Produção executiva: Eduardo Chauvet. Brasil: 808 Filmes Fora da Lata, 2018<sup>a</sup>. (91 min.)

O RENASCIMENTO DO PARTO 3. Direção, roteiro e produção executiva: Eduardo Chauvet. Brasil: 808 Filmes Fora da Lata, Merun, 2018b. (72 min.)

O RENASCIMENTO DO PARTO. Direção: Eduardo Chauvet. Roteiro: Érica de Paula. Produção: Érica de Paula. Produção executiva: Eduardo Chauvet. Brasil: Chauvet Filmes, Masterbrasil Filmes e Htron, 2013. (90 min.)

OLIVEIRA, Bernardo Jefferson De; LANSKY, Sônia; SANTOS, Kleyde Ventura Dos; PENA, Erica Dumont; KARMALUK, Clara; FRICHE, Amélia Augusta Lima. Sentidos do Nascer: exposição interativa para a mudança de cultura sobre o parto e nascimento no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, p. e190395, 2020. DOI 10.1590/interface.190395. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832020000100220&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100220&tlng=pt). Acesso em: 3 set. 2023.

OLIVEIRA, Fabiana Luci de; SILVA, Virgínia Ferreira da. Processos judiciais como fonte de dados: poder e interpretação. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 7, n. 13, p. 244-259, jan./jun. 2005.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL. Comissão Nacional da Mulher Advogada; Comissão Especial de Direito Médico e da Saúde. *OAB repudia despacho do Ministério da Saúde que elimina o termo violência obstétrica*. 8 maio 2019. Conselho Federal da OAB. Disponível em: <http://www.oab.org.br/noticia/57183/oab-repudia-despacho-do-ministerio-da-saude-que-elimina-o-termo-violencia-obstetrica>. Acesso em: 31 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Declaração da OMS 14.23. Genebra: Reproductive Health and Research, 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf). Acesso em: 20 abr. 2021.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cad. Pagu*, Campinas, n.º 49, e174907, p. 1-37, 2017. DOI: <<https://doi.org/10.1590/1809444920170049007>>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi-d=S0104-83332017000100307&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi-d=S0104-83332017000100307&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 set. 2020.

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. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

PARTO HUMANIZADO DOMICILIAR CAUSA POLÊMICA ENTRE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE. [S. l.]: Fantástico, Rede Globo, 10 jun. 2012. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/1986583/>. Acesso em: 27 ago. 2023.

PEÑA, Rafaela de Miranda Ochoa. *Vidas cortadas: a violência obstétrica sob uma perspectiva de gênero*. 2016. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade de Brasília, 2016. Disponível em:

[https://bdm.unb.br/bitstream/10483/14788/1/2016\\_RafaelaDeMirandaOchoaPena\\_tc.c.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/14788/1/2016_RafaelaDeMirandaOchoaPena_tc.c.pdf).

PEREIRA, Fernanda Araujo. *As lutas pela humanização da assistência ao parto e ao nascimento: um estudo de caso sobre a Maternidade Leonina Leonor Ribeiro*. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/47176>. Acesso em: 4 set. 2023.

PONTES, Vívian Volkmer. A experiência de perdas gestacionais involuntárias: marcadores da transição desenvolvimental. In: *Trajetórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação* [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 30-60. ISBN: 978-85-232-2009-9. <https://doi.org/10.7476/9788523220099.0003>.

PULHEZ, Mariana Marques. “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 12, n. 35, pp. 544-564, Agosto de 2013. ISSN 1676-8965.

PULHEZ, Mariana Marques. A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 10* (Anais eletrônicos), Florianópolis, 2013. ISSN2179-510X.

PULHEZ, Mariana Marques. *Autonomia, consentimento e informação de qualidade: controvérsias e disputas na construção da violência obstétrica no Brasil*. Tese (doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 2022.

REDAÇÃO HYPENESS. *Mulheres exibem na pele os relatos da violência sofrida na hora do parto em hospitais brasileiros*. Publicado em: 30 jul. 2014. Disponível em: <https://www.hypeness.com.br/2014/07/serie-de-fotos-mostra-relatos-de-violencia-na-hora-do-parto-que-passariam-batidos/>. Acesso em: 23 jul. 2021.

Rede Minas; AMARAL, Polly do. *Brasil das Gerais*. Trecho compilado com as falas de Polly do Amaral. 6:36. Exibido em 18 de abril de 2017. Disponível em: <https://www.facebook.com/pollydoamaral/videos/1992627770970536>. Acesso em: 30 ago. 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (4. Câmara Cível). Apelação cível: 00424827620158190213 – Comarca de Nova Iguaçu, Mesquita. Apelação cível. Direito civil. Ação indenizatória. Hospital particular e médico obstetra. Parto cesariana. Alegação de violência obstétrica. Autora que alega que o parto tinha condições de ser feito sob a chamada via normal ou vaginal. Pedido de indenização por dano estético e danos morais. Procedência. Irresignação dos réus. [...] Provisão do recurso. Relatora: Desembargadora Maria Helena Pinto Machado, julgado em: 11 de fevereiro de 2022, publicado em: 16 de fevereiro de 2022. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1d6R0z4OwwCvR\\_e7qohYhaVg71Sv7Laj0/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1d6R0z4OwwCvR_e7qohYhaVg71Sv7Laj0/view?usp=sharing). Acesso em: 09 set. 2023.

ROHDEN, Fabíola. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horizontes Antropológicos*, v. 8, n. 17, p. 101–125, jun. 2002. DOI 10.1590/S0104-71832002000100006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832002000100006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100006&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 30 ago. 2023.

SALTER, Cynthia L.; OLANIYAN, Abisola; MENDEZ, Dara D.; CHANG, Judy C. Naming Silence and Inadequate Obstetric Care as Obstetric Violence is a Necessary Step for Change. *Violence Against Women*, v. 27, n. 8, p. 1019–1027, jun. 2021. DOI 10.1177/1077801221996443. Disponível em:

<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801221996443>. Acesso em: 12 ago. 2023.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (8. Câmara de Direito Privado). Apelação cível: 10386117820198260506 SP 1038611-78.2019.8.26.0506 – Comarca de Ribeirão Preto. Responsabilidade civil. Indenização por danos morais. Violência obstétrica. Demanda ajuizada pelos pais de recém-nascida. Parto levado a termo no banheiro do hospital que integra o polo passivo. Procedência decretada. Cerceamento de defesa. Inexistência. Descabida a realização de prova técnica para comprovação de parto precipitado [...]. Relator: Desembargador Salles Rossi, julgado em: 28 de julho de 2021, publicado em: 28 de julho de 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/16jFYyiswVWgBOOBGG4PEDEcCN76abQA3/view?usp=sharing>. Acesso em: 09 set. 2023.

SARTI, Cynthia. A vítima como figura contemporânea. *Cad. CRH*, Salvador, v. 24, n. 61, p. 51-61, abr. 2011. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-49792011000100004&lng=isso&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792011000100004&lng=isso&nrm=isso). Acesso em: 30 mar. 2021.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-49792011000100004>.

SCHIOCCHET, Taysa; ARAGÃO, Suélyn Mattos de. Panorama jurisprudencial da violência obstétrica e análise discursiva das decisões judiciais do sul do Brasil. *Revista Direito GV*, v. 19, p. e2321–e2321, 24 jul. 2023. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/revdireitogv/article/view/89829>. Acesso em: 4 ago. 2023.

SCHRAIBER, Lilia Blima. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

SCHRITZMEYER, Ana Lúcia Pastore. Etnografia dissonante dos tribunais do júri. *Tempo Social*, v.19, n. 2, p. 111-129, 2007.

SCHRITZMEYER, Ana Lúcia Pastore. *Sortilégio de saberes: curandeiros e juízes nos tribunais brasileiros (1900-1990)*. São Paulo: IBCCRIM, 2004.

SILVA, Edilson Márcio Almeida da. Em briga de marido e mulher, o Poder Público mete a colher: mídia, mobilizações coletivas e estratégias de visibilização da violência doméstica em Portugal e no Brasil. *Antropolítica – Revista Contemporânea de Antropologia*, n. 43, 2017. DOI 10.22409/antropolitica2017.0i43.a41934.

Disponível em: <https://periodicos.uff.br/antropolitica/article/view/41934>. Acesso em: 27 ago. 2023.

SIMAS, Raquel. *Doulas e o movimento pela humanização do parto: poder, gênero e a retórica do controle das emoções*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.

SIMIAO, Daniel Schroeter. Representando corpo e violência: a invenção da “violência doméstica” em Timor-Leste. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2006, vol.21, n.61, p. 133-145.

SIQUEIRA, Flávia. *Autonomia, consentimento e direito penal da medicina*. 1ª ed. São Paulo: Marcial Pons, 2019.

SIQUEIRA, Flávia. Violência na assistência ao parto e (des)respeito à autonomia da mulher: o tratamento penal das intervenções médicas arbitrárias em gestantes e parturientes. *Revista Brasileira de Ciências Criminais: RBCCrim*, São Paulo, v. 29, n. 184, p. 55-99, out. 2021.

SLIWINSKI, Sharon. The aesthetics of human rights. *Culture, Theory & Critique*, 2009, 50(1), 23–39.

SLIWINSKI, Sharon. *The Childhood of Human Rights: The Kodak on the Congo*, *Journal of Visual Culture*. 2006; 5 (3): 333-363

SOARES, Fabiana de Menezes. Mulheres substantivas – Olympe de Gouges e Marietta Baderna: o papel subversivo das artes no contexto dos direitos humanos em movimento. *Revista Estudos Legislativos*, Porto Alegre, ano 10, n. 10, p. 15-87, 2016.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *Femina*, v. 38, n. 10, p. 505-516, set. 2010.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria De Aguiar; DINIZ, Simone Grilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1–12, 24 jun. 2015. DOI 10.5712/rbmfc10(35)1013.

THOMAS, Keith. *Religião e o declínio da magia: crenças populares na Inglaterra, sécs. XVI e XVII*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

TIKAL TECH. Como otimizar a pesquisa em sites jurídicos. 28 set. 2017. *Jusbrasil*. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/como-otimizar-a-pesquisa-em-sites-juridicos/504028936>.

TORNQUIST, Carmem Susana. *Parto e Poder: O Movimento pela Humanização do Parto no Brasil*. Tese (Doutorado). PPGAS/UFSC, Florianópolis, 2004.

VEÇOSO, Fábيا Fernandes Carvalho; PEREIRA, Bruno Ramos; PERRUSO, Camila Akemi; MARINHO, Carolina Martins; BABINSKI, Daniel Bernardes De Oliveira; WANG, Daniel Wei Liang; BERRINI, Estela Waksberg; DE PALMA, Juliana Bonacorsi; SALINAS, Natasha Schimtt Cassia. A Pesquisa em Direito e as Bases Eletrônicas de Julgados dos Tribunais: matrizes de análise e aplicação no Supremo Tribunal Federal e no Superior Tribunal de Justiça. *Revista de Estudos Empíricos em Direito*, v. 1, n. 1, 25 jan. 2014. DOI 10.19092/reed.v1i1.10. Disponível em: <https://revistareed.emnuvens.com.br/reed/article/view/10>. Acesso em: 10 ago. 2023.

VENEZUELA. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial 38.647. Disponível em: [https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley\\_mujer%20%281%29\\_0.pdf](https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf). Acesso em: 3 dez. 2019.

VIDIGAL, Luciane. Mineiras discutem violência no parto em audiência pública na Assembleia Legislativa. *Estado de Minas*, 30 jul. 2012. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2012/07/30/interna\\_gerais,308823/mineiras-discutem-violencia-no-parto-em-audiencia-publica-na-assembleia-legislativa.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2012/07/30/interna_gerais,308823/mineiras-discutem-violencia-no-parto-em-audiencia-publica-na-assembleia-legislativa.shtml). Acesso em: 2 ago. 2023.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2002(Coleção Antropologia e saúde).

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: a voz das brasileiras. Produção coletiva de Bianca Zorzam, Ligia Moreira Sena, Ana Carolina Arruda Franzon, Kalu Brum. YouTube. Publicado em 24 nov. 2012. (51 min.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>. Acesso em 27 ago. 2021.

WILLIAMSON, K. Eliza. The iatrogenesis of obstetric racism in Brazil: beyond the body, beyond the clinic. *Anthropology & Medicine*, v. 28, n. 2, p. 172–187, 3 abr. 2021. DOI 10.1080/13648470.2021.1932416. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13648470.2021.1932416>. Acesso em: 23 ago. 2023.

WOMEN´S GLOBAL NETWORK FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. *Obstetric violence: may 28th, international day of action for women’s health*. 2015. Disponível em: <http://www.may28.org/obstetric-violence/>. Acesso em: 31 ago. 2023.

WONS, Letícia. “Introduzindo o primeiro produto menstrual que não absorve nada”: coletores menstruais e transformações nas ordens prático-simbólicas da menstruação. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismos da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

WONS, Letícia. O poder simbólico da menstruação: discursos científicos sob o escrutínio das epistemologias feministas. *Revista Feminismos, [S. l.]*, v. 4, n. 1, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/30183>. Acesso em: 20 jun. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*. 8452(ii):436-437. 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit. Geneva, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Gender and Reproductive Rights*. What is a rights-based approach? 2005. Disponível em <<http://www.who.int/reproductive-health/gender/rights.html>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recommendations for appropriate technology following birth (1986). WHO Regional Office for Europe. URL: <http://www.who.dk>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World health day: safe motherhood*. Geneva: 1998.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos de; HABIGZANGET, Luísa Fernanda. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*. V. 29, Belo Horizonte: 2017.

ZORZAM, Bianca; CAVALCANTI, Priscila. *Direito das mulheres no parto: conversando com profissionais da saúde e do direito*. 1. Ed. São Paulo: Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, 2016.

## GLOSSÁRIO DO CAMPO OBSTÉTRICO

Assistência ao parto – modelo de amparo à parturiente, que pode ser tecnocrático, humanizado ou holístico.

Assistência perinatal ou gravídico-puerperal – assistência destinada à mulher da gestação até um ano após o parto.

Assistência obstétrica – cuidados multiprofissionais das gestantes durante a gravidez, no momento do parto e no pós-parto.

Comunidade de prática – compreende o conhecimento como um estado colaborativamente alcançado e não algo detido por apenas alguns indivíduos.

Conhecimento autoritativo (*authoritative knowledge*) – processo social contínuo que, legitimado em um contexto social, frequentemente deslegitima outras formas de conhecimento coexistentes (JORDAN, 1993).

Consentimento informado – manifestação favorável de alguém acerca de algo que foi previamente informado e esclarecido.

Decisão judicial – manifestação proferida por um juiz ou um tribunal acerca de um processo ato submetido a seu julgamento.

Desestandardização do cuidado – despadronização do modelo de cuidar, que pressupõe uma abordagem centrada no paciente, respeitando-o como indivíduo ativo no processo.

Desnecesária – neologismo que evidencia e denuncia a ocorrência de cesárias desnecessárias.

Dispareunia – dor durante o ato sexual.

Dor iatrogênica – dor provocada por intervenções.

Doula – termo que se refere à profissional que acompanha a mulher durante o trabalho de parto e depois dele, auxiliando a parturiente com métodos não farmacológicos que possam aliviar a dor e os incômodos próprios desse processo.

Enema – prática realizada em hospitais, que se refere à lavagem intestinal da mulher, a fim de evitar que ela evacue durante o parto vaginal.

Episiotomia (ou laceração perineal) – procedimento invasivo e contraindicado que consiste em um corte no períneo da mulher, no intuito de facilitar ou acelerar a saída do bebê.

Exame de toque (ou toque vaginal) – procedimento médico que avalia a dilatação do colo do útero, por meio da inserção da mão na vagina da mulher.

Fórceps – instrumento mecânico, constituído de um par de colheres de metal, usado para extrair o bebê do canal vaginal da mãe nos partos normais.

Fórceps profilático – uso de instrumentos mecânicos indicado para proteger a mãe e o feto de algum dano decorrente do parto natural.

Hematoma subdural – é um acúmulo de sangue entre o cérebro e o crânio provocado por um ferimento na cabeça que estoura vasos sanguíneos.

HumanizaSus – é uma Política Nacional de Humanização, com focos ético, estético e político de levar trabalhadores, usuários e gestores do SUS à produção e gestão do cuidado, que reconhece a singularidade de cada sujeito envolvido.

Manobra de kristeller – procedimento obstétrico realizado em parturientes por um profissional de saúde, com o intuito de auxiliar o nascimento do bebê. Nessa manobra, uma pessoa posiciona-se em cima da parturiente e empurra sua barriga, provocando sofrimento tanto do feto quanto da mãe.

Medicalização – trata-se de um processo que busca incorporar, artificialmente, questões não médicas a um aparato da medicina e tratados como doenças.

Medicina baseada em evidências (MBE) – é o uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências na tomada de decisões sobre o cuidado individual dos pacientes, incluindo o sistema de valores deles (EL DIB, 2007).

Midiativismo – neologismo genérico usado para denominar ações ativistas que utilizam tecnologias de mídia e comunicação como recursos para defesas de movimentos sociais e políticos.

Morbidade materna – estado de uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu à complicação de uma gravidez, do parto ou até 42 dias após o parto.

Mortalidade perinatal – morte de uma mulher ocorrida durante a gestação ou nos próximos 42 dias após o parto, em que a causa esteja relacionada ou acentuada pela gestação.

Nascimento institucionalizado – rito de passagem observado por Davis-Floyd (2022) em contexto norte-americano em que muitos dos procedimentos são realizados de forma ritualística, sem que haja qualquer indício científico de sua necessidade ou benefício.

Nascituro – aquele que vai nascer.

Necropsia – procedimentos e observações realizados em um cadáver com o fim de determinar a causa da morte.

Ocerização – processo de converter documentos físicos ou digitalizados em arquivos de texto pesquisáveis, por meio de técnicas de reconhecimento óptico de caracteres (OCR – *Optical Character Recognition*).

Paradigma holístico de assistência ao parto – insiste na unicidade do corpo, mente e espírito e vê o corpo como um campo energético em constante interação com outros campos energéticos (DAVIS-FLOYD, 2001). Paradigma humanizado de assistência ao parto – enfatiza a conexão mente-corpo e vê o corpo como um organismo (DAVIS-FLOYD, 2001).

Paradigma tecnocrático de assistência ao parto – enfatiza a separação mente-corpo e vê o corpo como uma máquina (DAVIS-FLOYD, 2001).

Parturiente – quem está em trabalho de parto ou que acabou de parir.

Patologização dos processos naturais – o ato de considerar patológico, ou seja, doença ou anomalia, aquilo que é um processo natural do ser.

Período expulsivo – tempo variável do processo de expulsão do bebê. Comumente, varia de três horas, em primíparas com analgesia, a uma hora, em múltíparas sem analgesia.

Ponto do marido – prática do médico de, na sutura da laceração perineal, dar um ponto a mais com o objetivo de apertar o canal vaginal.

Posição litotômica – também conhecida como posição ginecológica, em que a mulher fica deitada com as costas levemente inclinadas para frente e com as pernas afastadas, levemente dobradas e apoiadas em suportes presos na maca.

Primípara – fêmea que pare pela primeira vez.

Puérpera – consiste no período de vida da mulher de 40 dias após o nascimento do seu bebê.

Racismo obstétrico – precariedade ou ausência de assistência obstétrica, por razões étnico-raciais.

Rede Parto do Princípio – rede de mulheres que, desde 2006, trabalha pelos direitos das mulheres nas questões referentes à maternidade.

Região occipital – saliência localizada entre a base e a região posterior do crânio.

Relatos de parto – recurso verbal caracterizado por ser discurso escrito ou falado, presencial ou gravado, em redes sociais ou televisivas, de experiências de parto. Eles têm potencial de abalar conceitos estabelecidos sobre de atenção obstétrica e suscitar novos conceitos de assistência adequada, desejável e segura.

Toque vaginal – ver exame de toque.

Tricotomia – procedimento de raspagem dos pelos circunscritos à região de uma incisão operatória. No caso do parto, à região pubiana.

Violência neonatal – aquele tipo de ação que agride o bebê nos primeiros 28 dias de vida.

## GLOSSÁRIO DO CAMPO JURÍDICO

Acórdão – julgamento colegiado proferido pelos tribunais.

Agravos de instrumento – espécie de recurso interposto contra decisões interlocutórias, que não põe fim à fase processual.

Apelação – espécie de recurso cabível contra sentença judicial.

Decisões judiciais – gênero dos atos processuais proferidos pelos juízes no curso do processo judicial, do qual decorrem como espécies os despachos, as decisões interlocutórias, as sentenças, as decisões monocráticas e os acórdãos.

Desembargador – magistrados dos tribunais de segunda instância (Tribunais de Justiça, Tribunais Regionais Federais, Tribunais Regionais do Trabalho e Tribunais Regionais Eleitorais).

Despacho – todos os pronunciamentos do juiz praticados no processo, de ofício ou a requerimento da parte, com exceção das decisões interlocutórias e das sentenças.

Embargo de declaração – espécie de recurso oferecido pela parte contra qualquer decisão judicial, para esclarecer obscuridade ou contradição, suprir omissão ou corrigir erro material.

Julgado – sinônimo de precedente ou decisão judicial tomada em um caso concreto, que pode servir como argumento analógico para outros julgamentos similares. Fonte primária em espécie de etnografia que se utiliza de decisões judiciais como ponto de partida em pesquisas exploratórias do Direito.

Jurisprudência – conjunto de decisões precedentes que definem a interpretação de um órgão julgador sobre a aplicação da lei, utilizado como fonte do Direito na tomada de novas decisões.

Reexame necessário – obrigatoriedade de reapreciação recursal de segundo grau de decisões proferidas contra a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e suas respectivas autarquias e fundações de direito público, com a finalidade de defesa do interesse público.

Relator – membro de um órgão colegiado de tribunal responsável por analisar precipuamente um processo, sendo de sua competência apresentar relatório dos atos processuais e seu voto aos demais membros do órgão.

Revisor – membro de órgão colegiado de tribunal a quem compete confirmar, completar ou corrigir o relatório do relator e apresentar seu voto.

Sentença – pronunciamento em que o juiz encerra a fase de conhecimento do procedimento comum em primeira instância.

Súmula – verbete que sintetiza a interpretação dominante de um tribunal, uniformizando sua jurisprudência.

Vogal – membro de órgão colegiado de tribunal que participa do julgamento como votante.

**ANEXO A – COMPILAÇÃO DOS ACÓRDÃOS ANALISADOS NO ITEM 3.6**

- a) Acórdão da apelação cível 10024140978396001, proferido pelo TJMG, o primeiro que apareceu com a expressão Violência Obstétrica  
Acesso em: [https://drive.google.com/file/d/1jHofnKyFiM6VFq365wDImK\\_bLYFd1aN/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1jHofnKyFiM6VFq365wDImK_bLYFd1aN/view?usp=sharing).
- b) Acórdão da apelação cível 06361037820148040001, julgada pelo do TJAM, que trata da diferenciação entre violência obstétrica e erro médico  
Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1igGdR8hrKQvhuleBPq7vcgCkoJ\\_cNe7Z/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1igGdR8hrKQvhuleBPq7vcgCkoJ_cNe7Z/view?usp=sharing)
- c) Acórdão da apelação cível 10386117820198260506, julgada pelo TJSP em 2021, que é referenciado pelo primeiro resultado do Jusbrasil, com fatos relativamente similares  
Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/16jFYyiswVWgBOOBGG4PEDEcCN76abQA3/view?usp=sharing>
- d) Acórdão da apelação cível: 00424827620158190213, julgada pelo TJRJ em 2022, trata da questão da cesariana não consentida  
Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1d6R0z4OwwCvR\\_e7qohYhaVg71Sv7Laj0/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1d6R0z4OwwCvR_e7qohYhaVg71Sv7Laj0/view?usp=sharing)
- e) Decisão monocrática do agravo em recurso especial AREsp 1374952 MG 2018/0256974-8, exarada pelo Ministro Marco Aurélio Belizze, do STJ, que não conheceu do recurso especial contra acórdão proferido pelo TJMG em  
Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1fm1AmRhcdB7o8gWK1BrJ3S-vdvH-3Lv9/view?usp=sharing>.
- f) Acórdão da Apelação cível 26070002920088130105, proferido pelo TJMG, que, após recorrido, ensejou a decisão monocrática do STJ  
Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1RtWe6pWAXvBTCe6MiAN-tPlvZEEZC7xR/view?usp=sharing>
- g) Drive com o conjunto de acórdãos analisados no tópico 3.6:  
<https://drive.google.com/drive/folders/1V3mu-XUR884Y43YXihEjtWkYRsR0kcq1?usp=sharing>