

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ESTADO DE SÃO PAULO DURANTE O PERÍODO DA PANDEMIA¹

*OBSTETRIC VIOLENCE IN THE STATE OF SÃO PAULO DURING THE
PANDEMIC PERIOD*

Taiane Camile OJA²

Frederico Thales de Araújo MARTOS³

RESUMO

O objetivo deste trabalho é estudar os casos de violência obstétrica em São Paulo durante a pandemia e suas razões. Além de analisar a Lei Federal nº 11.108, que reconhece o direito das mulheres em ter um acompanhante, durante o processo do parto. Entretanto, durante a pandemia, muitos hospitais passaram a desrespeitar esta lei, amplificando os casos de violência obstétrica. Ainda, a assistência ao parto no Brasil, sobretudo no Estado de São Paulo, é precária e carece de efetividade de atendimentos dignos. Logo, a pesquisa tem

¹ O presente artigo sintetiza a monografia de conclusão da pesquisa, realizada para o Programa Interno de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC 2023-2024) da Faculdade de Direito de Franca (FDF), Franca/SP.

² Graduando em Direito pela Faculdade de Direito de Franca. Atualmente, é bolsista no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) 2023/2024. É estagiária no Núcleo de Assistência Judiciária da Faculdade de Direito de Franca

³ Formado em Direito pela Faculdade de Direito de Franca. Doutor e Mestre em Direito pela FADISP. É Professor Titular de Direito Civil e coordenador da Pós-Graduação da Faculdade de Direito de Franca e Professor efetivo de Direito Civil na Universidade do Estado de Minas Gerais, unidade de Passos. Atua como professor convidado de programas de especialização de diversas instituições, como o Ênfase, a EPD, a FGW, a ESA/OAB. Integra o corpo permanente de avaliadores de curso de direito do INEP. Diretor Científico do IBDFAM/Franca. Membro da Comissão Permanente de Estágio e Exame da Ordem da OAB/SP. Autor de diversos artigos e livros acadêmicos.

relevância jurídico-social, analisando princípios constitucionais como a igualdade e a dignidade da pessoa humana.

Palavras-chave: pandemia; violência obstétrica; lei do acompanhante; patriarcalismo; mulheres.

ABSTRACT

The objective of this work is to study cases of obstetric violence in São Paulo during the pandemic and its reasons. In addition to analyzing Federal Law No. 11,108, which allows regulating women's right to have a companion during the birth process. However, during the pandemic, many hospitals began to disregard this law, increasing cases of obstetric violence. Even so, childbirth care in Brazil, especially in the State of São Paulo, is precarious and lacks effective and dignified care. Therefore, the research has legal-social relevance, analyzing constitutional principles such as equality and human dignity.

Keywords: pandemic; obstetric violence; companion law; patriarchy; women.

1 INTRODUÇÃO

No que tange a Lei Federal nº 11.108, também conhecida como “Lei do Acompanhante”, promulgada em 7 de abril de 2005, é reconhecido o direito das mulheres de contar com o apoio de um acompanhante, durante todo o processo do parto. Entretanto, durante o período da pandemia, muitos hospitais passaram a barrar a entrada de acompanhante à parturiente, desrespeitando a lei em questão e amplificando, assim, os casos de violência obstétrica.

A pesquisa científica em questão está pautada nas áreas de Direito Penal, Direito Constitucional e Direito de Família, tendo como principal objetivo a análise dos casos de violência obstétrica durante o período da pandemia, mais especificamente no Estado de São Paulo, levando em consideração que se trata de um dos Estados mais ricos do país, mas que, ainda assim, carece de efetividade em atendimentos pré-natal e neonatal, na prática. Além disso, a pesquisa busca determinar quais as formas de violência obstétrica e, consequentemente, quais as consequências físicas e psicológicas para as mulheres que sofreram por essa forma de violência. Ainda, durante a pesquisa, foi desenvolvida a comparação do número de casos de violência obstétrica durante o período da pandemia em relação aos anos anteriores.

Ademais, para a realização da pesquisa, fez-se o uso do método dedutivo, o qual consiste no uso de informações já existentes para validar uma estrutura de pensamento lógico. Além disso, o trabalho foi

desenvolvido baseando-se em pesquisas legislativas, como leis, decretos e atos normativos, bem como pesquisas bibliográficas e documentais.

Portanto, a pesquisa possui relevância social porque o tema por ela abordado influi diretamente sobre conscientização social a respeito do tema, bem como informar e alertar, principalmente as mulheres, para que possam reconhecer e, assim, denunciar os casos de violência doméstica, visando a diminuição no número de casos. Possui relevância jurídica por apresentar a análise da Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, bem como os princípios presentes na Constituição Federal, como o princípio da igualdade (art. 5º, inciso I) que assegura a proteção da mulher contra todas as formas de discriminação; o princípio da legalidade (art. 5º, inciso II) que preserva a autonomia da pessoa para decidir; os direitos sociais como a saúde, a segurança, a proteção à maternidade e à infância (arts. 6º, 196 e 197); e, sobretudo, o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III) que protege a mulher contra toda e qualquer violação ao cuidado respeitoso e humanizado. Além disso, possui relevância teórica, por discorrer sobre a aplicação de direitos fundamentais na legislação brasileira, principalmente à luz de questões de gênero.

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, SEU CONCEITO E FORMAS

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o gênero “violência” trata-se da imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Assim, a violência obstétrica pode ser destacada como uma forma específica de violência que atinge exclusivamente mulheres parturientes.

O termo “violência obstétrica” caracteriza-se pela apropriação, realizada por profissionais da área da saúde, do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, que pode ser expressada por meio de atos desumanizadores, abuso de medicação e de patologização dos processos naturais, resultando na perda de autonomia ou capacidade do sexo feminino de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, ou às falhas estruturais de clínicas e hospitais públicos ou particulares. Assim, pode ser autor de violência mencionada qualquer profissional que realize a assistência obstétrica, como os médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem (D’Oliveira, Diniz e Schraiber, 2002).

Durante um parto normal, é comum realizar o exame de toque para verificar a dilatação do colo do útero. Uma prática frequente nesse

exame é a manipulação manual do colo do útero, que pode ser dolorosa e tem o objetivo de acelerar o processo de parto. No entanto, essa técnica pode prejudicar a evolução do trabalho de parto e muitas vezes é feita sem o consentimento da paciente. Em várias regiões do Brasil, é relatado o uso rotineiro de ocitocina, rompimento artificial da bolsa e manipulação do colo para acelerar a dilatação, seguido por manobras como episiotomia, manobra de Kristeller⁴ e fórceps para facilitar a saída do bebê. Se essas intervenções não forem bem-sucedidas ou houver sinais de sofrimento fetal, a cesárea é realizada, desde que haja anestesista disponível. No entanto, é sabido que essas práticas podem acarretar complicações tanto para a mãe quanto para o bebê, aumentando o risco de morbimortalidade. Esse modelo de atendimento, que se assemelha a uma linha de produção, não leva em consideração as necessidades individuais, a fisiologia do parto e coloca mãe e bebê em risco desnecessário (Diniz e Chacham, 2006).

Além disso, qualifica-se como tal fenômeno tanto os maus tratos físicos como também os psicológicos e verbais, que podem afetar de modo negativo a qualidade de vida das gestantes, ocasionando abalos emocionais, traumas, dificuldades na vida sexual, depressão, ansiedade. Podendo este conceito ser entendido como os abusos sofridos pelas parturientes tanto no período da gestação como também durante ou após o parto. Logo, é possível identificar quatro principais formas de violência obstétrica, sendo elas: negligência, violência psicológica, violência sexual e a violência física (OMS, 2014).

A negligência é a inércia psíquica, a indiferença do agente que, podendo tomar as devidas cautelas exigíveis, não o faz por displicência, relaxamento ou preguiça mental. Assim, a negligência como forma de violência obstétrica, de acordo com a Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul, refere-se à omissão de atendimento, bem como a recusa de assistência ou negação de anestesia, inclusive no parto normal.

Ainda, a violência psicológica, segundo a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida popularmente como Lei Maria da Penha, é entendida como qualquer conduta que cause danos emocionais, diminuição da autoestima, ou tenha a intenção de degradar e controlar ações, comportamentos, crenças e decisões mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, insultos, perseguições, chantagens, ridicularização, exploração e limitação de direitos, ou qualquer outro meio que cause prejuízo à saúde psicológica. Logo, a violência psicológica no

⁴ Manobra de Kristeller ou manobras derivadas dessa com o antebraço, braço, ou joelho de um profissional sobre a barriga da mulher.

campo obstetrícia, é caracterizada por tratamento hostil, comentários constrangedores em razão de cor, etnia, religião, corpo, orientação sexual, idade, classe social, número de filhos, ameaças, gritos ou humilhações intencionais, além de incluir também a omissão de informações a respeito da evolução do parto ou do feto.

A violência sexual consiste em qualquer ato de natureza sexual ou tentativa de tal ato praticado contra um indivíduo sem o seu consentimento, ou que viole a sua sexualidade, identidade ou expressão de gênero (OMS, 2018). Dessa forma, durante o período de gestação, a violência sexual, pode ocorrer por meio de assédios sexuais, toques realizados sem o esclarecimento ou consentimento da mulher e, até mesmo estupro.

Já a violência física, segundo a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, caracteriza-se como qualquer ação que prejudique a integridade ou bem-estar físico da mulher. Trata-se de agressões físicas ou intervenções cirúrgicas desnecessárias, como Manobra de Kristeller, Episiotomia⁵ sem que haja necessidade, uso abusivo de ocitocina⁶ ou cesarianas desnecessárias, sem a aplicação de anestesia ou sem avisar a mulher, uso de fórceps sem indicação e amniotomia⁷.

Ainda, por meio da pesquisa “A mulher brasileira nos espaços público e privado” Venturini e colaboradores relataram que cerca de 25% das mulheres entrevistadas afirmaram ter sofrido alguma forma de violência nos serviços de saúde durante o período pré-natal, parto e pós-parto, tanto em hospitais públicos quanto privados (Venturini, 2010). Tal fenômeno, de acordo com García, Diaz e Acosta, pode resultar da falta de informação e o receio das gestantes em perguntarem sobre os procedimentos que serão realizados na evolução do trabalho de parto, situação que pode leva-las a se conformarem com a exploração de seus corpos por diferentes pessoas, aceitando situações desconfortáveis sem questionar (García, Diaz e Acosta, 2013). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014), gestantes de todos os países estão sujeitas a sofrerem

⁵ Procedimento cirúrgico realizado durante o parto, que envolve uma incisão no períneo para ampliar a abertura vaginal. É um procedimento realizado com o objetivo de facilitar a passagem do bebê. (OMS, 1996).

⁶ Hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior. Sua ação é central no trabalho de parto, já que é responsável pelo estímulo das contrações uterinas, e também na amamentação, pois atua no processo de ejeção do leite.

⁷ Consiste na ruptura das membranas ovulares por meio de um instrumento esterilizado introduzido na cérvix através do toque vaginal, podendo ser feita no início, durante ou no término do trabalho de parto.

abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde.

Dentro dos serviços de saúde, tanto as usuárias quanto os profissionais não associam os maus-tratos na assistência ao parto como formas de violência obstétrica, tendo em vista que, segundo uma pesquisa realizada por Janaína Marques Aguiar, ambos consideram esses atos como práticas rotineiras ou até mesmo uma resposta ao esgotamento tanto físico quanto mental das equipes de saúde frente a mulheres queixosas. Ainda, de acordo com essa mesma pesquisa, os profissionais de saúde entrevistados, relacionam a violência obstétrica apenas a agressões físicas ou sexuais (Aguiar, 2010)..

3 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PARTO

Até o século XVII, os partos eram realizados e assistidos somente por mulheres, sendo considerados um “ritual” do sexo feminino, resolvendo-se de forma caseira, contando com a presença apenas de uma parteira experiente, a parturiente e, geralmente, a sua mãe. Habitualmente, “os médicos eram chamados apenas ocasionalmente, em casos de partos difíceis, mas, ainda assim, nesta época, o poder de decisão continuava sendo da mulher, sua família e/ou amigas” (Halman, 2003, p.159).

Entretanto, alguns fatores contribuíram para que, em meados do século XVI, as parteiras fossem substituídas pela figura do cirurgião na assistência ao parto, gerando a desapropriação dos saberes das mulheres, de suas funções como parteiras e o domínio feminino no campo da parturição, sendo os principais destes fatores o surgimento do fórceps e o período das caças às bruxas, ocorrido entre os séculos XVI e XVII.

Logo, as parteiras geravam incômodo à sociedade, sendo consideradas um afronto às autoridades religiosas da época por realizarem assistências intervencionistas, uma vez que ofereciam conselhos e amenizavam a dor do parto em um período histórico que se acreditava que as mulheres deveriam sofrer a expiação do pecado original (Spink, 2013). Ainda, com a criação do fórceps, instrumento criado para extrair o nascituro em circunstâncias difíceis que poderiam resultar em mortalidade materna e perinatal, houve uma mudança na concepção (Maldonado, 2002).

Com a institucionalização do parto, entre os séculos XIX e XX, houve o afastamento da família e da rede social no processo do nascimento,

tendo em vista que a estrutura física e os hábitos hospitalares não foram arquitetados com o intuito de assistir as parturientes, mas sim para as necessidades dos profissionais de saúde (Diniz, 2001; OMS, 1996). Assim, a obstetrícia deixa de ser uma esfera do campo feminino e passa a ser compreendida como uma prática médica, na qual a mulher deixa de ser protagonista, cabendo ao médico a condução de todo o processo.

A partir da hospitalização do parto, período em que mais de 90% dos partos passaram a ser realizados em hospitais, a mulher é destituída de seus direitos, de sua privacidade, do seu poder de decisão sobre como e onde será o parto e quem será seu acompanhante durante este processo, tornando-se passivas perante às regras e perdendo, sobretudo, a sua autonomia. Assim, neste momento, o processo do parto passa a ser regido por normas de comportamentos que são definidos pela instituição hospitalar.

Por volta de 2005, passou-se a distribuir um modelo de assistência obstétrica recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS): os Centros de Parto Normal (Machado; Praca, 2006.). Tratando-se de unidades de acolhimento ao parto normal, externas aos centros cirúrgicos obstétricos, com o objetivo de resgatar o direito à privacidade e dignidade da mulher, para que a mesma parisse em um local semelhante ao seu ambiente familiar. Permitindo um trabalho de parto ativo, participativo e menos estressante, enquanto garante e oferece recursos tecnológicos apropriados.

Os Centros de Parto Normal permitem ainda que a parturiente receba seus acompanhantes, estimulando a humanização da assistência ao parto e ao nascimento, enfatizando os aspectos sociais e emocionais. Além disso, pesquisas recentes mostram que a presença do acompanhante e o apoio emocional favorecem a boa evolução do parto, diminuem os índices de partos complicados, auxiliam a parturiente a suportar a dor e a tensão no momento do parto, podendo, até mesmo, diminuir o tempo de hospitalização mãe-bebê e a ocorrência de depressão pós-parto (Brasil, 2010; Moura, 2007 apud Sabino, 2010).

Entretanto, apesar de ser reconhecida a importância da presença do acompanhante, a aceitação na rotina hospitalar ainda tem sido alvo de discussões. Segundo Hotimsky e Alvarenga, a presença do acompanhante está interligada à filosofia da maternidade, fazendo com que alguns hospitais não a tolerem, enquanto outros a estimulam (Hotimsky e Alvarenga, 2002).

4 LEI DO ACOMPANHANTE

A Lei Federal nº 11.108, popularmente conhecida como “Lei do Acompanhante” ou “Lei do Acompanhamento no Parto”, está vigente na legislação brasileira desde 2005 e garante às parturientes o direito de ter um acompanhante, que deve ser indicado pela própria gestante, podendo ser qualquer pessoa de sua escolha, como o pai do bebê, o parceiro atual, a sua mãe ou amigos, durante todo período de trabalho de parto, parto e pós-parto. Deve-se enfatizar que este é um direito da parturiente e não uma obrigação, podendo esta optar também por não ser acompanhada. De acordo com a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005:

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.

Ademais, a Lei do Acompanhante é válida tanto para parto normal como também a cesariana, sendo o hospital ou qualquer membro da equipe de saúde proibidos de impedirem a presença. Inclusive, durante as consultas médicas, é obrigatório que seja informado às mulheres sobre este direito e, nos casos em que haja restrições à presença dos acompanhantes por motivos de segurança à saúde, o acompanhante designado deve ser um profissional de saúde.

Paralelamente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), reforça os direitos das gestantes em serem acompanhadas durante todo o período de pré-natal, trabalho de parto e pós-parto imediato, sendo este último caracterizado como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico. Ainda, tanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) como o Ministério da Saúde compreendem e recomendam que a gestante seja acompanhada no momento do parto, tendo

em vista que o acompanhamento contribui efetivamente para o bem-estar físico e emocional da mulher, considerando que a gestante pode ser acometida por estresse, ansiedade ou solidão.

Ainda, dos benefícios proporcionados pela presença de um acompanhante no parto, pode-se citar: diminuição do tempo de trabalho de parto, sentimento de confiança, controle e comunicação, menor necessidade de medicação ou analgesia, menor necessidade de parto operatório ou instrumental, menores taxas de dor, pânico e exaustão, menores escores de Apgar abaixo de 7, aumento dos índices de amamentação, melhor formação de vínculos mãe-bebê, maior satisfação da mulher, menos relatos de cansaço durante e após o parto. E, caso o nascimento ocorra por cesárea, os benefícios incluem: diminuição do sentimento de ansiedade, diminuição do sentimento de solidão, diminuição do sentimento de preocupação com o estado de saúde do bebê, maior sentimento de prazer, auxílio na primeira mamada, maior duração do aleitamento materno.

Embora a Lei nº 11.108 seja um grande marco no combate à violência obstétrica, é recorrente a privação do direito ao acompanhante no Brasil. Assim, é frequente em instituições privadas o estabelecimento de protocolos superiores à legislação vigente, enquanto em instituições públicas ou conveniadas do SUS (Sistema único de Saúde), é alegado o desconhecimento do disposto, ou até mesmo a atribuição deste direito apenas ao setor privado, tratando-o como uma espécie de “privilégio” aos indivíduos que possuem condições de arcar financeiramente com hospitais privados. (Aguiar; D’Oliveira, 2010).

Há cinco formas de ocorrer o descumprimento do direito ao acompanhante no parto, sendo elas: restrição à escolha da mulher, ao tempo de permanência do acompanhante, ao vínculo com a instituição, ao tipo de parto e quando houver o impedimento de entrada ou permanência do acompanhante.

Em 19 de setembro de 1990, foi promulgada a Lei nº 8.080, a qual regula as ações e serviços de saúde, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, dispondo a respeito das condições para a proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, sendo um importante avanço para o combate à violência obstétrica. Em contrapartida, em 7 de abril de 2005, promulgou-se a Lei nº 11.108, a qual foi responsável por alterar a Lei nº 8.080, a fim de garantir às parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto

imediatamente, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando um maior avanço à proteção das gestantes e nascituros.

Similarmente, a Lei nº 11.108 também passou por alterações após a promulgação da Lei Federal nº 11.340, em 2007, a qual garante o direito da parturiente em ser informada anteriormente pela equipe pré-natal a respeito da maternidade de referência para o seu parto e o de visitar anteriormente o serviço do parto à gestante. E, por fim, a última evolução se deu com a promulgação da Lei nº 12.895, de 18 de dezembro de 2013, na qual ficou obrigado que todos os hospitais do Brasil mantenham, em local visível de suas dependências, avisos informando aos pacientes sobre o direito da parturiente a acompanhante, encontrando respaldo na Portaria 2418/2005 do Ministério da Saúde, na Resolução 211 da Agência Nacional de Saúde (ANS).

Uma pesquisa coordenada pela Dra. Maria do Carmo Leal, pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, que recebeu o título de “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento (2011 a 2012)”, apurou que, quase uma década depois de promulgada a Lei do Acompanhante, menos de 20% das mulheres foram beneficiadas com a companhia. Entretanto, a maioria das que gozaram do benefício afirmam que consideram um fato útil ou muito útil para tornar a experiência melhor e mais calma. Sendo possível concluir que este é um importante instrumento para garantir a integridade física e mental da parturiente (Leal, 2012).

Entretanto, deve-se enfatizar que durante a pandemia do coronavírus, que atingiu o Brasil por volta de março de 2020, a Lei do Acompanhante no Parto sofreu retrocessos, tendo em vista que a restrição à circulação de pessoas foi uma das principais medidas para a prevenção e combate à transmissão do vírus do COVID-19. Diante disso, alguns centros de saúde e hospitais restringiram a circulação e acesso de pessoas nos hospitais, incluindo os acompanhantes.

5 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O PERÍODO DE COVID-19

Em dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na China, tratando-se de uma nova cepa de coronavírus que ainda não havia sido identificada em seres humanos. Após um mês, em janeiro de 2020, a OMS decreta o surto do

novo coronavírus, constituindo, então, uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Três meses depois, a COVID-19 é caracterizada pela OMS como uma pandemia, termo que se refere à distribuição geográfica de uma doença.

Na tentativa de desacelerar a disseminação do vírus e evitar picos de contágio, o isolamento social e a quarentena foram recomendados, e o uso de máscara em locais públicos tornou-se obrigatório.

Ademais, com o desenvolvimento da pandemia de COVID-19, o sistema de saúde, que já era debilitado, foi sobrecarregado e, segundo os estudos de Funes e Tortaro, é evidente que houve um aumento de violência obstétrica, devido a deficiência de verbas no sistema de saúde (Funes, Tortaro, 2023). Assim, as decorrências causadas por essas objeções podem contribuir para a falta de aparelhos e insumos principais utilizados durante o período do pré-parto, parto e pós-parto, e até empecilho para a entrada do acompanhante devido a deficiência de espaço físico que garanta sua intimidade e segurança.

Por conseguinte, algumas maternidades e instituições de saúde, em respeito às medidas de isolamento social e proibições de aglomerações pelas autoridades públicas, proibiram a entrada de acompanhantes antes, durante e após o trabalho de parto, ferindo o direito que é garantido pela Lei Federal nº 11.108. Assim, de acordo com a professora e especialista Ana Luiza Lunardi, do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a Lei do Acompanhante não deve ser desrespeitada, mesmo em momentos de pandemia, tendo em vista que é um direito garantido por lei às parturientes.

Segundo a pesquisa da Research, Society and Development, v. 11, n. 3, intitulada “Presença do acompanhante no parto e nascimento em meio a pandemia COVID-19: representações de puérperas (2022)”, na qual foi realizado um estudo com 1049 mulheres, gestantes e puérperas das cinco regiões do país, 79% das entrevistadas afirmaram sentir preocupação em relação à permissão do acompanhante no período de pré-parto e trabalho de parto, enquanto 88% se preocupavam em ficar sem acompanhamento no pós-parto imediato (Araujo, 2022, p. 6).

No final de 2020, foi disponibilizado pela OMS uma declaração com recomendações com relação a COVID-19, na qual é sustentado que, mesmo na situação excepcional de restrição de circulação de pessoas, a parturiente ainda possui o direito a um acompanhante de sua escolha, sendo recomendado que os responsáveis presentes adotem medidas de segurança adequadas, como o uso de máscaras de proteção, por exemplo. Ainda, no

tocante às instituições nacionais, a Nota Técnica de nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS foi expedida pelo Ministério da Saúde com o intuito de fornecer recomendações para os profissionais de saúde que atuam no cuidado a gestantes e recém-nascidos:

2.2. Admissão para parto no contexto COVID-19:

2.2.1. Toda parturiente e seu acompanhante devem ser triados para casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 antes da sua admissão no serviço obstétrico. Será considerada suspeita ou confirmada a pessoa que:

2.2.1.1. Esteve em contato que signifique exposição, independentemente de ser em sua residência ou ambientes que possa frequentar e que possuía caso suspeito ou confirmado, mesmo estando assintomática;

2.2.1.2. Relatar febre aferida ou referida e tosse ou dor de garganta ou dispneia.

2.2.1.3. Apresentar resultado de exame positivo para SARS-CoV-2 nos últimos 14 dias.

2.3. O acompanhante, desde que assintomático e fora dos grupos de risco para COVID-19, deve ser permitido nas seguintes situações:

2.3.1. Mulheres assintomáticas não suspeitas ou testadas negativas para o vírus SARS-CoV-2: neste caso, também o acompanhante deverá ser triado e excluída a possibilidade de infecção pelo SARSCoV-2.

2.3.2. Mulheres positivas para o vírus SARS-CoV-2 ou suspeitas: o acompanhante permitido deverá ser de convívio diário da paciente, considerando que a permanência junto à parturiente não aumentará suas chances de contaminação; assim sendo, se o acompanhante não for de convívio próximo da

paciente nos dias anteriores ao parto, este não deve ser permitido.

2.3.3. Em qualquer situação, não deve haver revezamentos (para minimizar a circulação de pessoas no hospital) e os acompanhantes deverão ficar restritos ao local de assistência à parturiente, sem circulação nas demais dependências do hospital.

2.3.4. O surgimento de sintomas pelo acompanhante em qualquer momento do trabalho de parto e parto implicará no seu afastamento com orientação a buscar atendimento em local adequado.

Diante deste cenário, infere-se que a presença do acompanhante deveria ser vetada somente em casos excepcionais e de risco de transmissão da SARS-CoV-2. Sendo assim, a presença apenas poderia ser restrita nos casos em que o acompanhante apresentar sintomas de gripe, ainda que o teste de COVID-19 tenha resultado negativo, a fim de prevenir a disseminação do vírus tanto para o recém-nascido quanto para a gestante, não havendo outras justificativas para a proibição.

Logo, de acordo com a Nota Técnica publicada pelo Ministério da Saúde, as parturientes e seus acompanhantes deveriam ser triados para casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 antes da admissão no serviço obstétrico. Assim, excluída a possibilidade de infecção pelo vírus SARS-CoV-2, não haveria motivos para a restrição do acompanhante.

5. 1 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Em primeira análise, cabe enfatizar que o Estado de São Paulo é o mais populoso do país, contando com o maior PIB (Produto Interno Bruto) da região Sudeste e tornando-se um dos principais centros econômicos do Brasil, no qual a economia é liderada pelo setor terciário, que, de acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), representa, aproximadamente, 54% do PIB do Estado. Contudo, embora seja um dos Estados mais desenvolvidos e ricos do país, é também o Estado que mais carece de efetividade de atendimentos pré-natal e neonatal dignos na prática.

Ademais, no ano de 2015, o Estado de São Paulo foi a região com maior quantidade de acórdãos referentes à violência obstétrica (Nogueira, 2015, p. 50). Assim, a amostra da pesquisa realizada por Beatriz Carvalho Nogueira, analisou 148 julgados, sendo 86 acórdãos provenientes do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), o que demonstra que, mesmo antes da pandemia, o Estado de São Paulo já possuía um alto índice de casos de violência obstétrica na região.

São Paulo, sendo o estado mais populoso do Brasil, concentra grande parte dos atendimentos obstétricos do país, tanto na rede pública quanto privada. Durante o período da pandemia de COVID-19, a sobrecarga no sistema de saúde, a falta de recursos e o isolamento social agravaram os problemas já existentes no atendimento obstétrico. Muitas mulheres relataram experiências de desrespeito, falta de suporte emocional, negligência e intervenções médicas feitas sem comunicação ou consentimento. (Araujo, 2022, p. 7). A pandemia trouxe à tona a fragilidade do sistema de saúde, com relatos de partos solitários, aumento do número de cesáreas e intervenções desnecessárias sob a justificativa de "agilizar" os procedimentos e reduzir o risco de contaminação hospitalar.

Ainda, segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, o Estado de São Paulo foi a região mais afetada durante a pandemia SARS-CoV-2, possuindo um total de 6.878.809 de casos, sendo a última atualização no dia dois de setembro de 2024 (Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2024). Logo, as unidades de saúde desta região ficaram completamente sobrecarregadas com vítimas do vírus da COVID-19, atendendo uma exacerbada quantidade de pacientes diariamente, durante o auge da pandemia, que ocorreu entre 2020 e 2022, o que levou à falta de recursos, tanto humanos quanto materiais, aumentando também a probabilidade de negligência e maus-tratos em ambientes obstétricos (Fiocruz, 2022).

No mais, a escassez de profissionais da área da saúde fez com que houvesse a redistribuição de médicos e enfermeiros para o atendimento de pacientes com COVID-19, resultando em uma diminuição das equipes disponíveis nas maternidades. Logo, a qualidade do atendimento decaiu, o que também propiciou uma maior incidência de práticas violentas e desumanizadas (Araujo, 2022, p. 6).

Nos últimos anos, organizações civis, profissionais da saúde e coletivos feministas em São Paulo têm pressionado por mudanças no modelo de assistência ao parto, buscando maior humanização, formação contínua de profissionais, a conscientização sobre o direito ao parto

respeitoso e programas que buscam combater a violência obstétrica. Campanhas de conscientização e relatos de vítimas têm sido ferramentas poderosas para trazer o tema à discussão pública. Ainda, em São Paulo, o Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM) faz divulgações sobre a Violência Obstétrica, além de promover redes de atendimento às mulheres, a fim de combater-la.

Existe, ainda, um Projeto de Lei (PL 422/23) que inclui a violência obstétrica entre os tipos de violência previstos na Lei Maria da Penha, o qual está em análise na Câmara dos Deputados. A autora da proposta, a deputada Laura Carneiro (PSD/RJ) destaca a importância da prevenção e repressão da violência obstétrica. No mais, seria um importante marco no combate à violência obstétrica.

A violência obstétrica em São Paulo reflete tanto problemas estruturais do sistema de saúde, quanto questões culturais relacionadas ao tratamento das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. A pandemia agravou essa situação, evidenciando a necessidade de reformas profundas no atendimento obstétrico, focadas no respeito aos direitos reprodutivos e na humanização do parto (Nogueira, 2015, p. 60).

Assim, deve-se enfatizar que, durante o período da pandemia no Estado de São Paulo, as elevadas cargas horárias de trabalho, o fechamento de maternidades, a falta de profissionais, o medo de contaminação e a insegurança deste período contribuíram diretamente para a exaustão dos profissionais, que, somada à restrição aos acompanhantes das parturientes, elevou o número de casos de violência obstétrica na região durante esta temporada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, conclui-se que o presente trabalho está pautado nas áreas de Direito Penal, Direito Constitucional e Direito de Família, tendo como principal objetivo a análise dos casos de violência obstétrica durante o período da pandemia no Estado de São Paulo, levando em consideração que se trata de um dos Estados com o maior PIB per capita do país, mas que, ainda assim, carece de efetividade em atendimentos pré-natal e neonatal dignos, na prática.

No mais, deve-se salientar que os casos de violência obstétrica (VO) são frequentes no Brasil e no mundo, desde os primórdios da sociedade, devido, principalmente, ao patriarcalismo enraizado nas

sociedades ocidentais, e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), gestantes de todos os países estão sujeitas a sofrerem abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde.

Assim, a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, popularmente conhecida como “Lei do Acompanhante” permite que as parturientes tenham o direito de escolher um acompanhante para apoiá-las durante as consultas e exames ocorridos no processo da gestação, parto e pós-parto. Ainda, pesquisas afirmam que o acompanhamento contribui efetivamente para o bem-estar físico e emocional da mulher, considerando que a gestante pode ser acometida por estresse, ansiedade ou solidão, estando mais propensa a sofrer violência obstétrica.

Entretanto, deve-se enfatizar que, durante o período mais crítico da pandemia da COVID-19, que, por sua vez, teve início na China, durante o ano de 2019, e se alastrou por toda a população mundial, houve um aumento no número de casos de violência obstétrica. Assim, tal acréscimo pode estar diretamente relacionado ao desrespeito dos hospitais à Lei do Acompanhante, levando em consideração que, durante essa temporada, grande parte dos hospitais passaram a limitar a entrada de acompanhantes, tratando-se de uma medida inconstitucional, sendo contrária à lei.

Somado a isso, segundo os dados disponibilizados pelo Portal Fiocruz, a carga horária dos profissionais de saúde, durante essa temporada, aumentou, fazendo com que muitos se sentissem exaustos e desmotivados com seus trabalhos e inseguros e assustados com a pandemia e a rápida expansão do vírus, trazendo graves consequência à saúde mental desses trabalhadores, o que atingia diretamente os pacientes. Logo, cabe destacar que a somatória destes dois fatores (descumprimento à Lei do Acompanhante e os danos causados à saúde mental e física dos profissionais de saúde), contribuíram fortemente para o aumento dos casos de violência obstétrica.

Logo, torna-se necessário a conscientização e o empoderamento das mulheres gestantes, parturientes e puérperas, que, por muitas vezes não conhecem seus direitos garantidos por lei, para superar a cultura repressora da violência obstétrica. Além disso, faz-se necessária a capacitação de agentes públicos e operadores da área da saúde, visando melhores condições para o atendimento humanizado às mulheres em estado gravídico.

6 REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. (2010). **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 – 25/02/2021. **Orientações para serviços de saúde**: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-COV-2). Brasília, 25 fev. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims_ggues_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf. Acesso em: 16 set. 2023.

ALARCÓN, Pietro de Jesús Lora. **Covid-19: Crise Sanitária e Crise de Direitos?** - Perspectivas Jurídicas Sobre a Pandemia no Brasil, México e Colômbia. Tirant Brasil, v. 2, 21 out. 2022. Disponível em: <https://portal.mpf.mp.br/cloudLibrary/ebook/info/9786559084777>. Acesso em: 15 jun. 2024.

ANDREWS, V.; THAKAR, R.; SULTAN, A.H., JONES, P.W. **Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia** - A prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 137 (2008) 152–156

ARAUJO, J. P. et al. Presença do acompanhante no parto e nascimento em meio a pandemia Covid-19: representações de puérperas. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e9611326188, 2022.

RASIL. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 15 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Comitê de Mortalidade Materna**. 3. ed. Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; CEBRAP. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher** (PNDS) 2006 – Relatório Final. Brasília, DF: MS/CEBRAP, 2008.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência obstétrica: você sabe o que é?** Escola da Defensoria Pública do Estado: São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf> Acesso em: 30 de jul. 2024.

FUNDAÇÃO FIOCRUZ. **Mulheres, violência e pandemia de coronavírus**. 2020. Disponível em: <http://www.cpqrr.fiocruz.br/pg/artigo-mulheres-violencia-e-pandemiade-coronavirus/>. Acesso em: 15 mai. 2024.

GOMES, A. M. (2014). **Da Violência institucional à rede materna e infantil**: Desafios e possibilidades para efetivação dos direitos humanos e redução da mortalidade. In Cadernos Humaniza SUS: Volume 4 - Humanização do parto e nascimento (pp. 133-154). Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia**: competência e cuidado na atenção ao parto. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, 2007. São Paulo-SP.

JUSBRAZIL. **A necessidade do cumprimento da Lei do Acompanhante em tempos de Covid-19**. 2020. Disponível em: <https://franciscomosimann.jusbrasil.com.br/artigos/850592687/a-necessidade-doumpimento-da-lei-do-acompanhante-em-tempos-de-covid-19?ref=serp>. Acesso em: 15 mai. 2024.

KETTLE, Christine. **Anatomy of the pelvic floor**. In HENDERSON, Christine; BICK, Debra. (Ed.) Perineal care: an international issue. Wiltshire: Quay Books, 2005. p. 18-31.

LARSSON, P.G.; PLATZ-CHRISTENSEN, J.J.; BERGMAN, B.; WALLSTERSSON, G. **Advantage or disadvantage of episiotomy**

compared with spontaneous perineal laceration. Gynecol Obstet Invest 1991; 31(4):213-6.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Nascer no Brasil**: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012. Resultados preliminares.

LEAL, M. C., Pereira, A. P., Domingues, R. M., Theme, M. M., Dias, M. A., Nakamura-Pereira, M et al. (2014). **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Cadernos de Saúde Pública, 30(Supl. 1), S17-S32.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>

LEI n. 11.108, de 7 de abril de 2005. (2005). Altera a Lei n. 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 SUS. Brasília, DF: Presidência da República. Acesso em 26 de julho, 2016, em Acesso em 26 de julho, 2024, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm

LINO, Helena da Costa. **O bem-estar no parto sob o ponto de vista das pacientes e profissionais na assistência obstétrica**. Dissertação (mestrado em saúde pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2010.

MATTAR, R.; AQUINO, M.M.A.; MESQUITA, M.R.S. **A prática da episiotomia no Brasil**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(1):1-2
MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2008). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS Brasília, DF: Autor. Acesso em 26 de julho, 2016, em Acesso em 26 de julho, 2024, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2012). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde - SUS**, maio a outubro de 2012 Brasília, DF: Autor. Acesso em 15 de agosto, 2015, em Acesso em 15 de

agosto, 2024, em
https://saudenacomunidade.files.wordpress.com/2014/05/relatorio_pre_se_mestral_rede_cegonha_ouvidoria-sus_que-deu-a-nota-de-64-porcento-sem-acompanhantes.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2014). **Cadernos Humaniza SUS - Volume 4: Humanização do parto e do nascimento** Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde. Acesso em 26 de julho, 2016, em Acesso em 26 de julho, 2024, em
http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2015). **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana** Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) - Brasília, DF: Autor, Acesso em 15 de agosto, 2015, em Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) - Brasília, DF: Autor, Acesso em 15 de agosto, 2024, em
http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_Cesariana_CP.pdf

NOGUEIRA, B. C. **Violência obstétrica: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região sudeste**. Faculdade de Direito de Ribeirão Preto : Universidade de São Paulo, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23.pdf Acesso em: 02 mar. 2024.

PASCHE, D. F., Vilela, M. E. A., & Martins, C. P. (2010). **Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado**. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, 4(4), 105-117.
<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v4i4.838>

PORTARIA n. 1.459, de 24 de junho de 2011. (2011). Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **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: 23 maio 2024.

REIS, L.G.C.; PEPE, V.L.E.; CAETANO, R. **Maternidade segura no Brasil**: o longo percurso para a efetivação de um direito. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [3]: 1139-1159, 2011.

ROBINSON, J.N. **Approach to episiotomy. Release**: 20.6 - C20.11. Up to Date. Support Tag: [ecapp1102p.utd.com-200.144.93.190-551BA777FD-2556.14] Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-toepisiotomy?view=print>>. Acesso em: 7 jul. 2024.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. **Methods and materials used in perineal repair**. Guideline n. 23, London, RCOG Press, 2004.

SALGADO, Heloísa. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento**. Dissertação (mestrado em saúde pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2012.

TESSER, C.D.; KNOBEL, R.; RIGON, T.; BAVARESCO, G.Z. Os médicos e o excesso de cesárias no Brasil. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.2, n.1, p.04-12, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Acesso em: 29 maio 2024.

ZANARDO, G. L. P et al. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa**. Psicologia e Sociedade, nº 29, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043> Acesso em: 02 mar. 2024