

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O DIREITO A ACOMPANHANTE DA PARTURIENTE | *OBSTETRIC VIOLENCE: THE RIGHT TO A PARTURENT'S COMPANION*

DOI: [10.24979/ambiente.v18i1.1554](https://doi.org/10.24979/ambiente.v18i1.1554)

Jairo Silva 

Resumo: A violência obstétrica configura-se como prática abusiva contra gestantes no período gestacional, no parto e no pós-parto, sendo reconhecida como grave problema de saúde pública. Este artigo, de caráter bibliográfico e jurídico, tem como objetivo examinar a legislação brasileira aplicável, identificar condutas caracterizadoras da violência obstétrica, os mecanismos de prevenção e as medidas judiciais cabíveis, bem como analisar decisões recentes do Poder Judiciário. Destaca-se a relevância da presença do acompanhante durante o trabalho de parto, investigando-se as razões da resistência de algumas unidades de saúde em garantir esse direito. Ademais, analisa-se a Lei nº 11.108/2005 sob a perspectiva da bioética e seus impactos na efetivação da proteção à parturiente. Conclui-se pela necessidade de fortalecimento das garantias legais e pela atuação judicial como instrumento de resguardo dos direitos fundamentais das mulheres.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Gestantes. Lei do Acompanhante. Bioética.

Abstract: Obstetric violence is characterized as an abusive practice against pregnant women during pregnancy, childbirth, and the postpartum period, and is recognized as a serious public health issue. This article, based on a bibliographic and legal review, aims to examine the applicable Brazilian legislation, identify practices that constitute obstetric violence, the mechanisms of prevention, and the appropriate legal measures, as well as to analyze recent decisions of the Judiciary. The study highlights the relevance of the companion's presence throughout labor, investigating the reasons for the resistance of some health facilities in ensuring this right. Furthermore, it analyzes Law No. 11.108/2005 from a bioethical perspective and its impact on the effectiveness of protecting parturient women. The conclusion emphasizes the need to strengthen legal safeguards and recognizes the role of the Judiciary as an instrument for ensuring women's fundamental rights.

Keywords: Obstetric Violence. Pregnant women. Companion Law. Bioethics.

1.1 Introdução

A violência obstétrica é reconhecida como uma forma de violação dos direitos humanos e constitui grave problema de saúde pública, manifestando-se por práticas abusivas, desrespeitosas e desnecessárias contra gestantes no pré-parto, parto e pós-parto. Apesar de avanços normativos, muitas mulheres ainda enfrentam dificuldades em garantir atendimento digno, humanizado e compatível com a legislação em vigor. Nesse contexto, ganha destaque o direito ao acompanhante, assegurado pela Lei nº 11.108/2005, frequentemente descumprido por instituições de saúde.

Assim, torna-se essencial compreender não apenas a legislação existente, mas também as falhas institucionais, as lacunas legislativas e o papel do Poder Judiciário na proteção das parturientes.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar a legislação brasileira relacionada à violência obstétrica, identificar as práticas mais recorrentes, os mecanismos de prevenção e as medidas judiciais pertinentes, além de examinar decisões recentes do Judiciário. Busca-se ainda discutir a importância do acompanhante, os obstáculos impostos pelas unidades de saúde e os efeitos da Lei nº 11.108/2005 sob a ótica da bioética e da efetividade dos direitos fundamentais das mulheres.

Trata-se de uma revisão bibliográfica e jurídica de caráter exploratório. A pesquisa foi realizada entre março e julho de 2025, utilizando as bases SciELO, Google Scholar, PubMed e Portal CAPES, além de legislação nacional e jurisprudência de tribunais superiores.

Foram aplicados os descritores: “violência obstétrica”, “parto humanizado”, “lei do acompanhante” e “bioética”. Como critérios de inclusão, selecionaram-se artigos científicos, livros, teses, dissertações, legislações e decisões judiciais publicadas entre 2000 e 2025, em português, inglês e espanhol, que abordassem a temática da violência obstétrica em sua dimensão jurídica, ética ou institucional. Excluíram-se textos duplicados, resumos sem acesso ao texto completo e publicações que não apresentassem relação direta com a realidade brasileira.

1.2 Metodologia

A análise foi conduzida de forma qualitativa, buscando integrar os dados extraídos da literatura, da legislação e da jurisprudência, com o objetivo de oferecer uma visão crítica, sistematizada e interdisciplinar da temática.

1.3 Aparato histórico da violência obstétrica

1.3.1 Origem do Tema e Primeiras Medidas de Combate

De acordo com a tradição histórica, o parto e a promoção da saúde relacionados à gestação, até o final do século XIX, eram aceitos como eventos naturais, femininos, fisiológicos e ligados ao ambiente familiar. Dessa forma, o parto era realizado na casa da

parturiente por parteiras, que transmitiam seu conhecimento de geração em geração (Diniz *et al.*, 2015).

A partir do século XX, o parto passa a ser institucionalizado, deixando o ambiente familiar, para ser realizado no hospital. O conhecimento científico ganha evidência. Com esta mudança, ocorre o fortalecimento das medidas intervencionistas, o que leva a parturiente a ser vista apenas na esfera fisiológica, o que a tornou passiva no processo de trabalho de parto, excluindo a presença de seus familiares.

Segundo a pesquisa Nacer no Brasil, coordenada pela Fiocruz, uma em cada quatro brasileiras que deu à luz foi vítima de violência obstétrica. Os episódios envolvem atos de desrespeito, assédio moral e físico, abuso e negligência, que vão desde o período pré-natal até o parto, e apenas nos últimos anos esse tema está sendo debatido pela comunidade científica juntamente com os profissionais de saúde e sociedade civil (Fiocruz, 2014).

Estabelecendo um apanhado histórico, percebe-se que essas práticas eram camufladas até o séc. XX. A sociedade se insurgiu principalmente na década de 90, com os primeiros relatos de violência institucional obstétrica ao redor do mundo, a destacar, a divulgação de uma matéria intitulada “Crueldade nas Maternidades”, na Ladies Home Journal, revista norte-americana destinadas a mulheres do lar, na qual descreviam os tratamentos torturantes recebidos pelas parturientes. O texto descrevia como tortura o tratamento recebido pelas parturientes, submetidas ao sono crepuscular (*twilight sleep*, uma combinação de morfina e escopolamina), que produzia sedação profunda, não raramente acompanhada de agitação psicomotora e eventuais alucinações. Os profissionais colocavam algemas e amarras nos pés e mãos das pacientes para que elas não caíssem do leito e, com frequência, as mulheres no pós-parto tinham hematomas pelo corpo e lesões nos pulsos.

A matéria relata ainda as lesões decorrentes dos fórceps usados de rotina nos primeiros partos, em mulheres desacordadas. O trabalho gerou grande repercussão, com uma inundação de cartas à revista e a outros meios, com depoimentos semelhantes, motivando importantes mudanças nas rotinas de assistência e a criação da Sociedade Americana de Psico-profilaxia em Obstetrícia.

A partir da propagação da realidade que acometia o ciclo gravídico das mulheres em questão, surgiram diversas tentativas de combate e prevenção dessa situação, dentre elas: no Reino Unido, em 1958, com a criação de uma sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas; posteriormente, em 1958, a publicação de um documento sobre violações dos direitos humanos contra mulheres durante o parto, pelo Centro Latino-americano dos Direitos da Mulher, dentre outras iniciativas (Diniz *et al.*, 2015).

1.3.2 Histórico do Combate à Violência Obstétrica no Brasil

No Brasil, na década de 1980, o pioneiro Espelho de Vênus, do Grupo Ceres, realizou uma etnografia da experiência feminina, descrevendo explicitamente o parto institucionalizado como uma vivência violenta (Grupo Ceres, 1981).

No final da década de 1980 o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por exemplo, reconhecia o tratamento impessoal e muitas vezes agressivo da atenção à saúde das mulheres. De acordo com Dinis o tema foi por muito tempo negligenciado por três motivos: a) por ter pauta feminista, b) pela resistência dos profissionais e c) pela falta de acesso das mulheres pobres a serviços essenciais. (DINIS; et. al.; 2015, p. 378).

Foi em 1993, com a carta de criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) que o termo violência obstétrica ganhou maior definição e repercussão no Brasil, uma vez que reconheceu circunstâncias de violência e constrangimento durante a assistência à mulher parturiente, contudo, temendo represálias dos profissionais de saúde, a organização não falava abertamente a respeito da temática violência.

A Portaria nº 569, de 1º de Junho de 2000, institui o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento (PHPN), baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades as seguintes: reduzir as altas taxas de morbimortalidade; melhorar o acesso, cobertura e qualidade do serviço; ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi estruturado em cima dos princípios: atendimento digno e de qualidade; vinculação e acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; assistência humanizada.

Segundo a filosofia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, a condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério é o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais.

O primeiro relaciona-se à adoção de uma postura ética e solidária por parte dos profissionais e diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, reconhecendo que a instituição deve organizar-se de maneira a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher.

O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do pré-natal, do parto e do pós-parto, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher, nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos.

Com esta iniciativa o Ministério da Saúde busca a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, procurando assegurar o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. Ainda neste mesmo sentido, busca potencializar e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais.

Tanto a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento quanto o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento são marcos históricos para a promoção dos direitos humanos das mulheres, destacando-se especialmente durante o trabalho de parto e o parto (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004)

Em 2003 o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 653/GM, estabeleceu que o óbito materno passaria a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas, assim como para a adoção de medidas que pudessem evitar novos casos. No ano seguinte, 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal a fim de promover a melhoria da atenção obstétrica e neonatal com participação dos gestores das três esferas de governo e da sociedade em amplo diálogo.

Também em 2004 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que foi construída em parceria com movimentos de mulheres de diversos setores da sociedade. Essa Política incorporou o ideário feminista de que a saúde da mulher não está ligada apenas às questões reprodutiva e sexual, mas também a aspectos socioculturais, considerando o machismo enraizado em nossa cultura e a diversidade das regiões do país, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas locais de saúde.

De acordo com Ministério da Saúde (2004b), a PNAISM enfatiza a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social e na perspectiva da saúde como direito de cidadania. Nessa definição toma-se como referência o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, e são incorporadas dimensões da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos. Propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres.

No ano de 2005, o Projeto de Lei 2915/2004 do então senador Ideli Salvatti - PT/SC, transformou-se na Lei Ordinária 11.108/2005 e com isso alterou 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.

Igualmente de grande importância é a Lei 11.634 de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o Ministério da Saúde (2007), preparando-a para o parto, envolvendo uma abordagem de acolhimento da mulher e seu companheiro no serviço de saúde. O serviço de pré-natal deverá promover visitas às gestantes e ao acompanhante às unidades de referência para o parto e esta passa a ter o direito ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS.

Outro programa que se destaca é lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde é a Rede Cegonha, estabelecida pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Trata-se de

programa do Sistema Único de Saúde (SUS) que propõe a melhoria do atendimento às mulheres durante a gravidez, o parto, o pós-parto, ao recém-nascido e às crianças até 2 (dois) anos de idade.

A Rede Alyne, instituída pela Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, sucedeu a Rede Cegonha com a finalidade de ampliar e fortalecer a atenção à saúde materno-infantil no Brasil. Entre suas diretrizes, destacam-se a ampliação do acesso ao pré-natal, a garantia da realização de todos os exames necessários — incluindo, no mínimo, uma ultrassonografia —, o encaminhamento oportuno em casos de complicações durante a gestação e a vinculação da gestante à maternidade de referência para o parto. Além disso, prevê a capacitação dos profissionais de saúde para oferecer atendimento seguro, acolhedor e humanizado, assegurando maior proteção à gestante e à criança.

Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a).

Através da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo.

Nota-se que o Estado busca através de políticas públicas erradicar a chamada violência obstétrica, entretanto, apesar dos esforços despendidos o panorama de violência ainda é bastante latente, ainda mais se focarmos no sistema público de saúde.

1.3.3 Definição de Violência Obstétrica

As mulheres, no decorrer do tempo, foram vítimas de inúmeras formas de violência. A Organização Mundial da Saúde define violência como “o uso intencional da força física ou do poder, em ameaça ou de fato, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Com o avanço tecnológico e a disseminação global instantânea de informações, a falta de respeito e o desprezo na assistência ao parto com as gestantes, no setor público ou privado de saúde, são amplamente divulgados pelas redes sociais e noticiados pela imprensa, são relatos chocantes, onde um momento que deveria ser marcado por alegria, amor e acolhimento, transforma-se em dor, sofrimento, angústia, impotência, humilhação e de muita revolta.

O conceito de violência obstétrica ainda não possui uma definição padronizada, tão menos existe uma determinação legal que tipifique esse tipo de conduta, pode-se dizer que é uma espécie de violência contra mulher e violação de direitos humanos. Tem como principais autores os profissionais da área da saúde e os respectivos hospitais ou maternidades, mas nada exclui que outros agentes figurem como autores ou coautores, por ação ou omissão.

Percebe-se que é um tipo de violência de difícil constatação e até mesmo de difícil combate a sua prática, uma vez que é uma situação de extrema vulnerabilidade física, emocional e técnica, de modo que leva a parturiente a acatar os conselhos e determinações daquele que possui o conhecimento científico e em tese o dever de prezar pela vida, muitas das vezes nem a própria mulher percebe que sofreu algum tipo de violência ou se teve algum dos seus direitos tolhidos, e quando percebe, ela sequer possui forças ou meios para evitar que ocorra.

Analisando os fatores apresentados podemos chegar a uma definição que violência obstétrica é toda e qualquer ação ou omissão que traga dor ou sofrimento, físico ou psicológico, desnecessários, e evitáveis, ou ainda, que venha a tolher ou diminuir os direitos das mulheres. De acordo com a OMS, é considerada violência obstétrica desde abusos verbais, restringir a presença de acompanhante, procedimentos médicos não consentidos, violação de privacidade, recusa em administrar analgésicos, violência física, entre outros. Já o Ministério da Saúde, embora reconheça o direito legítimo das mulheres utilizarem o termo violência obstétrica, prefere não utilizar essa terminologia e sim “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”.

A violência obstétrica pode ser definida como sendo a violência cometida por profissionais de saúde contra a mulher durante o processo gravídico-puerperal, através da apropriação do seu corpo e dos seus processos reprodutivos, expressa por meio de um trato desumanizador, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais (Charles Dalcanele TESSER *et al.*, 2015; Aline Barros de SOUZA *et al.*, 2017).

D'Oliveira e Schraiber (2002) identificam quatro formas de violência contra mulheres nos serviços de saúde: negligência (omissão no atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar alívio da dor quando indicado) e violência sexual (assédio sexual e estupro). Sanfelice *et al.* (2014) e Wolff & Waldow (2008) conceituam a violência obstétrica como violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaças e coerção, bem como violência física, por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto. Adicionam ainda condutas como: não informar à paciente sobre sua situação de saúde, manobras e medicações indispensáveis e enganar a paciente quanto à sua condição de saúde para incentivar cesariana eletiva.

A ocorrência de violência obstétrica é um problema recorrente nas práticas de atenção destinada à mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto, envolve questões sociais como gênero, raça, de classe e institucional. Caracterizam-se pela apropriação do corpo e

processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2013).

Em razão disto, uma forma de combate à prática de violência institucional obstétrica é através de uma assistência pré-natal de qualidade, destinada à mulher durante todo o processo gravídico-puerperal. Esta assistência deveria envolver diversos aspectos que poderiam ser benéficos às gestantes e profissionais de saúde, como compromisso, empatia, respeito e escuta ativa, englobando, dessa forma, a mulher como ser biopsicossocial, com modificações físicas, psicológicas, sociais, espirituais e culturais, não devendo ser restrita à apenas aspectos biológicos da gestante (Brasil, 2011).

Nesse contexto, os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro responsável pela assistência ao pré-natal de baixo risco nas estratégias de saúde da família, devem orientar as gestantes durante todo o processo gravídico por meio de ações individuais e grupais, atenuando medos e ansiedades e empoderando-as sobre seus direitos durante o trabalho de parto. Essas ações visam, principalmente, reduzir intervenções que caracterizam violência obstétrica nas unidades de saúde e seus potenciais riscos à saúde da mulher e do bebê, promovendo a humanização da assistência tanto em maternidades quanto em casas de parto (Guerreiro *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2015).

Sendo assim, uma assistência humanizada impõe a prestação de uma assistência priorizando a qualidade do cuidado, garantindo respeito aos direitos e sua individualidade, valorizando a autonomia, protagonismo e corresponsabilização dos sujeitos envolvidos no processo do cuidado. É uma forma de transformar o processo de desumanização que se tornou cada vez mais gradativo, em procedimentos que visam a suavizar as dores e temores de pacientes que necessitam de atendimento e cuidados (Brasil, 2006; Nunes, 2012).

1.3.4 Leis e Normas

1.3.4.1 3.4.1 Constitucionais

Os direitos da mulher grávida possuem forte ligação com o princípio da dignidade da pessoa humana, somente isso já deveria ser suficiente para garantir tratamento digno às mulheres nesse momento de extrema vulnerabilidade, de tal forma, que não sofressem nenhum tipo de violência.

No intuito de trazer maior proteção e combater com tais práticas, o nosso ordenamento jurídico vem ao longo do tempo se aperfeiçoando e buscando proteção para as mulheres grávidas, além daqueles já previstos na Constituição Federal de 1988, em diversas leis infraconstitucionais e até mesmo no âmbito internacional e em algumas diretrizes dos órgãos de saúde. No âmbito da Carta Magna, o inciso III do artigo 1º traz como fundamento, da República Federativa do Brasil, a dignidade da pessoa humana.

Como já dito anteriormente, a análise por si só do princípio da dignidade da pessoa humana já enseja que o Estado refute e combata qualquer prática abusiva e violenta por qualquer agente, seja ele público ou privado. Resumidamente, sendo a mulher grávida “pessoa humana” o Estado possui a obrigação de proteger e garantir que seja tratada com respeito, não importando sua raça, cor, idade, estado civil ou condição socioeconômica.

A Constituição também aufere como direito: a proteção à maternidade e o acesso à saúde, sendo dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário, nos termos dos artigos 6º e 196. Ainda é possível verificar que o legislador constituinte garantiu direitos nas áreas trabalhista, assistência social e previdenciárias, no inciso XVIII do artigo 7º, artigos 201, II e 203, I, bem como nos atos das disposições constitucionais transitórias no artigo 10, II, b.

1.3.4.2 Leis e Normas Infraconstitucionais

As mulheres grávidas possuem proteção jurídica em várias áreas do direito, sendo a trabalhista uma das mais destacadas. Por muito tempo, a força de trabalho feminina foi suprimida pelo simples fator da maternidade. Com isso, foram criados mecanismos de proteção antes mesmo de entrarem no mercado de trabalho, como a proibição de teste de gravidez em exames admissionais. Ou seja, o empregador não pode condicionar a contratação ao estado de não gravidez, estando amparado legalmente pelo inciso IV do artigo 373-A da Consolidação das Leis do Trabalho (Brasil, Lei nº 9.029, 1995), sob pena de incorrer em crime de discriminação.

Outro mecanismo que merece destaque é a previsão de estabilidade para a mulher grávida que lhe assegura a manutenção do emprego a partir do momento que descobre a gravidez até cinco meses após o parto, podendo ser dispensada somente por justa causa.

Além desses, a gestante possui direito à dispensa para realizar consultas, licença-maternidade de 120 ou até 180 dias, pausas para amamentação e outros previstos no âmbito da Consolidação das Leis do Trabalho (Brasil, 1943; Lei nº 13.467/2017).

Outra lei que traz vários direitos para as gestantes é o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, entre eles: nutrição adequada, saber onde será realizado o parto (Lei 11.634/07), assistência psicológica, orientação, adoção, acompanhante (introduzido pela lei 13.257 de 2016) e outros. O entendimento é que ao proteger a gestante o ECA também confere proteção ao embrião, e dessa forma resguarda a vida da criança mesmo antes do nascimento.

Ainda, encontramos uma série de direitos espalhados por outras leis, decretos e até normas, algumas que merecem destaques são: Atendimento prioritário à gestante e à lactante em hospitais, órgãos e empresas e bancos (Lei 10.048 e Decreto nº 5.296), salário maternidade previsto na lei nº 8.213 de 1991, acompanhamento especializado (Lei 9.263 de 1996) e a escolha de um acompanhante durante todo o pré-parto, parto e pós-parto, previsto na Lei 11.108 de 2005 e posteriormente adicionado no ECA.

1.3.4.3 Constituição do Estado de Roraima

A Constituição do Estado de Roraima no ATO DAS DISPOSIÇÕES CONSTITUCIONAIS TRANSITÓRIAS assegura o direito de licença maternidade para as servidoras gestantes do estado por 180 (cento e oitenta) dias, e ainda, em caso de criança com deficiência, a servidora poderá ter até 360 (trezentos e sessenta) dias de licença.

A Constituição Estadual também lhes garante o direito de até duas pausas de 30 (trinta) minutos cada para amamentação, ou ainda, a redução de 1 (uma) hora da jornada de trabalho, a sua livre escolha e sem diminuição do salário. Esse direito é garantido até que a criança complete 1 (um) ano de idade. E adicionalmente, em caso de plantão (acima de oito horas), a pausa ou a redução dobram, ou seja, 4 (quatro) pausas de 30 (trinta) minutos ou a redução de 2 (duas) horas na jornada de trabalho.

1.3.4.4 Lei Complementar nº 003 (Município de Boa Vista-RR)

Da mesma forma que as servidoras do estado possuem garantias, as municipais possuem uma série de direitos assegurados em lei municipal, entre eles o direito à licença maternidade, auxílio natalidade, trabalho salubre e não perigoso, pausa para amamentação e outros.

Conforme os dispositivos elencados da lei municipal complementar nº 003 de Boa Vista- RR, é assegurado às servidoras municipais gestantes ou adotantes uma gama de direitos trabalhistas, dentre eles destacam-se: a licença remunerada por 180 (cento e oitenta dias), o afastamento de atividades perigosas ou em local insalubre até o fim da gestação ou amamentação e as pausas para amamentação.

1.3.4.5 Lei Estadual de Roraima nº 1378 de 2020

A Lei nº 1.378 estabelece diretrizes para garantir e assegurar o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde no estado de Roraima. A referida lei possui um total de dezoito artigos que visam a realização de um parto mais seguro e humanizado, colocando a mulher no centro das decisões de todo o processo.

Pode-se dizer que a lei estadual 1.378 é uma grande conquista para todas as mulheres do estado de Roraima, uma vez que, o próprio estado demonstra preocupação com a qualidade dos serviços de saúde atualmente disponibilizados para a população roraimense.

Um dos artigos que merece especial destaque é o artigo 4º, onde determina que ao ser constatado a gravidez, a mulher gestante possui o direito da elaboração de um plano de parto, e como veremos, o plano de parto é uma ferramenta de grande valia para o combate de práticas violentas e/ou abusivas durante toda gestação, pré-parto, parto e pós-parto, conferindo a mulher maior segurança no que tange aos procedimentos ao qual estará submetida.

1.4 O direito da gestante ao acompanhante

A constituição ao declarar a saúde e a proteção à maternidade como um direito social transforma em ação positiva, garantidora de condições mínimas para o bem-estar social e econômico, de forma que possibilite aos cidadãos exercerem seus direitos civis e políticos.

Para se analisar a importância do acompanhante se faz necessário analisarmos o Princípio do Respeito pela Vulnerabilidade, que de acordo com a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, a vulnerabilidade é traço indissociável da condição humana, perspectivada na sua irredutível finitude e fragilidade como exposição permanente a ser ferida, não podendo como tal jamais ser suprimida, e enfatiza, que quando a vulnerabilidade humana se encontra agravada por circunstâncias diversas, se faz mister que esses sejam especialmente protegidos.

Ora, se a vulnerabilidade é condição humana, logo, o princípio do Respeito pela Vulnerabilidade visa a garantir o respeito pela dignidade humana, juntamente com os princípios do consentimento e da autonomia. Dessa forma, o princípio da vulnerabilidade molda-se com o dever de não ferir diante a finitude e fragilidade da vida.

Nesse sentido podemos dimensionar a relevância e a importância de ser assegurado o direito a acompanhante às mulheres gestantes, tal medida impositiva tem como premissa a dignidade da pessoa humana e como tal, um direito fundamental. O momento do parto, tanto normal quanto cesáreo, é representado pela vulnerabilidade extrema da mulher, de tal modo que perdem completamente a autonomia e capacidade de consentir.

Dessa forma, o acompanhante escolhido e de confiança da mulher irá servir como um suporte emocional permanente durante todo o pré-parto, parto e pós-parto, de tal modo que irá tranquilizar a gestante, fazendo com que o parto transcorra de forma mais tranquila e harmônica. Os benefícios do suporte emocional também resultam em um conforto físico maior, diminuindo em muitos casos a intercorrência do uso de medicação para dor.

Outro papel que pode ser exercido pelo acompanhante é o de auxiliar a parturiente em tomadas de decisões, sendo um suporte de informações e um elo de confiança que possa exprimir suas vontades e necessidades de forma fiel à equipe médica. Assim, divide com o acompanhante a carga emocional e psicológica do trabalho de parto, deixando-a mais confiante e segura.

Os benefícios do acompanhante são desde emocionais: Segurança, Confiança, Relaxamento, Calma e diminuição do estresse; há benefícios físicos por reflexo, eles vão desde a diminuição da dor, do uso de medicamentos, uso de procedimentos menos invasivos e chegando até evitar a realização de cesárea.

O acompanhante tem como objetivo prover o apoio emocional à parturiente, podendo prestar auxílio com massagens, apoio na deambulação, encorajamento no período expulsivo, além do suporte psicológico, já que é uma pessoa conhecida e próxima à parturiente na sua rede social, Pinto et. al. (2003).

A presença de um acompanhante de livre escolha da mulher é assegurada pela Lei 11.108 de 2005, RDC 36 de 2008, Estatuto da Criança e do Adolescente e Resolução 428 de 2017 da ANS. Embora existam vários dispositivos legais, recomendações e estudos científicos que apontem a importância e benefícios do acompanhante durante todo o processo de parto, tal direito tem sido comumente negado e negligenciado.

Diante da previsão legal, fica assegurado o direito da gestante de optar pelo acompanhante que melhor atenda às suas necessidades, não sendo lícito impor restrições que não tenham sido previstas pela legislação. Não é possível restringir, portanto, o acompanhante às hipóteses de parto normal ou de cesárea, a períodos determinados, como apenas durante o dia ou durante a noite, ou ao gênero feminino ou masculino.

Percebe-se que a presença de acompanhante não é mera faculdade que fica a critério do médico ou do hospital, mas sim um direito da parturiente e de seu acompanhante. A par de ser um direito reconhecido por Lei Federal, é preciso se garantir e respeitar, também, a autonomia da mulher, muitas vezes esquecida e marginalizada do ambiente democrático, numa sociedade nitidamente machista. Essa autonomia perpassa, necessariamente, pelos direitos sexuais e reprodutivos, tanto na esfera pública quanto na esfera privada. A Violência obstétrica consiste, justamente, na 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, integridade física e mental, e aos seus sentimentos e preferências.

É inegável, portanto, que a presença do acompanhante tem o condão de propiciar apoio emocional e segurança à parturiente, encorajando-a e, assim, contribuindo para diminuir a sua ansiedade. E, em contrapartida, gerando no acompanhante sentimentos de gratificação e participação efetiva no processo de parturição, contribuindo para o fortalecimento dos laços afetivos, de companheirismo e do vínculo afetivo.

1.4.1 Negativa ao direito de Acompanhante

Apesar das evidências científicas comprovarem os inúmeros benefícios do acompanhante para a mãe e o bebê, esta prática ainda não está sendo praticada pelos profissionais de saúde e instituições de saúde, apesar da existência de leis e políticas-públicas de incentivo a participação do acompanhante ao pré-natal, parto e nascimento.

Variadas são as barreiras apresentadas pelos serviços de saúde para a permanência do acompanhante durante todo o trabalho de parto, e, junta-se a isso o desconhecimento, por parte da mulher e seus familiares, a respeito do direito que lhes é garantido por lei.

Uma das razões comumente apresentadas por parte dos hospitais e maternidades é a falta de estrutura física, recursos humanos e material, capaz de assegurar a presença do acompanhante ao local de parto. Isso se dá muitas das vezes por conta do acompanhante ser do sexo masculino e sua presença, quer seja na sala de pré-parto, parto ou no pós-parto, poderá constranger as demais mulheres que ali se encontram, ou seja, muito desses

ambientes são compartilhados e não dão a privacidade e o conforto que as mulheres necessitam nesse momento único em suas vidas.

Contudo, o azo de estrutura física, não afasta a obrigação desses estabelecimentos em garantir a presença do acompanhante de livre escolha da parturiente, mesmo que seja do sexo masculino. Uma, que a lei nº 11.108 já está em vigor em nosso ordenamento jurídico desde 2005, ou seja, a mais de quinze anos, portanto, os estabelecimentos públicos quanto os privados, já tiveram tempo suficiente de adequarem suas instalações para o fiel cumprimento ao que determina a lei, e duas, o direito a acompanhante tem direta relação com a dignidade da pessoa humana, não sendo razoável que seja a mulher que arque com o ônus da ineficiência dos gestores em propiciar um local livre e seguro que possa receber as mães, seus acompanhantes e os recém-nascidos, logo, impedir o acesso do acompanhante do sexo masculino enquadra-se como discriminação de gênero e limitação ao direito de livre escolha da gestante.

Nesse sentido, a ANVISA por meio da RDC nº 36 de 2008, estabeleceu o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, para que os serviços de saúde adequassem sua estrutura física para acomodar as mulheres e seus acompanhantes, a fim de promover privacidade e segurança, de acordo com os princípios de humanização, contudo, tais estabelecimentos de saúde não conseguiram adequar-se às diretrizes.

Pesquisas mostram que a inadequação da estrutura física é uma das barreiras à implementação de práticas humanizadas durante o processo parturitivo, por outro lado, para os acompanhantes, dificuldades relacionadas ao espaço físico, e outros aspectos de ambiência, não representam obstáculos para sua permanência junto à parturiente.

Em relação a recursos humanos, o impedimento baseia-se no sentido de que o acompanhante, na maioria das vezes, não está acostumado com os procedimentos cirúrgicos e acaba demandando atenção e cuidado, pois, não são raros os casos em que os acompanhantes passam mal e precisem de cuidados médicos, e, nesse sentido, a equipe médica não teria condições de dividir sua atenção que deve estar totalmente voltada para o parto.

Traduzindo em miúdos, a necessidade psicossocial da parturiente é posta de lado pela escassez de funcionários para o atendimento às necessidades biológicas que envolvem o nascimento, afastando-se o acompanhante do cenário de nascimento. A retórica defendida pelos serviços de saúde é que a partir do momento que haja aumento no número de profissionais, haverá uma melhor aceitação na inclusão do acompanhante.

Já a questão de recursos materiais, ocorre com frequência nos partos cesarianos, que por sua natureza cirúrgica demandam a paramentação com aventais, portanto a limitação desses recursos enseja a negativa por parte dos hospitais em admitir a presença dos acompanhantes, pois, entendem que existam situações com maiores prioridades e a utilização desse material com um acompanhante é desnecessária, dispensável e menos importante frente a outros procedimentos. Logo, os entes de saúde, além de descumprirem a lei, não estão reconhecendo os benefícios do acompanhante para a mulher e o neonato.

De igual modo, comumente usa-se o estado clínico da gestante como motivo para barrar a entrada ou permanência do acompanhante. Contudo, não existe uma diretriz ou manual que determina quais seriam as complicações clínicas suscetíveis a impedir o acompanhante, essa decisão é tomada de forma arbitrária pelo médico ou equipe de médicos, ou seja, prevalece o poder hegemônico do médico que sobrepõe ao direito da mulher, amparado pela lei e evidências científicas.

Essa objeção tem como plano algumas questões que precisam ser levantadas, a negativa se dá pelo fato da equipe médica desconhecer a legislação e os benefícios do acompanhante, ou, pela resistência por parte dos profissionais de saúde de implementação de novas práticas, que além de necessárias, são benéficas para as parturientes e seus familiares, ou será, o receio da equipe médica de ser avaliada pelo acompanhante, pois, todos os seus movimentos e atitudes estão sendo constantemente observados por um terceiro.

É importante que seja avaliado caso a caso, que essas questões sejam levantadas e abordadas, a fim de que se tenha uma equipe médica qualificada e apta a receber o acompanhante. Os profissionais de saúde precisam deixar de lado a relação médico-paciente verticalizada, ou seja, relação autoritária e assimétrica, e comecem adotar uma perspectiva assistencial com vistas à autonomia dos sujeitos sobre a sua saúde, com a inclusão de práticas que valorizem a subjetividade e individualidade dos sujeitos.

1.4.2 Prevenção frente a Negativa ao Direito de Acompanhante

1.4.2.1 Medidas não Judiciais

Diante da recorrente prática de impedir a gestante de exercer seu direito de ter em sua companhia uma pessoa de sua confiança e de livre escolha, por parte das instituições de saúde, qualquer que sejam as escusas utilizada, é necessário que as mulheres e seus familiares tomem medidas a fim de coibir e evitar tal prática abusiva e ilegal.

Primeiramente, destaca-se a educação como a principal ferramenta de combate à prática de vedação ao direito de acompanhante. Através do conhecimento de seus direitos, a mulher gestante terá mais confiança ao argumentar por eles e saberá identificar as condutas que configuram como violência obstétrica, de tal modo, que irá conseguir impedir que elas aconteçam.

É igualmente necessário que o seu acompanhante possua o mesmo conhecimento, pois, será ele o porta-voz da mulher e como tal, deverá assegurar que seus direitos não sejam violados. Para tanto é mister que a gestante assuma um papel atuante durante toda gestação, é primordial que desde logo tenha conhecimento da gravidez, a mulher e seu acompanhante busquem por informações que irão guiá-los até o puerpério.

Ainda no pré-natal a mulher deve ser informada acerca dos seus direitos, deve obter informações de qual maternidade ou instituição de saúde irá acontecer seu parto, deve ser orientada sobre os benefícios do parto natural e ser incentivada pela escolha deste, tendo em vista os benefícios para a saúde tanto para a mãe quanto para o bebê, e ainda, ser

orientada a respeito de seu direito de ter um acompanhante de sua livre escolha, durante toda sua gestação, inclusive para lhe acompanhar durante a realização dos exames.

Diante da obtenção da informação a respeito do local onde será realizado o parto, é importante que a futura mãe e seu acompanhante visitem as instalações do referido local, a fim de colherem informações acerca da situação real do hospital ou maternidade, verificar se eles permitem a entrada e permanência do acompanhante e caso seja constatado que o local ofereça barreiras ao exercício regular do direito ao acompanhante, deverá a gestante tomar algumas medidas para que se faça valer a lei.

Caso o estabelecimento de saúde tenha informado que não é permitido que o acompanhante participe do trabalho de parto, de forma total ou parcial, ou seja, durante todas as fases ou em alguma dela, quer seja parto normal ou cesáreo, a primeira medida a ser tomada é a de documentar tal negativa, de preferência com o motivo alegado para tal medida restritiva de direito.

Após tomado a ciência e em posse da negativa do hospital, o próximo passo é notificar os órgãos competentes da prática abusiva e ilegal da unidade de saúde, caso seja unidade pública de saúde cabe denuncia para a ouvidoria do SUS e juntamente ao Ministério da Saúde, e, em estabelecimentos privados, poderá a denúncia ser formulada para a ANS, e, tanto em instituições públicas ou privadas, as denúncias formuladas devem ir acompanhadas com uma declaração da escolha do acompanhante, solicitando que tais órgãos (SUS, ANS e Ministério da Saúde) tomem as devidas medidas perante aos estabelecimentos denunciados para que os mesmos cumpram o que determina a lei, seja qual for o motivo alegado por elas.

Quanto antes tais medidas forem tomadas, maior será a possibilidade de que seja garantido à gestante o direito ao acompanhante, tendo em vista que a gestação se quer possuir um tempo certo, podendo a mulher vir a entrar em trabalho de parto a qualquer momento. Portanto, o fator tempo deve ser levado em consideração diante da negativa dos hospitais, caso o tempo seja demasiadamente escasso ou se as medidas anteriores se mostraram infrutíferas, será necessário demandar o judiciário para garantir um direito que lhe é assegurado.

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE A declaração universal de direito humanos e bioética UNESCO inseriu no nosso ordenamento jurídico uma gama de princípios da bioética, dentre eles cabe destacar o princípio da autonomia e da responsabilidade individual que motiva a autonomia dos indivíduos de tomarem suas próprias decisões precisam ser respeitadas e aqueles que não se encontrem capazes de exprimir sua autonomia, lhes serão assegurados os meios cabíveis para a proteção dos seus direitos e interesses. Trata-se de um direito personalíssimo e indisponível, não podendo a instituição de saúde de forma arbitrária e sem justificativas suprimi-lo.

Diante de tal princípio, o Conselho Federal de Medicina – CFM, por meio da resolução 1995 de 2012, instituiu a diretiva antecipada de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que queira ou não receber, quando estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente sua vontade, devendo o médico levar em consideração suas diretivas antecipadas de vontade, podendo inclusive serem inseridas no prontuário médico do paciente.

Por oportuno, o código de ética médica no seu artigo 88 estabelece como vedação ao médico deixar de fornecer ao paciente seu prontuário médico, bem como, estabelece que o médico tem o dever de atestar todos os atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal, conforme o artigo 91.

Diante da resolução citada e do código de ética médica, o paciente tem a diretiva antecipada de vontade, que pode ser exercida através do prontuário médico ou de outro instrumento que ateste sua vontade, como meio de coibir atos que diminuam ou afaste o regular exercício ao direito de acompanhante.

PLANO DE PARTO No parto humanizado preconiza-se que a mulher possa ter, caso queira, um acompanhante de sua escolha em todo o processo do pré-parto, parto e puerpério; tenha liberdade de movimentação; possa receber métodos não farmacológicos para alívio da dor; tenha privacidade e a presença constante de um/uma profissional capacitado/a para acompanhar o parto; escolha sobre a posição que deseja parir; que seja ela a primeira a ver seu bebê e a pegá-lo; e ainda que tenha seu medo e sua dor percebidos como legítimos e integrantes do processo. Tais medidas podem e necessitam ser selecionadas pela mulher antes e durante o parto, por meio da confecção do plano de parto. O plano de parto é um documento, de caráter legal, escrito pelas mulheres grávidas após receberem informações sobre a gravidez e o processo de parto, considerando seus valores e anseios pessoais, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez. O plano de parto é o eixo da relação clínica estabelecida entre as mulheres grávidas e o profissional e pode servir para orientar a atenção de saúde prestada ao longo de todo o processo.

Por meio da construção do plano de parto, as mulheres podem fortalecer a confiança em relação ao parto, expressar suas preferências e melhorar a comunicação com a equipe profissional, além de ser um método de *prevenção quaternária*¹ frente à violência obstétrica e de reafirmação de seus direitos sexuais/reprodutivos e acesso à assistência de qualidade. O plano de parto possui também a função de reconduzir o lugar de fala às mulheres parturientes, é importante que o direito das mulheres à sua elaboração seja respeitado pelos profissionais que as assistem. Com a utilização desse documento, as mulheres podem expor seus anseios, expectativas e necessidades, tornando-se protagonistas do cuidado no momento do parto. O empoderamento feminino contribuirá para o poder de decisão e a defesa dos seus direitos durante o pré-natal, trabalho de parto e nascimento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1996, aconselha a elaboração do plano de parto e o compreende como mecanismo de incentivo às mulheres na busca por

informações qualificadas, instrumento para a construção das expectativas e dos desejos com relação à experiência da maternidade é um exercício de protagonismo. No rol de recomendações da OMS, presente no guia prático da OMS para o cuidado ao parto normal, o plano de parto se enquadra como categoria A: *Práticas que são Demonstradamente Úteis e Devem ser Encorajadas*.

A seriedade do plano de parto relaciona-se ainda ao princípio bioético de autonomia, uma vez que propicia o aumento do controle das mulheres sobre o processo do parto, já que se compõe como ferramenta preparativa para o parto, capaz de atenuar os medos das mulheres com base na informação e comunicação proporcionadas, estabelecendo um processo de reflexão para as mulheres, o que colabora para a produção de um efeito positivo sobre a satisfação.

O Ministério da Saúde, através da portaria nº 353 de fevereiro de 2014, estabeleceu diretrizes sobre pré-natal e parto, de acordo com a portaria, cabe aos profissionais de saúde perguntar se a mulher tem um plano de parto escrito, ler e discutir com ela, levando-se em consideração as condições para a sua implementação, tais como a organização do local de assistência, limitações (físicas, recursos) relativas à unidade e a disponibilidade de certos métodos e técnicas, ou seja, o profissional que acompanhar a gestante, por lei, deve receber e conversar sobre o seu plano de parto ao longo da gravidez, embora fique a critério da equipe médica tomar decisões finais sobre a forma mais segura de conduzir o parto e quaisquer procedimentos ligados a ele.

Portanto, o plano de parto é um instrumento de grande importância para que a mulher leve a conhecimento suas vontades, dentre elas, o direito de ter consigo um acompanhante de sua livre escolha. Assim, além de externar de forma clara e inequívoca sua decisão, o documento servirá de meio inibidor frente ao estabelecimento de saúde e a equipe médica, uma vez que aquela mulher demonstra possuir conhecimento sobre os seus direitos e caso haja alguma violação, sem justificativa plausível, poderá vir a gestante, através do judiciário, buscar reparação frente aos seus direitos cerceados.

1.4.3 Medidas Judiciais

Tendo em vista que as medidas extrajudiciais não foram suficientes para a garantia de um direito líquido e certo, e, diante da iminente lesão e ameaça de direito garantindo em lei federal, não restam dúvidas de que caberá ao judiciário o mister de assegurar que a mulher receba uma assistência médica livre de violências, arbitrariedades e ilegalidades.

MANDADO DE SEGURANÇA O Professor Celso Ribeiro Bastos leciona que o Mandado de Segurança é um recurso técnico-jurídico que pressupõe uma determinada evolução no processo de controle do poder estatal e, conseqüentemente, da repercussão deste sobre os indivíduos, [...].

De acordo com a Constituição Federal, nos termos do artigo 5º inciso LXIX, o Mandado de Segurança é uma ação que visa proteger direito líquido e certo, não amparado

por habeas corpus ou habeas data, quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do Poder Público.

O Mandado de Segurança é regulado pela Lei 12.016 de 2009 e nos termos da referida norma será cabível quando o direito for líquido e certo, ou seja, não necessita da comprovação da existência do direito, pois, sua garantia é a sua própria existência, que é dada como certa e incontestável.

O professor Pedro Lenza escreveu em seu livro de Direito Constitucional Esquemático sobre o tema que: *“O Direito Líquido e Certo é aquele que pode ser demonstrado de plano mediante prova pré-constituída, sem a necessidade de dilação probatória. Trata-se de direito manifesto na sua existência, delimitado na sua extensão e apto a ser exercitado no momento da sua impetração.”*

Nesse sentido, tendo em vista que o direito ao acompanhante é um direito previsto pela lei federal 11.108 de 2005, e, partindo-se do princípio que somente através de lei pode-se restringir ou modificar direitos, é indiscutível que o acompanhante de livre escolha da mulher, conforme a lei citada determina, é um direito líquido e certo.

Entretanto, para postular o mandando de segurança não basta o desrespeito a direito líquido e certo, é necessário igualmente que o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder seja autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do Poder Público competente, desta forma, somente seria possível valer-se do remédio constitucional às parturientes usuárias do Sistema Único de Saúde.

Outra característica importante referente ao Mandado de Segurança é a impossibilidade de se pleitear indenização por dano moral, uma vez que o dano moral não é líquido e certo, sendo necessário sua comprovação.

Portanto, é preciso cautela do profissional do direito ao analisar o caso concreto e verificar se o mandado de segurança é o remédio cabível, tendo em vista suas peculiaridades, contudo, preenchido o requisito do direito líquido e certo e o polo passivo tendo ente de direito público, o mandando de segurança poderá ser a guarida necessária para preservar o direito da gestante, evitando que ela venha sofrer ato lesivo.

AÇÃO OBRIGAÇÃO DE FAZER COM TUTELA DE URGÊNCIA ANTECIPADA
A obrigação de fazer está prevista no Código de Processo Civil dos artigos 815 até o 821, tem como fundamento uma relação jurídica, de caráter transitório, estabelecida entre credor e devedor e cujo objeto pode ser uma prestação econômica, positiva ou negativa. Dessa forma, o estabelecimento de saúde tem a obrigação positiva de assegurar à gestante o seu direito previsto em lei de ter consigo um acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto.

Portanto, o bem jurídico específico tutelado da relação jurídica entre médico, hospital e/ou maternidade e a parturiente é uma prestação positiva prevista em lei, sendo assim,

poderá a mulher gestante, diante da iminente lesão ao seu direito, propor face aos estabelecimentos de saúde, quer seja ele público ou particular, ação de obrigação de fazer com fundamento no artigo 497 e seguintes do Código de Processo Civil.

Contudo, como é de pleno conhecimento popular, a tutela jurisdicional é bastante morosa e o tempo urge contra a gestante que pode vir dar à luz, sem sequer ter seu pedido apreciado pela justiça. Diante desse cenário, é importante que o advogado da autora faça o pedido na inicial em caráter de urgência antecipada.

A Tutela de Urgência Antecipada é uma medida judicial que possibilita ao autor da ação a obtenção antecipada dos direitos pretendidos, os quais só seriam alcançados com o trânsito em julgado da sentença, a fim de evitar os danos decorrentes da demora do processo. Assim, permite à parte ser beneficiada imediatamente com os efeitos da tutela definitiva que se pretende obter no final da demanda.

Para obtenção de tal medida judicial antecipatória é necessária a comprovação no processo de elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo. A probabilidade do direito (*fumus boni juris*) analisa o direito e o fato tratado no processo e permite deduzir ser provável que o requerente vença, logo, sendo o acompanhante um direito resguardado em lei federal, basta que a mulher manifeste sua vontade de exercê-lo para se comprovar a probabilidade do direito. Por sua vez, o perigo de dano (*periculum in mora*) avalia se o direito que se discute sofre algum tipo de lesão, que no caso em voga, está configurado o risco de lesão diante da demora considerável do processo frente à urgência de uma gestação, pois o parto pode acontecer a qualquer momento e, caso não seja concedida a tutela e a criança nasça antes do trânsito em julgado da sentença, a ação perderá seu objeto e sua eficácia.

Outro requisito da tutela de urgência antecipada é a possibilidade de reversibilidade da decisão, ou seja, os efeitos da decisão devem ser capazes de retornar ao estado de antes, contudo, os tribunais têm afastado esse requisito nas hipóteses em que a irreversibilidade seja dúplice, isto é, a irreversibilidade estará presente tanto para o réu quanto para o autor, como no caso que envolve risco à saúde.

Sendo assim, concedida a tutela de urgência, terá a parturiente o seu direito ao acompanhante resguardado pela guarita jurisdicional, podendo inclusive solicitar o apoio da força policial para que se cumpra a determinação legal.

1.4.4 Direito ao Acompanhante durante a Pandemia “COVID-19”

Rememora-se que a Organização Mundial de Saúde declarou o surto do novo coronavírus (2019-nCoV) como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 30 de janeiro de 2020 e, após, em 11 de março de 2020, caracterizou o COVID-19 como pandemia. Assim, desde março de 2020, com a chegada do COVID-19 (novo coronavírus) ao país, o cenário em que vivemos foi alterado.

No Brasil, foi a Portaria nº 188/2020 do Ministro de Estado da Saúde que declarou a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Diante deste cenário foram decretadas medidas de isolamento social, alterando a realidade normal da sociedade, além de mudanças no atendimento nos serviços de saúde.

Neste contexto, a Lei Federal nº 13.979/2020 dispôs sobre as medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, decorrente do Coronavírus, reafirmando medidas em consonância com o pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas, bem como atribuindo ao Ministério da Saúde a competência para regulamentar a lei de enfrentamento da emergência de saúde pública.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), logo no início da pandemia, emitiu orientações no sentido de que é direito de todas as mulheres receberem atenção de alta qualidade antes, durante e após o parto, o que também inclui, dentre outras recomendações, que elas estejam acompanhadas por uma pessoa de sua escolha durante o parto.

Primeiramente, é importante salientar que o órgão responsável para criar diretrizes de enfrentamento ao COVID-19 é o Ministério da Saúde, dessa forma, não poderá a unidade de saúde de forma autônoma legislar normas que contrariem direitos garantidos por lei, mesmo que seja com fundamento no combate ao COVID-19. Espera-se que os estabelecimentos de saúde sigam as diretrizes do Ministério da Saúde juntamente com as recomendações da Organização Mundial de Saúde.

Contudo, durante a pandemia tornou-se comum o desrespeito ao direito do acompanhante, tendo como justificativa promíscua o potencial risco de contaminação. De plano, quase todas as unidades de saúde impediram que as mulheres tivessem consigo um acompanhante de sua livre escolha, desconsiderando totalmente todos os estudos científicos que comprovam os diversos benefícios que esse elemento dispensa tanto para a mãe quanto para o bebê.

O que era feito de forma velada passou a ser realizado escancaradamente. As unidades de saúde valeram-se da atual situação para bloquear o direito das gestantes, de forma genérica e arbitrária. Cartazes e notas oficiais estampavam as paredes das unidades de saúde, a mensagem era clara e assustadora, negando à gestante seu direito a um acompanhante.

Não bastasse essas mulheres estarem no meio do caos, assustadas, acuadas, com dores insuportáveis e totalmente fragilizadas, foram obrigadas a passarem por tudo isso sozinhas, sem ninguém para lhes apoiar e confortar.

Qualquer restrição ao direito das mulheres em obter assistência adequada no momento do acolhimento, trabalho de parto, parto e puerpério e quaisquer medidas que lhes tolhem o direito ao acompanhante, tomadas pela maternidade, mesmo em contextos de excepcionalidade, são destituídas de fundamentos legais, podendo configurar afronta aos princípios da legalidade, razoabilidade, proporcionalidade, autonomia e dignidade da pessoa humana, além de caracterizar violência obstétrica.

Diante disso, o Ministério da Saúde manifestou-se de forma totalmente contrária aos atos praticados pelas unidades de saúde, através da Nota Técnica nº 09/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, recomendou que seja mantida a presença do acompanhante durante o pré-parto, o parto e o puerpério.

No mesmo sentido, o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos lançou a cartilha “Mulheres na Covid-19” para enfrentamento ao COVID-19 pelo público específico de gestantes e lactantes, na qual é ressaltado o direito das mulheres de terem um acompanhante durante todo o trabalho de parto e internação hospitalar.

Desse modo, a imposição de obstáculos ou a proibição para a efetivação do direito ao acompanhante que a parturiente tem, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, é indevida, por ser ilegal e por configurar uma forma de violência obstétrica.

Por fim, destaca-se que, de acordo com os Princípios de Siracusa sobre a limitação ou revogação dos direitos previstos no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, para que a restrição a esses direitos seja legítima é necessário que estejam presentes os seguintes requisitos: base legal, necessidade extrema, base em evidências científicas, duração limitada, respeito à dignidade humana, possibilidade de revisão, proporcionalidade ao alcance de seu objetivo e ainda não ser arbitrária nem discriminatória.

1.5 Judicialização da violência obstétrica

1.5.1 Decisões Desfavoráveis

A bem da verdade, mesmo o direito a acompanhante ser líquido e certo, uma vez que é garantido por lei, nem sempre, ao buscar amparo da justiça para preservação de tal direito, terá o seu pedido atendido. Portanto, é preciso que analisemos as decisões judiciais, com o objetivo de verificarmos de que forma o judiciário vem se posicionando, e, principalmente, para que os operadores do direito saibam como se posicionar, a fim de terem seus pleitos atendidos.

(TRF-4 - AG: 50092759820214040000 5009275-98.2021.4.04.0000, Relator: PAULO AFONSO BRUM VAZ, Data de Julgamento: 07/03/2021, TURMA REGIONAL SUPLEMENTAR DO PR) ...Ante o exposto, indefiro o pedido de tutela de urgência. Intimem-se, sendo que a parte agravada, inclusive, para os fins do art. 1.019, II, do CPC/2015.

O Agravo de Instrumento, tinha como objetivo a reforma da decisão que indeferiu o pleito da autora da ação, a parturiente estava preste a completar 41 semanas de gestação, contudo o Hospital de Clínicas da UFPR, estaria lhe negando o direito a acompanhante, utilizando como justificativa o atual cenário da pandemia do Covid-19 e a suposta proteção à coletividade.

Infelizmente a agravante não teve seu pleito atendido, em síntese, o relator entendeu que o acompanhante apresenta risco para à equipe médica e demais pacientes. Ora, su-

ponhamos que a própria gestante tivesse atestado positivo para o Sars-cov-19, o hospital deixaria de realizar o parto? ou, tomaria todas as medidas necessárias para que o parto fosse realizado de forma segura, minimizando ao máximo o risco de contágio de todos os envolvidos? Obviamente essa mulher iria ter seu parto realizado.

Como já mencionado, o Ministério da Saúde é o órgão responsável para estabelecer as diretrizes de combate à disseminação da Covid-19, e o referido Ministério, através da NOTA TÉCNICA Nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.

Se o Ministério da Saúde, como órgão competente, reconhece a importância do acompanhante e sequer o classifica como visita, e, estabelece que independentemente de o resultado da triagem ser positivo ou negativo para o SARS-CoV-2, não poderia o Hospital de Clínicas da UFPR contrariar a referida normativa e agir de forma diversa do que foi determinado pelo Ministério da Saúde.

Vale frisar, que tratando-se de plano de saúde, a resolução 428 da ANS, traz no artigo 22 inciso VII, a obrigatoriedade do custeio das despesas com os acompanhantes, além disso, faz a ressalva: salvo contra indicação justificada do médico, e ainda, restringe tal ressalva aos seguintes casos: crianças menores de dezoito anos, idosos a partir dos 60 anos de idade e pessoas com deficiência.

Logo, sequer há possibilidade de ter contraindicação médica para o acompanhante da parturiente, quem dirá, uma determinação feita de forma genérica para todas as parturientes, como foi feito no caso em análise. Nesse sentido, a Portaria nº 356 de 2011 do Ministério da Saúde, aduz que a medida de isolamento só poderá ser determinada através de prescrição médica ou por recomendação do agente de vigilância epidemiológica.

1.5.2 Decisões Favoráveis

O Ministério Público Federal, ajuizou, em julho de 2017, ação civil pública contra a União, para que os Hospitais Militares de Manaus fossem obrigados a cumprir a Lei Federal 11.108/05 (Lei do Acompanhante), pois essas unidades de saúde vinham sistematicamente tolhendo diversas mulheres de ter consigo um acompanhante durante todo o trabalho de parto. A União justificou que o Hospital Militar de Área de Manaus – HAMN, não autorizava a entrada e permanência do acompanhante no centro cirúrgico durante o parto cesáreo para evitar a ocorrência de infecções hospitalares, já que a unidade de saúde não dispunha de um centro cirúrgico exclusivo para atendimentos em obstetrícia.

O Juiz Federal Lincoln Rossi da Silva Vigüini, utilizou como base para sua decisão o fato de que não poderia a unidade de saúde negar um direito reconhecido em lei federal com a simples justificativa de “falta de estrutura”, destacou ainda que a presença de acompanhante não é mera faculdade que fica a critério do médico ou hospital, mas sim um direito da parturiente e seu acompanhante.

O Juiz ao deferir o pedido liminar, destacou a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulher de 1979, a Convenção Relativa ao Amparo

ao Parto, a Convenção Cedaw e a Declaração e Programa de Ação de Viena. Em síntese, as convenções apontadas pelo Magistrado, determina que toda mulher tem direito a uma assistência adequada no pré-parto, parto e puerpério, e ainda, respeito à sua condição de gestante, à sua autonomia e a presença do acompanhante de sua preferência.

PROCESSO: 1001350-48.2017.4.01.3200 CLASSE: AÇÃO CIVIL PÚBLICA CÍVEL (65) AUTOR: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (PROCURADORIA) RÉU: UNIÃO FEDERAL SENTENÇA Trata-se de Ação Civil Pública ajuizada pelo MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL em face da UNIÃO FEDERAL, objetivando, em síntese: (a) não oponha embaraços ao cumprimento da chamada “Lei do Acompanhante” (Art. 19-J e seguintes da Lei do SUS); (b) não realize procedimentos médicos, de qualquer espécie, quando não dispuser de infraestrutura, profissionais, equipamentos, medicamentos ou outros insumos adequados, salvo nos casos imprevisíveis, emergenciais e pontuais em que a adoção de tais condutas se afigure como sendo o único meio imediatamente viável para salvar ou preservar a vida ou a integridade física de determinado paciente, sem prejuízo da cessão das condutas tão logo cessada a emergência.

1.6 Resultado e Discussão

A discussão integra os resultados encontrados na revisão e evidencia três aspectos centrais:

I. A importância do acompanhante durante todo o trabalho de parto, como elemento de humanização e respeito à dignidade da gestante; II. As falhas institucionais e resistências encontradas em unidades de saúde, que muitas vezes negam o exercício desse direito sob justificativas estruturais ou administrativas; III. As lacunas legislativas ainda existentes, que dificultam a responsabilização de profissionais e instituições por atos de violência obstétrica.

Além disso, a jurisprudência recente demonstra avanço no reconhecimento do direito ao acompanhante, consolidando a atuação do Judiciário como instrumento de efetivação dos direitos das mulheres.

1.7 Conclusão

A análise realizada evidencia que a violência obstétrica persiste como um desafio estrutural para a saúde pública e para a efetivação dos direitos fundamentais das mulheres no Brasil. A revisão bibliográfica e jurídica permitiu identificar falhas institucionais, lacunas legislativas e a necessidade de maior efetividade na aplicação das normas já existentes.

De forma sistematizada, destacam-se as seguintes conclusões:

I. Persistência da violência obstétrica – práticas abusivas e desrespeitosas continuam sendo recorrentes no pré-parto, parto e pós-parto. II. Importância do acompanhante – sua

presença constitui medida protetiva, de amparo emocional e de garantia da dignidade, conforme previsto na Lei nº 11.108/2005. III. Resistência institucional – muitas unidades de saúde ainda impõem barreiras à efetivação desse direito, revelando fragilidade no cumprimento da legislação. IV. Bioética e direitos fundamentais – negar o direito ao acompanhante viola princípios da autonomia, dignidade e respeito à vulnerabilidade da mulher. V. Atuação do Judiciário – decisões recentes têm consolidado a relevância do direito ao acompanhante e aplicado medidas protetivas às parturientes.

Conclui-se que o fortalecimento das garantias legais, a capacitação de profissionais de saúde, a melhoria da estrutura hospitalar e a atuação firme do Poder Judiciário são medidas indispensáveis para a erradicação da violência obstétrica e para a construção de uma cultura de respeito, dignidade e humanização no parto.

1.8 Referências

ALMEIDA, Andressa Nayara Costa; MELO, Arthur Vinícius de Moura; SANTOS, Danielly de Carvalho; SILVA, Rafaella Cavalcanti da. Violência obstétrica: o direito a acompanhante da parturiente. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 10, n. 4, p. 1554-1569, abr. 2024. DOI:

<https://doi.org/10.51891/rease.v10i4.1554>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm>. Acesso em: 30 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 jul. 1991.

BRASIL. Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995. Dispõe sobre a proibição de práticas discriminatórias para efeito de acesso à relação de trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 abr. 1995. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9029.htm>. Acesso em: 30 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal (planejamento familiar). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 8 abr. 2005.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2007.

BRASIL. Lei nº 12.016, de 7 de agosto de 2009. Disciplina o mandado de segurança individual e coletivo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 ago. 2009.

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Marco Legal da Primeira Infância. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 mar. 2016.

BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (Reforma Trabalhista). Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm>. Acesso em: 30 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Institui a Rede de Enfrentamento à Violência Obstétrica – Rede Alyne. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 set. 2024.

DINIZ, C. S. G.; D'ORSI, E.; DOMINGUES, R. M.; TORRES, J. R.; SCHNECK, C.; *et al.* Humanização do parto e nascimento: história, avanços e desafios no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, v. 359, n. 9318, p. 1681–1685, 2002. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6).

DIAS, Maria Clara. Violência obstétrica: uma análise sob a ótica dos direitos humanos. *Revista de Bioética*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 291-300, 2014.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 605-615, 2005.

GUERREIRO, I.; DINIZ, C. S. G.; SOUZA, R. L. Violência obstétrica e humanização do parto: a atuação da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, n. 5, p. 780–786, 2012.

GRUPO CERES. Espelho de Vênus: identidade social e sexual da mulher. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1981.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Claudia Beatriz. Desigualdades raciais, sociais e regionais na assistência ao parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2003-2014, 2016.

OLIVEIRA, Elaine Reis Brandão de; RATTNER, Daphne; GOMES, Maria de Fátima M. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica das mulheres. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 20-30, 2008.

SANFELICE, C. F. de O.; SHIMO, A. K.; OLIVEIRA, A. R. de. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar: a experiência de enfermeiras obstetras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 3, p. 445–451, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140059>.

SILVA, A. S.; RODRIGUES, A. M.; CARVALHO, M. F. O papel do enfermeiro na humanização do parto e na redução da violência obstétrica. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 9, n. 3, p. 678–685, 2015.

SILVA, Maria Luiza; SANTOS, Juliana Pereira. O direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto: desafios e perspectivas. *Revista Jurídica da Universidade de Brasília*, Brasília, v. 15, n. 2, p. 45-60, 2020.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 3, p. 138–151, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on violence and health. Geneva: WHO, 2002.

FIOCRUZ. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011–2012). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Violência obstétrica: você sabe o que é? São Paulo: DPE-SP, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017. Dispõe sobre as diretrizes de atenção obstétrica na saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2017.