



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

Autos 0801385-76.2020.8.12.0021 - Procedimento do Juizado Especial Cível

Parte autora: Lygia da Silva Cavalcante Nespólis

Parte ré: Município de Três Lagoas e Sociedade Beneficente Hospital Nossa Senhora Auxiliadora

SENTENÇA

Trata-se de ação que Lygia da Silva Cavalcante Nespólis ajuizou em face de Sociedade Beneficente Hospital Nossa Senhora Auxiliadora e Município de Três Lagoas.

A petição inicial narra que:

A autora estava grávida e, apesar de ter iniciado o Pré-Natal de forma particular, acabou fazendo praticamente a totalidade do Pré-Natal pelo SUS, isto é, nos três primeiros meses fez de maneira particular (em razão de gravidez de risco) e doravante pelo SUS, sendo que no momento da iminência do parto, mais precisamente dia 25/11/2019, se dirigiu ao Hospital Nossa Senhora Auxiliadora e lá foi maltratada pelo médico obstetra, Dr. Alan G. Estrada (CRM/MS 160.011), o qual, segundo a autora, afirmou que não iria internar a autora, pois, não estaria ela ainda em trabalho de parto, não tendo alcançado a dilatação necessária e que era para ela voltar para casa, e que se não fizesse isso, que então ficasse esperando na sala de espera até chegar a hora do parto.

A autora angustiada voltou para sua casa, e lá chegando, pouco tempo depois – cerca de uma hora e meia depois - entrou em trabalho de parto, vindo a parir seu filho JOÃO GABRIEL CAVALCANTI NESPOLIS DE LIMA na sua própria cama, tendo a autora e seu filho corrido sérios riscos à saúde por não terem sido amparados por um profissional da medicina em razão da conduta omissiva do médico supracitado.

(...)

Conforme se vê do Resumo de Alta Hospitalar, o próprio médico fez Encaminhamento da paciente para Unidade Básica de Saúde, após ela ter adentrado ao Hospital no dia 25/11/2019 às 14h38min.

Alega a autora que quando retornou ao Hospital – já com o bebê nos braços - levada pelo SAMU, ouviu do médico que teria informado à enfermeira plantonista que a paciente ainda voltaria no mesmo dia para ter seu bebê.

Ora, se o médico tinha essa consciência, não se entende o porquê teria encaminhado a autora com ALTA HOSPITALAR às 16h16min, tendo ela esperado quase 02 horas

para ser indevidamente liberada, tanto que – logo depois – às 18h29min houve o parto espontâneo na residência da autora (p. 2-3).

Por entender que não recebeu o devido atendimento de saúde, a autora postula R\$ 35.000,00 como medida de compensação pelo dano imaterial sofrido.

Em contestação, o hospital alega que o Código de Defesa do Consumidor não seria aplicável, uma vez que o atendimento da autora ocorreu pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Afirma que só responde, se preenchidas duas hipóteses: “(a) em caso de erro médico, vínculo do médico de emprego/preposição com o hospital; e/ou b) quando o dano decorrer de falha na prestação de serviços que afeta única e exclusivamente ao hospital”.

Sustenta que “não há nos autos qualquer menção ao atendimento de recepção, atraso e





Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

atendimento, erros em exames, enfim, nada relacionado à atividade hospitalar” e que o médico não seria seu empregado nem preposto, razão por que entende que não teria responsabilidade pelo evento relatado pela autora (p. 58-60). Ademais, argumenta ausência de erro médico e de danos morais e materiais.

Sobre a alegada recusa de assistência ao trabalho de parto, a contestação do hospital assim se manifesta especificamente:

Conforme relatado, a Requerente estava em pródromos, ou seja, ainda não estava em trabalho de parto e, segundo a doutrina médica, o pródromos de trabalho de parto é fase que antecede o trabalho de parto propriamente dito, ainda com contrações irregulares e sem modificações do colo uterino.

Nesse sentido, inclusive, os estudos apontam que o internamento precoce de gestantes de baixo risco em pródromos ou mesmo na fase ativa do trabalho de parto acarreta intervenções desnecessárias e muitas vezes danosas às pacientes.

Desse modo, a conduta do médico foi acertada ao encaminhar a Requerente para sua casa para aguardar as contrações e o trabalho de parto latente, vez que sua manutenção nas dependências da Requerida não contribuiria para o parto, ao contrário, vez que aumentaria os riscos de intervenções indesejadas.

Outrossim, a desinformação da Requerente acerca do parto não pode ser sanada no momento do parto, por razões óbvias, visto que a mulher está sob muitos hormônios e dor, sendo preciso que haja assistência à mulher durante o pré-natal, para conscientização e diálogo descrevendo os riscos e benefícios de cada parto, para esclarecer, de modo orgânico e ao longo da gravidez qual a melhor opção para cada mulher, a depender do seu estado clínico e do feto.

Destarte, a Requerida não atua durante o pré-natal das grávidas, recebendo-as apenas no momento do parto, ou seja, não cabe ao Nosocômio informar e orientar as parturientes, no caso a Requerente, acerca da orientação sobre os riscos e benefícios de cada parto, seja ele natural ou por cesárea, cabendo apenas examinar e orientar a parturiente sobre seu estado clínico durante o parto, atuando em obediência aos padrões clínicos.

Segundo consta na cartilha do Ministério da Saúde denominado “Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher”, localizada no sítio eletrônico http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf, às fls. 41, não existe exatamente um momento certo para a internação, entretanto, a orientação é de que a internação ocorra no mínimo na fase ativa do parto ou na fase latente (ideal), vez que em pródromos, a estadia da gestante pode se estender mais do que o necessário (...) (p. 64-65).

Já o ente municipal alega em defesa que não seria responsável, porque:

(...) não concorreu em momento algum com o episódio fatal ocorrido, na medida em que a autora procurou o atendimento especializado que, em casos como os relatados, é encaminhado diretamente ao hospital conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) para os atendimentos devidos, lá, passando pela triagem, o médico responsável (de forma exclusiva) deve analisar o caso e deliberar se é ou não o caso de internação. A autonomia médica prevalece em situações como a relatada, não há uma regulamentação ou imposição por parte do Município em tratamento desta natureza, o convênio firmado entre o Município e o Hospital corréu dá autonomia ao trabalho médico e se este entendeu que não era caso de internação, não poderá ser o Município ser responsabilizado por eventual dano moral sofrido pela requerente (...) (p. 149)



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

Para o Município de Três Lagoas, ainda que a alegada falha de atendimento tenha ligação com o SUS, apenas o hospital local e o médico poderiam ser responsabilizados.

Na audiência de instrução, foi colhido o depoimento pessoal da autora e de duas informantes por ela arroladas e foram ouvidos uma enfermeira e o médico obstetra arrolados pelo hospital (p. 159-164).

A prova oral pode ser assim resumida:

- a) **depoimento pessoal da autora:** foi ao hospital, com sangramento; chegando lá, o médico a examinou e disse que não estava em trabalho de parto e que local de sentir dor é em casa e não no hospital; o médico se negou a interná-la e disse que, caso a autora desejasse aguardar no hospital, deveria ficar na recepção; a enfermeira Francisneide cronometrou as contrações, constatando 3 no espaço de 11 minutos e que, se fosse por ela (enfermeira) internava a autora; saiu do hospital por volta das 16:30-17h; chegando em casa, foi tomar banho, quando sentiu forte contração e percebeu que o bebê estava vindo, sendo ajudada por seu esposo, ocasião em que teve o parto em sua residência; o médico dr. Alan Gonçalves Estrada lhe pediu desculpas e disse que sabia que a autora voltaria naquele dia para o parto; a pediatra disse que o bebê estava fedido; os atendentes do SAMU também lhe chamaram a atenção por não ter procurado atendimento no hospital; o bebê teve perda de temperatura; ficou internada por 2 dias. Em resposta às perguntas do município: foi bem atendida pela equipe de saúde do posto de saúde; sempre teve indicação de parto normal; teve outro parto normal anteriormente em Andradina/SP.
- b) **declarações da informante da autora, Veruska de Souza Santana:** é ex-cunhada de Ligia; levou a autora até o hospital; o médico disse que iria examiná-la, mas que provavelmente não era nada; o médico desenhou em um papel, e afirmou que a autora não estava em trabalho de parto e que iria liberar a paciente; disse que no hospital era lugar de ganhar o neném e não de sentir dor, e deu alta para a paciente; ficaram aguardando na recepção, e a enfermeira disse que, por ela, internaria a paciente, mas o médico se recusou; ao chegar em casa, as contrações se intensificaram e resolveram voltar ao hospital, porém nesse momento a autora gritou e o bebê começou a nascer; o cordão umbilical estava enrolado, e não sabia o que fazer, envolveu o bebê numa fronha, e chamou o SAMU; ao chegar no hospital, a médica disse que o bebê estava com hipotermia, mas a depoente disse que não sabia como proceder; foram dar banho no bebê, que estava fedido porque tinha muitas fezes; a enfermeira chamou a depoente para tomar banho; achou debochada a atitude do médico, pois disse que sabia que voltariam no mesmo dia; a autora teve que jogar a "cama" fora, devido ao mau cheiro. Em resposta a perguntas da autora: a alta foi 15:16h, e o bebê nasceu por volta das 17:30h; a autora começou a ter fortes contrações já na saída do hospital; a autora apresentava sangramento e descia um líquido, mas não sabe se era da "bolsa".
- c) **declarações da informante da autora, Elisangela da Costa Freitas:** é vizinha da mãe da autora e que tem amizade com a autora. Em resposta a perguntas da autora: no dia anterior perguntou da autora para a mãe dela; no dia dos fatos, a mãe da autora ligou para a depoente para levá-las ao



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

hospital, o que foi feito no início da tarde; ao ligar para a mãe da autora à noite, teve a notícia de que a autora teve o bebê em casa; levou a autora ao hospital, mas não presenciou o nascimento do bebê.

- d) declarações da testemunha do hospital, Francisneide Aparecida Fioravanti:** trabalha como enfermeira na maternidade do HNSA; contradita feita pela parte autora (relação de emprego), negada pelo juiz leigo; a autora passou por atendimento no dia em que a depoente estava de plantão no centro de parto; por volta das 17h, foi ao Pronto Socorro, e a autora estava na sala de espera, após ter passado por consulta médica; a autora permaneceu ali por mais de uma hora; foi constatada contração de 28 segundos e 3 cm de dilatação; conversou com o médico, que afirmou que a paciente não estava em trabalho de parto e que deveria aguardar; a autora sentia dor e queria ser internada; voltou a falar com o médico, e ele disse que a paciente estava em observação, ainda fora de trabalho de parto; a autora disse que não queria ficar aguardando ali, mas em sua casa; pediu para a autora aguardar e passar por nova avaliação médica; a autora foi embora; não sabe a que horas a autora retornou, pois tinha encerrado seu plantão. Em resposta a perguntas do hospital: a autora estava em pré-parto (pródromos), apresentando uma contração de 38 segundos no espaço de 10 minutos; não tem um tempo ou média para a entrada em trabalho de parto a partir do pródromos; as pacientes podem ficar em observação no hospital ou tomar medicação para dor; o hospital tem poltronas e chuveiro aquecido, podendo as pacientes aguardar ali; a autora estava ansiosa e preferiu aguardar em casa. Em resposta a perguntas da autora: não sabe o horário em que a autora chegou ao hospital; não lembra de ter dito que, se pudesse, internaria a autora; a autora não apresentava sangramento; não sabe se a bolsa da autora havia se rompido; não reconhece a letra aposta no documento de p. 21; a classificação é feita pelos técnicos de enfermagem, sendo carimbada pelo enfermeiro(a); não presenciou o sangramento; ao ser questionada sobre o documento de p. 23, "liberada com orientação", disse que esse relatório foi elaborada por ela, e foi escrito dessa forma para não expor a paciente; o sangramento com tampão mucoso não significa que irá ter o parto logo em seguida; não sabe quanto tempo depois a autora teve o parto; seu plantão era das 12-18h; conversou com a autora e com o médico porque a autora queria ficar internada.
- e) Declarações do informante do hospital, Dr. Alan Gonçalves Estrada:** atendeu a paciente por volta das 14h, relatando dor; não constatou contração e a dilatação estava entre 2 a 3 cm, caracterizando pródromos; soube que a paciente ficou em observação por cerca de 2 horas; os pródromos podem levar horas ou dias; a autora voltou depois de 3 ou 4 horas já com o parto realizado; a paciente não apresentava hemorragia; como a paciente permaneceu por mais de 2 horas em observação e não evoluiu para trabalho de parto, por isso, foi liberada. Em resposta a pergunta da autora: o tampão mucoso pode se soltar durante os pródromos.

Ao fim da instrução, a parte autora argumentou que os elementos colhidos em juízo confirmam a procedência do pedido (p. 165-169). Embora intimados na própria audiência, hospital e ente municipal não ofertaram arrazoados após a fase instrutória.

Era o que importava relatar.



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

PRELIMINARES

As duas preliminares arguidas pelo hospital devem ser rejeitadas.

Primeiro, não é caso de admitir o chamamento do médico ao processo.

A causa tramita há anos nos Juizados Especiais da Fazenda Pública, que não admitem intervenção de terceiro, conforme art. 10 da Lei 9.099/95 e art. 27 da Lei 12.153/2009). Após os autos terem sido para cá remetidos, o hospital não reiterou o chamamento feito na contestação. A audiência de instrução foi realizada, na qual o médico compareceu para depor e nada foi postulado nesse momento.

Em tais circunstâncias, violaria a boa-fé processual, a esta altura, remeter o feito de volta à Vara da Fazenda Pública para permitir a citação do médico ou mesmo suscitar conflito negativo de competência.

Considera-se que a inércia do hospital desde a decisão declinatória da competência (p. 218-222), prolatada em janeiro de 2021, importa perda de interesse no chamamento. Houvesse o interesse, deveria o hospital ter agido proativamente, com boa-fé processual objetiva (artigos 5º e 6º, CPC), e questionado de pronto a decisão de p. 218-222 por agravo de instrumento. No mínimo, deveria ter requerido a este juízo a análise imediata do chamamento com eventual suscitação de conflito negativo, se impossível admitir a intervenção de terceiro, coisas que não fez.

Quanto à segunda preliminar, a contestação do hospital, após ingressar em aspectos da responsabilidade das unidades de saúde, de forma um pouco confusa, postula a extinção sem mérito do processo por ausência de legitimidade passiva para a causa (p. 63). Não há motivo para acolher a arguição. A matéria alegada, a toda evidência, diz respeito ao mérito e assim será analisada.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A análise desta causa recomenda começar pelo conceito e pelo tratamento jurídico da violência obstétrica, um assunto ainda novo nos ambientes médico e jurídico.

Para tanto, partir-se-á da fundamentação já construída pela des. Jaceguara Dantas da Silva, no julgamento da Apelação Cível 0801532-69.2016.8.12.0045. A relatora do recurso explica que:

(...) a violência obstétrica está relacionada a procedimentos e condutas adotadas pela equipe médica durante o período gestacional da mulher que impliquem



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

violação à integridade física e psicológica da parturiente, atingindo inclusive aspectos não aferidos diretamente em sua fisionomia.

Trata-se de uma espécie de ‘desrespeito à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos, podendo manifestar-se por meio de violência verbal, física ou sexual e pela adoção de intervenções e procedimentos desnecessários e/ou sem evidências científicas’¹.

Revela-se, portanto, uma ofensa de difícil mensuração, pois atinge aspectos mais recônditos do ser, a causar lesão além da fisiológica – percebida pelos sentidos naturais –, visto se desdobrar em medo, ansiedade e traumas decorrentes de um momento que, a princípio, deveria trazer alegria e não desesperança e sofrimento.

E tal violência não se equipara necessariamente ao erro médico (*stricto sensu*), na medida em que abrange condutas de apropriação do corpo das mulheres gestantes, parturientes e em puerpério, sem respeito às suas escolhas, vontades e decisões. Utiliza-se da posição de vantagem e conhecimento técnico para preterir aquela que se encontra em situação de vulnerabilidade, justamente porque necessita de cuidados especiais.

Abrange questões não meramente técnicas, podendo decorrer, por exemplo, de ações inesperadas do médico – que inicia um procedimento sem comunicação e explicação eficiente –, descuidando o fato de que está a manusear um ser humano dotado de sentimentos e de determinação e que pode vir a sofrer muito mais do que uma dor física.

Retira da mulher a autonomia do próprio corpo no que diz respeito à sua saúde sexual e reprodutiva, sem desvelo aos seus anseios, dúvidas e inseguranças, conquanto tais aspectos sejam primordiais à vida saudável e equilibrada em todos seus aspectos.

Pelo que se vê, a violência obstétrica desconsidera o protagonismo da mulher durante a gestação, assim como seus direitos e sua capacidade de autodeterminação. Institucionalizam-se, sob o manto da tecnicidade, condutas antiéticas – como a não permissão de acompanhante em razão de questões técnicas – em detrimento do interesse daquela que necessita se sentir segura, confortável e ciente de todo o processo em curso.

Acrescenta-se, ainda, que ‘o termo não se refere apenas ao trabalho de profissionais de saúde, mas também às falhas estruturais de clínicas e hospitais públicos ou particulares’².

Em razão disso, concorda-se com a ideia de que, ‘ao enquadrar as situações de violência obstétrica como um erro médico, minimiza-se a potencialidade de uma iatrogenia que acomete muitas mulheres no ciclo gravídico-puerperal, naturalizando condutas reprováveis, descaracterizando as especificidades dos casos e contribuindo para que as situações sejam encaradas de modo controverso e isolado e não como uma violação de direitos humanos e um grave problema institucional de saúde pública na assistência ao parto’³.

A violência obstétrica é uma violência de gênero, algo maior que o erro médico. Ela envolve o desrespeito a diversos direitos da mulher gestante, parturiente e em puerpério. A violação desses direitos pode afetar a integridade física ou psicológica da

¹ Livroto Violência Obstétrica, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Disponível para download em "as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/livreto_violencia_obstetrica-2-1.pdf"

² Disponível em <https://www.saopaulo.sp.leg.br/mulheres/voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>

³ SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica em (des)foco: uma avaliação da atuação do Judiciário sob a ótica do TJMA, STF e STJ. 2018. 227f. Dissertação (Mestrado em Direito/CCSO) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís. p. 185.



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

mulher. Receber informações adequadas durante todo o período gestacional; poder decidir sobre seu parto, após informações e aconselhamento adequados; não ser submetida a procedimentos desnecessários durante a gestação e parto; não se submeter a procedimentos invasivos sem consentimento informado e esclarecido; ter a dor controlada por ocasião do trabalho de parto são alguns exemplos de direitos da mulher cujo descumprimento configura o que se convencionou chamar violência obstétrica.

Ainda não há legislação no Brasil sobre violência obstétrica. O tema é desenvolvido sob a perspectiva de direitos humanos, direitos fundamentais e normas dos serviços de saúde. Na Apelação Cível 0801532-69.2016.8.12.0045, a des. Jaceguara bem detalha o mosaico de fontes jurídicas que compõem a matéria, ao explicar que:

(...) a proteção integral à saúde da mulher e seus direitos reprodutivos encontra respaldo no ordenamento jurídico, a começar pelo fato de que constituem direitos sociais de segunda dimensão, de responsabilidade solidária entre a União, Estado e Município, nos termos dos arts. 6º, caput, da Constituição Federal, como corolário da dignidade da pessoa humana, fundamento do Estado Democrático de Direito (art. 1º, III, da CF).

Ainda, em específico aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, bem como a autonomia para disporem de seus próprios corpos, houve uma longa trajetória até o pleno reconhecimento, somente encontrando expressa definição e afirmação a partir da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento de 1994, também denominada Conferência do Cairo, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, de Pequim, realizada em 1995.

Nesse sentido, destacam-se diversos princípios do Plano de Ação do Cairo, dentre eles o de nº 04, estabeleceu que ‘o progresso na igualdade e equidade dos sexos, a emancipação da mulher, a eliminação de toda espécie de violência contra ela e a garantia de poder ela própria controlar sua fecundidade são pedras fundamentais de programas relacionados com população e desenvolvimento’.

Em seu Capítulo IV, no item ‘4.1’, acresceu-se o entendimento de que ‘a melhoria do status da mulher reforça também sua capacidade de tomar decisões em todos os níveis das esferas da vida, especialmente na área da sexualidade e da reprodução’. Isto, por sua vez, é essencial para o sucesso, de longo prazo, de programas de população. A experiência demonstra que programas de população e desenvolvimento são mais eficientes quando, simultaneamente, se tomam providências para melhorar a situação da mulher”.

Igualmente, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), incorporado ao sistema jurídico pelo Decreto nº 4.377/2002, estabeleceu em seu art. 12, 1, que os Estados-Partes devem adotar medidas ‘apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar’.

O Comitê criado pela CEDAW emitiu a Recomendação Geral nº 24, instando os Estados-Partes, dentre outras garantias, a ‘exigir que todos os serviços de saúde sejam consistentes com os direitos humanos das mulheres, incluindo os direitos à autonomia, privacidade, confidencialidade, consentimento e escolhas informadas’. (item 31, “e”).

Aliás, no âmbito do Comitê da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), o Estado brasileiro foi



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

condenado no famigerado caso ‘Alyne Pimentel’, em decorrência da falta de assistência médica em favor da vítima, que se encontrava grávida e, em decorrência de sucessivas omissões, morreu em virtude de uma hemorragia digestiva, à espera num hospital público no Estado do Rio de Janeiro.

No caso, foi feitas recomendações ao Estado brasileiro, dentre elas se destaca:

- (i) assegurar o direito da mulher à maternidade saudável e o acesso de todas as mulheres a serviços adequados de emergência obstétrica;
- (ii) realizar treinamento adequado de profissionais de saúde, especialmente sobre direito à saúde reprodutiva das mulheres;
- (iii) reduzir as mortes maternas evitáveis, por meio da implementação do Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e da instituição de comitês de mortalidade materna;
- (iv) assegurar o acesso a remédios efetivos nos casos de violação dos direitos reprodutivos das mulheres e prover treinamento adequado para os profissionais do Poder Judiciário e operadores;
- (v) assegurar que os serviços privados de saúde sigam padrões nacionais e internacionais sobre saúde reprodutiva; e
- (vi) assegurar que sanções sejam impostas para profissionais de saúde que violem os direitos reprodutivos das mulheres.

Essas recomendações no tocante à saúde da mulher na gravidez foram encampadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS, a qual, em declaração emitida no ano de 2014, reconheceu que ‘os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente’⁴.

Já no âmbito do sistema interamericano de direitos humanos, a Convenção de Belém do Pará, promulgada pelo Decreto nº 1.973/96, fixou que toda mulher “tem direito a uma vida livre de violência, tanto na esfera pública como na esfera privada” (art. 3), afirmando-se “direitos a que se respeite sua integridade física, mental e moral” (art. 4, “b”).

Aliás, trata-se de uma preocupação que se desdobrou em Políticas Públicas Nacionais, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, do Ministério da Saúde (Portaria/GM nº 569, de 1º.06.2000), assentado no princípio da humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal, que ‘implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas’.

Por sua vez, a Portaria/MS nº 1.067, de 04.07.2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, estabeleceu diretrizes de atendimento à parturientes, tendo ‘como características essenciais a qualidade e a humanização’. Assentou-se também nos seguintes princípios, dentre outros:

‘A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão. O principal objetivo da atenção obstétrica e neonatal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do recém-nascido. A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotados’.

⁴ Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

Assim, há uma série de fontes envolvidas no tratamento jurídico da violência obstétrica, desde os direitos (humanos) da mulher à autonomia, à privacidade, à confidencialidade, ao consentimento e às escolhas informadas, garantidos pela CEDAW, até os direitos (fundamentais) à saúde da mulher e à dignidade previstos na CF, como outros direitos mais concretamente enunciados em regulamentos administrativos. A interpretação de todos esses instrumentos tem levado à construção de um direito humanizado da mulher ao pré-natal, ao parto e ao puerpério.

O Ministério da Saúde tem reconhecido o direito da mulher à assistência humanizada, quando enuncia que:

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais.

O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher.

O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, 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.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento está estruturada nos seguintes princípios: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura⁵.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde⁶, aprovadas pela Portaria 353, de 14 de fevereiro de 2017, estabelecem condutas necessárias para assistência humanizada à mulher. Dentre elas, prevê-se que:

Local de assistência ao parto

7 As mulheres devem receber as seguintes informações sobre o local de parto:

- acesso à equipe médica (obstetrícia, anestesiologia e pediatria);
- acesso ao cuidado no trabalho de parto e parto por enfermeiras obstétricas ou obstetrias;
- acesso a métodos de alívio da dor, incluindo os não farmacológicos (banheira, chuveiro, massagens, etc.), analgesia regional e outras substâncias analgésicas;
- a probabilidade de ser transferida para uma maternidade (se esse não for o local

⁵ Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 27 junho 2023.

⁶ Disponíveis em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 27 junho 2023.



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

escolhido), as razões porque isso pode acontecer e o tempo necessário para tal.

Apoio físico e emocional

15 Todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, de preferência por pessoal que não seja membro da equipe hospitalar.

16 O apoio por pessoal de fora da equipe hospitalar não dispensa o apoio oferecido pelo pessoal do hospital.

17 Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação.

18 As mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, não invalidando o apoio dado por pessoal de fora da rede social da mulher (ex. doula).

As mesmas diretrizes enunciam os cuidados gerais em relação à gestante em trabalho de parto pelos profissionais de atendimento, prevendo que:

6.2 Cuidados gerais durante o trabalho de parto

Informações e comunicação

12 Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados.

13 Para estabelecer comunicação com a mulher os profissionais devem:

- cumprimentar a mulher com um sorriso e uma boa acolhida, se apresentar e explicar qual o seu papel nos cuidados e indagar sobre as suas necessidades, incluindo como gostaria de ser chamada;
- manter uma abordagem calma e confiante, demonstrando à ela que tudo está indo bem;
- bater na porta do quarto ou enfermaria e esperar antes de entrar, respeitando aquele local como espaço pessoal da mulher e orientar outras pessoas a fazerem o mesmo;
- perguntar à mulher como ela está se sentindo e se alguma coisa em particular a preocupa;
- 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;
- verificar se a mulher tem dificuldades para se comunicar da forma proposta, se possui deficiência auditiva, visual ou intelectual; perguntar qual língua brasileira (português ou libras) prefere utilizar ou, ainda, para o caso de mulheres estrangeiras ou indígenas verificar se compreendem português;
- avaliar o que a mulher sabe sobre estratégias de alívio da dor e oferecer informações balanceadas para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela;
- encorajar a mulher a adaptar o ambiente às suas necessidades;
- solicitar permissão à mulher antes de qualquer procedimento e observações, focando nela e não na tecnologia ou documentação;
- mostrar à mulher e aos seus acompanhantes como ajudar e assegurar-lhe que



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

ela o pode fazer em qualquer momento e quantas vezes quiser. Quando sair do quarto, avisar quando vai retornar;
 - envolver a mulher na transferência de cuidados para outro profissional, tanto quando solicitar opinião adicional ou no final de um plantão.

As diretrizes do Ministério da Saúde abordam o atendimento durante o primeiro período do parto, nestes termos:

6.4 Assistência no primeiro período do parto

Diagnóstico do início do trabalho de parto e momento de admissão para assistência ou início da assistência no domicílio

89 Incluir o seguinte quando da avaliação precoce ou triagem de trabalho de parto em qualquer local de assistência:

- indagar à mulher como ela está e sobre os seus desejos, expectativas e preocupações;
- indagar sobre os movimentos da criança, incluindo qualquer mudança nos mesmos; - oferecer informações sobre o que a mulher pode esperar na fase de latência do trabalho de parto e o que fazer se sentir dor;
- oferecer informações sobre o que esperar quando procurar assistência; - estabelecer um plano de cuidados com a mulher, incluindo orientação de quando e com quem contatar posteriormente;
- oferecer orientação e apoio para o(s) acompanhante(s) da mulher.

90 Se uma mulher busca orientação ou assistência em uma maternidade ou unidade de parto extra, peri ou intra-hospitalar:

- E não está em trabalho de parto estabelecido (≤ 3 cm de dilatação cervical):
 - ter em mente que a mulher pode estar tendo contrações dolorosas, sem mudanças cervicais, e embora ainda não esteja em trabalho de parto ativo, ela pode sentir que está pela sua própria definição;
 - oferecer apoio individual e alívio da dor se necessário;
 - encorajar e aconselhar a mulher a permanecer ou retornar para casa, levando em consideração as suas preocupações, a distância entre a sua casa e o local do parto e o risco de este acontecer sem assistência.
- Estar em trabalho de parto estabelecido (≥ 4 cm de dilatação cervical):
 - Admitir para assistência (sem grifos no original)

Definição e duração das fases do primeiro período do trabalho de parto

91 Para fins destas Diretrizes, utilizar as seguintes definições de trabalho de parto:

- Fase de latência do primeiro período do trabalho de parto – um período não necessariamente contínuo quando:
 - há contrações uterinas dolorosas E
 - há alguma modificação cervical, incluindo apagamento e dilatação até 4 cm.
 - Trabalho de parto estabelecido – quando:
 - há contrações uterinas regulares E
 - há dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm. 9
- 2 A duração do trabalho de parto ativo pode variar:**
- nas primíparas dura em média 8 horas e é pouco provável que dure mais que 18 horas;
 - nas multíparas dura em média 5 horas e é pouco provável que dure mais que 12 horas.



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

Observações e monitoração no primeiro período do parto

93 Registrar as seguintes observações no primeiro período do trabalho de parto:

- frequência das contrações uterinas de 1 em 1 hora;
- pulso de 1 em 1 hora;
- temperatura e PA de 4 em 4 horas;
- frequência da diurese;
- exame vaginal de 4 em 4 horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher (após palpação abdominal e avaliação de perdas vaginais).

94 Um partograma com linha de ação de 4 horas deve ser utilizado para o registro do progresso do parto, modelo da OMS ou equivalente.

95 Transferir a mulher para uma maternidade baseada em hospital ou solicitar assistência de médico obstetra, se o mesmo não for o profissional assistente, se qualquer uma das seguintes condições forem atingidas, a não ser que os riscos da transferência superem os benefícios.

• Observações da mulher:

- pulso >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;
- PA sistólica \geq 160 mmHg OU PA diastólica \geq 110 mmHg em uma única medida;
- PA sistólica \geq 140 mmHg OU diastólica \geq 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;
- proteinúria de fita 2++ ou mais E uma única medida de PA sistólica \geq 140 mmHg ou diastólica \geq 90 mmHg;
- temperatura de 38°C ou mais em uma única medida OU 37,5°C ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo;
- qualquer sangramento vaginal, exceto eliminação de tampão;
- presença de mecônio significativo;
- dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações;
- progresso lento confirmado do primeiro e segundo períodos do trabalho de parto; - solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia regional;
- emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, convulsão ou colapso materno ou necessidade de ressuscitação neonatal avançada.

Em relação a falhas de progresso no primeiro período de trabalho de parto, as diretrizes enunciam que:

Falha de progresso no primeiro período do trabalho de parto

102 Se houver suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto levar em consideração:

- o ambiente onde a mulher está sendo assistida; - a atitude da mulher, se postura mais ativa ou não;
- estado emocional da mulher;
- o tipo de apoio e suporte físico e emocional que a mulher estiver recebendo;
- paridade;
- dilatação e mudanças cervicais;
- contrações uterinas;
- altura e posição da apresentação;
- necessidade de referência ou solicitação de assistência profissional apropriada.



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

103 Se houver suspeita de falha de progresso na fase ativa do trabalho de parto considerar também para o diagnóstico todos os aspectos da evolução do trabalho de parto , incluindo: - dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas para as primíparas; - dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas ou um progresso lento do trabalho de parto para as múltiparas; - descida e rotação do pólo cefálico; - mudanças na intensidade, duração e frequência das contrações uterinas.

104 Diante da suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto, considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras. Explicar o procedimento e avisar que o mesmo irá diminuir o trabalho de parto por cerca de 1 hora e pode aumentar a intensidade e dor das contrações.

105 Se a amniotomia for ou não realizada, realizar um exame vaginal após 2 horas e confirmar falha de progresso se a dilatação progredir menos que 1 cm.

106 Se for confirmada falha de progresso no primeiro estágio do parto: - A mulher deve ser transferida para assistência sob responsabilidade de médico obstetra, se não estiver sob seus cuidados. O mesmo deverá realizar uma revisão e diagnosticar a falha de progresso e decidir sobre as opções de conduta, incluindo o uso de ocitocina. - Explicar que o uso de ocitocina após a ruptura das membranas irá diminuir o tempo para o parto mas não influenciará no tipo de parto ou outros desfechos.

107 Se as membranas estiverem íntegras e o diagnóstico de falha de progresso for confirmado, aconselhar à mulher a ser submetida a uma amniotomia e repetir o exame vaginal 2 horas após, independente do estado das membranas.

108 Oferecer apoio e controle efetivo da dor a todas as mulheres com falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto.

109 Informar às mulheres que a ocitocina irá aumentar a frequência e intensidade das contrações e que a criança deverá ser monitorada continuamente ou com mais frequência.

110 Oferecer analgesia peridural, se disponível, se for indicado o uso de ocitocina.

111 Se a ocitocina for utilizada assegurar que os incrementos na dose não sejam mais frequentes do que a cada 30 minutos. Aumentar a dose de ocitocina até haver 4-5 contrações em 10 minutos.

112 Realizar exame vaginal 4 horas após o início da ocitocina:
 - se a dilatação cervical aumentou menos que 2 cm após 4 horas, uma revisão obstétrica adicional deve ser realizada para avaliar a necessidade de cesariana;
 - se a dilatação cervical aumentou 2 cm ou mais após 4 horas, continuar observação do progresso do parto.

As diretrizes tratam do segundo período de trabalho de parto, o período expulsivo, mas não convém aqui ingressar na matéria. Já estabelecidos alguns conceitos relacionados à violência obstétrica e alguns direitos da mulher parturiente, é preciso voltar para a análise dos fatos desta causa.



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

ANÁLISE DE PROVAS QUANTO ÀS VIOLAÇÕES ALEGADAS E DIREITO APLICÁVEL

As evidências produzidas nestes autos confirmam as alegações da autora.

O documento de p. 21, designado acolhimento e classificação de risco em obstetrícia, assinado pela enfermeira Francisneide, indica que a autora buscou o hospital às 14h37 do dia 25 de novembro de 2019, relatando sangramento vaginal às 13 h do mesmo dia e contrações.

O documento de p. 23, chamado evolução do paciente, também assinado pela enfermeira Francisneide, indica que o médico plantonista obstetra Alan, após ciente da queixa de sangramento e das contrações, examinou a autora e aferiu “ao toque dilatação cervical de 3 cm, grosso, alto, BCD audível 135”. Consta que foi realizado CTG sem intercorrências e que a autora estava “em pródromos, dinâmica uterina em 10 minutos, uma contração durando 38 segundos”, razão por que foi explicado pelo médico à autora sobre contração de treinamento e ambas, paciente e acompanhante, foram liberadas com orientações.

Já o documento evolução do paciente de p. 24, subscrito pela médica Patrícia, indica que a autora sentia dores em baixo ventre e havia referido à perda de líquido de aspecto tampão, quando faz menção ao seguinte: “QP: DOR EM BAIXO VENTRE, REFERE PERDA DE LÍQUIDO DE ASPECTO TAMPÃO MUCOSO; EFG: BOM ESTADO GERAL, CORADA, HIDRATADA, EUPNEICA; AU: 38 CM; BCF: 139; TOQUE: COLO GROSSO, PÉRVIO”. Essas mesmas informações constam no prontuário da paciente de p. 79-80 como inseridas pelo médico Alan, às 15h09.

Os documentos de p. 23 e 80 indicam que a alta hospitalar da autora ocorreu quase às 17h, isto é, mais de duas horas após ser admitida na unidade de saúde.

Não há prova que demonstre que a autora foi monitorada durante as mais de duas horas em que permaneceu internada e que foi derradeiramente reavaliada antes da alta hospitalar. Não há nada que comprove as condições da parturiente no momento da liberação, ocorrida quase às 17h. Ouvido em juízo, o médico disse que reavaliou a paciente antes da alta, mas não há evidências nesse sentido. Assim, consideram-se inexistentes o monitoramento e a reavaliação da parturiente antes da alta.



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

Além disso, os elementos de prova (prontuário médico e declaração da enfermeira) indicam que a autora sentia dores, mas nenhum apoio individual, físico ou emocional, e nenhum alívio à dor foi proposto pela unidade hospitalar. Não consta ainda que houve o devido encorajamento e aconselhamento da parturiente a permanecer na unidade, levando em conta a distância entre sua casa e o hospital e o risco de o parto acontecer sem assistência.

Logo, o hospital não observou normas do Ministério da Saúde que traçam diretrizes para assistência humanizada ao parto normal (acima já transcritas), a saber:

Apoio físico e emocional

15 Todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, de preferência por pessoal que não seja membro da equipe hospitalar.

16 O apoio por pessoal de fora da equipe hospitalar não dispensa o apoio oferecido pelo pessoal do hospital.

17 Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação.

18 As mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, não invalidando o apoio dado por pessoal de fora da rede social da mulher (ex. doula).

90 Se uma mulher busca orientação ou assistência em uma maternidade ou unidade de parto extra, peri ou intra-hospitalar:

- E não está em trabalho de parto estabelecido (≤ 3 cm de dilatação cervical):
 - ter em mente que a mulher pode estar tendo contrações dolorosas, sem mudanças cervicais, e embora ainda não esteja em trabalho de parto ativo, ela pode sentir que está pela sua própria definição;
 - oferecer apoio individual e alívio da dor se necessário;
 - encorajar e aconselhar a mulher a permanecer ou retornar para casa, levando em consideração as suas preocupações, a distância entre a sua casa e o local do parto e o risco de este acontecer sem assistência.

Além de o hospital não oferecer apoio individualizado e de manter a autora e sua acompanhante na própria recepção da unidade durante as horas em que aguardaram a evolução do trabalho de parto, a conduta do médico plantonista ainda desprezou a dor da parturiente. Segundo a autora e sua acompanhante Veruska de Souza Santana, o profissional disse que “hospital não é local para sentir dor”. A fala do profissional viola norma de cuidado durante o trabalho de parto (acima já transcrita), que assim estabelece:

6.2 Cuidados gerais durante o trabalho de parto
Informações e comunicação

12 Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados.

Em suma, a ausência de monitoramento no curso da internação e de reavaliação da autora antes da alta hospitalar, a ausência de apoio físico e emocional individualizado e a ausência de oferta de informação adequada sobre a possibilidade de alívio da dor (por meios farmacológicos ou não), demonstram que a autora foi vítima de violência obstétrica.

Em decorrência da alta hospitalar sem as devidas cautelas, a autora ainda sofreu violação de seu direito humano e fundamental de receber a assistência adequada no momento (expulsivo) do parto. Pouco depois da alta hospitalar (cerca de 1h e meia), a autora deu à luz o filho, na própria casa, assistida pelo marido e pela informante Veruska de Souza Santana, leigos na área da saúde.

O SAMU foi acionado para socorrer a autora em domicílio (p. 15). Quando lá chegou, às 18h41, o bebê já havia nascido às 18h29 (p. 15). Ambos, mãe e filho, foram levados de novo ao hospital, dando entrada às 19h41 (p. 69). Ali permaneceram até 27 de novembro de 2019 (p. 73-75). Segundo relato da autora e de sua acompanhante, o bebê chegou ao hospital com hipotermia e fedido por estar com muitas fezes; a casa da autora ficou cheia de sangue e a cama teve de ser jogada fora, tamanho o odor do material derramado por ocasião do parto (líquido uterino e fezes do recém nascido).

Apesar dos riscos envolvidos na falta de assistência ao parto, a saúde do recém nascido e da autora não foi comprometida, o que indica que a violência obstétrica não repercutiu em danos graves e irreversíveis.

Logo, o dano extrapatrimonial suportado pela autora se relaciona (1) à ausência de apoio físico e emocional individualizado e contínuo no momento da internação; (2) à falta de monitoramento e reavaliação antes da alta hospitalar, que levou à realização de parto em casa sem assistência devida; (3) à falta de informação sobre a possibilidade de alívio às dores que sentia; e (4) à ofensa verbal praticada pelo profissional da medicina em relação ao processo de dor por que passava a paciente.

Isso representa violação ao direito humano e fundamental à maternidade saudável e ao acesso a serviços adequados de emergência obstétrica, incluindo o direito de escolha



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

informada sobre as diversas opções de controle da dor no momento do trabalho de parto.

RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL E DO MUNICÍPIO

Ambos os demandados devem responder pelo dano imaterial causado à autora.

O hospital é responsável, porque seu médico plantonista foi o agente da violência obstétrica. É vazia e incoerente a alegação do hospital de que o médico não seria preposto. Não está em análise aqui erro médico relativo a cirurgia realizada no hospital por profissional de fora dos quadros da unidade hospitalar, mas atendimento prestado pelo médico escalado em plantão pela própria unidade. A relação de preposição é evidente. Não bastasse, também foram reconhecidas falhas no serviço médico como um todo, envolvendo estrutura hospitalar e equipe de enfermagem, uma vez que não foi prestado apoio físico e emocional individualizado e contínuo à parturiente, a autora não foi monitorada durante o processo de internação, realizado na própria recepção do Pronto Socorro, tampouco recebeu informação sobre métodos disponíveis para alívio da dor que sentia, especialmente os não farmacológicos. Há, portanto, uma falha com dimensão institucional que reforça a responsabilidade do hospital.

Não bastassem outras evidências, as próprias declarações de Francisneide, sem querer, transparecem as falhas na organização do atendimento prestado pelo hospital. Ao ser questionada acerca do documento de p. 21 (acolhimento e classificação de risco em obstetrícia), a enfermeira disse que o assinou, mas quem fez a avaliação foi técnico em enfermagem, uma vez que estava designada para trabalhar de plantão no centro de parto e teria ido à recepção do Pronto Socorro só para dar apoio momentâneo. O conjunto da fala da enfermeira, escalada para outro setor, reforça que a autora permaneceu sem apoio por horas na recepção do Pronto Socorro, apesar de o hospital ter salas para evolução do trabalho de parto, ducha e medicação analgésica.

O ente municipal também deve responder pelo dano imaterial, uma vez que foi praticado por estabelecimento com o qual mantém contratualização para atendimento no SUS. As falhas dos serviços médicos transferidos ao particular por força de contrato obrigam ao titular do serviço público, sem prejuízo do exercício do direito de regresso contra o hospital privado que atua na saúde complementar, caso o ente público arque com a indenização. Aliás, é dever do ente público auditar a unidade de saúde contratada e



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

verificar se ela tem cumprido as normas humanizadas do Ministério da Saúde, sobretudo as que têm dimensão estrutural ou institucional, mais facilmente auditáveis. O município não demonstrou que cumpre o dever. Nenhuma auditoria, anterior ou posterior aos fatos, foi aqui exibida.

VALOR DA INDENIZAÇÃO

Arbitrar indenização ao dano imaterial é tarefa das mais difíceis. Ao contrário da lesão ao patrimônio, não há critérios objetivos para cálculo do valor e é muito penoso comparar julgados para estabelecer um padrão, dadas as diferenças de fato. A tarefa depende do caso concreto, da gravidade da conduta praticada, da condição financeira do ofensor (para que exerça a função pedagógica de garantir a não repetição da conduta) e da natureza dos danos suportados pela pessoa lesada. O importante é que o juiz deixe explícitos os critérios que o conduziram a determinar o valor, a fim de que isso possa ser discutido em eventual recurso.

Neste caso, a autora foi vítima de vários atos de violência obstétrica: foi tratada de modo desumano pela fala do médico; não recebeu apoio individualizado físico e emocional durante a internação; suportou dores de trabalho de parto que poderiam ter sido aliviadas (especialmente por formas não farmacológicas); e não teve, injustificadamente, assistência no período mais importante (expulsivo) do parto, apesar de ter procurado a unidade de saúde, que lhe recusou atendimento ao fornecer alta hospitalar sem as devidas cautelas.

Muitas dessas falhas têm natureza estrutural, o que indica que um grupo local de mulheres que busca assistência obstétrica de emergência pelo SUS suporta as mesmas violações.

Há barreiras de acesso à justiça em casos como este. A maior delas é a falta de consciência da mulher de que foi vítima de violação. Ainda não há informação suficiente e acessível sobre os direitos das mulheres relativos à reprodução e à assistência à maternidade. A informação é um instrumento necessário ao exercício de direitos. Então é preciso levar isso em conta no arbitramento da indenização para estimular mudanças institucionais e propiciar a não repetição de violações.

Nessas circunstâncias, e sopesando ainda que não houve dano grave e irreversível à saúde da gestante e do bebê, arbitra-se a indenização em **R\$ 30.000,00**. Para fixar o valor,



Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul
Três Lagoas
1ª Vara do Juizado Especial Cível e Criminal

também se pondera que o dano imaterial ocorreu há mais de três anos e apenas a partir desta data é que a correção monetária incidirá, nos termos da Súmula 362 do Superior Tribunal de Justiça (STJ). Assim, há uma perda de inflação que precisa ser considerada ao fixar a quantia.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, julga-se parcialmente procedente o pedido de indenização por dano imaterial, para condenar solidariamente os requeridos ao pagamento da quantia de **R\$ 30.000,00 (trinta mil reais)** à autora, a ser corrigida pelo IPCA desde a data do arbitramento (Súmula 362 do STJ), acrescida de juros de mora de 1% ao mês a partir da citação.

Sem custas e honorários em razão do disposto nos artigos 54 e 55 da Lei nº 9.099/95 e no artigo 27 da Lei 12.153/2009.

Publique-se. Registre-se. Intimem-se.

Três Lagoas - MS, na data da assinatura digital.

Janine Rodrigues de Oliveira Trindade
Juiz(a) de Direito

documento assinado digitalmente, conforme impressão à margem direita