

# INCIDÊNCIA DE CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA CIDADE DE ARCOVERDE/PE: ESTUDO SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO DE AGENTES DE SAÚDE ACUSADOS

Renata Souza e Silva<sup>1</sup>

Rita de Cássia Souza Tabosa<sup>2</sup>

Resumo: A violência obstétrica ocorre devido à falta de humanização do médico durante o parto. Aliado a isso, a falta de leis nacionais que informem e protejam as vítimas é um propulsor para que mais mulheres se submetam a procedimentos violentos. Assim, essa pesquisa utiliza os métodos descritivo e bibliográfico como base para a análise desses casos, tendo como foco a cidade de Arcoverde/PE. Ademais, verifica, qualitativamente, decisões brasileiras que versam sobre esses casos de violência e, a partir disso, analisa a responsabilização atribuída aos agentes de saúde. Assim, constata a predominância da aplicação da responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica, que na maioria dos casos culmina em mera pena pecuniária, que não resolve os danos físicos e psicológicos das vítimas, nem impede a prática de tais atos. Ademais, essa pesquisa, através de uma abordagem dialética do assunto, realiza um estudo de caso sobre a incidência e os tipos de violência obstétrica comumente praticados entre as mulheres da cidade de Arcoverde/PE, além de comparar esses dados com os atuais índices nacionais sobre a violência obstétrica. Através disso esta pesquisa constata que o tratamento desumano dos profissionais é uma constante relatada entre as entrevistadas, além da prática de violências físicas e psicológicas, sofridas por algumas. Desse modo, a falta de uma

---

<sup>1</sup> Graduada em Direito pela Universidade de Pernambuco – *campus* Arcoverde.

<sup>2</sup> Doutora em Filosofia pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

legislação específica sobre o assunto, que penalize os agentes praticantes dessa violência, aliada a falta de informação, amplamente percebida durante as entrevistas, acaba por transformar um momento sublime -o parto - em um pesadelo.

Palavras-Chave: Violência obstétrica; Responsabilidade civil; Parto.

### INCIDENCE OF OBSTETRIC VIOLENCE CASES IN THE CITY OF ARCOVERDE / PE: STUDY ON THE LIABILITY OF ACCUSED HEALTHY AGENTS

Abstract: Obstetric violence occurs due to lack of humanization of the doctor during childbirth. Allied to this, the lack of national laws that inform and protect the victims is a propeller for more women to undergo violent procedures. So, this research uses the descriptive and bibliographic methods as the basis for the analysis of these cases, focusing on the city of Arcoverde / PE. In addition, it verifies, qualitatively, Brazilian decisions that deal with these cases of violence and, from this, analyzes the responsibility attributed to health agents. So, it notes the predominance of the application of civil liability in cases of obstetric violence, which in most cases culminates in a mere pecuniary penalty, which does not solve the physical and psychological damages of the victims, nor does it prevent the practice of such acts. In addition, this research, through a dialectical approach to the subject, conducts a case study on the incidence and types of obstetric violence commonly practiced among women in the city of Arcoverde / PE, in addition to comparing this data with the current national indexes obstetric violence. Through this research, the inhuman treatment of professionals is a constant reported among the interviewees, as well as the practice of physical violence and psychology suffered by some. Thus, the lack of specific legislation on the subject, which penalizes the perpetrators

of this violence, coupled with the lack of information, widely perceived during the interviews, ends up transforming a sublime moment - childbirth - into a nightmare.

Keywords: Obstetric violence; Civil responsibility; Childbirth.

## 1 INTRODUÇÃO



cada dia cresce o número de mulheres que sofrem algum tipo de violência no parto (seja antes, durante ou após o procedimento) em hospitais brasileiros. Muitas dessas mulheres sofrem mutilações (como é o caso da episiotomia) e agressões psicológicas (humilhações) que as marcam para o resto de suas vidas.

Apesar da violência obstétrica ser um assunto bastante atual, pouco se fala sobre o assunto. As vítimas, em sua grande maioria, por falta de informação sobre o tema e sobre os seus direitos acabam sofrendo em silêncio, sem saber a quem recorrerem.

Esse fato se evidenciou durante uma palestra, na qual participei, realizada pela subseccional da OAB em Arcoverde/PE onde foi abordado o tema utilizado como base para essa pesquisa - violência obstétrica. Mas o fato que chamou minha atenção ocorreu no momento de abertura para perguntas ao público, onde as mulheres ali presentes, que já haviam concebido filhos, demonstraram grande surpresa ao perceber que, já haviam sofrido, sem saber, pelo menos um dos tipos de violência obstétrica, como humilhações durante o parto.

Tal fato me deixou muito assustada, pois apesar da existência de relatos de casos, e de se tratar de um debate atual, as mulheres que compartilharam suas experiências durante a palestra não tinham conhecimento sobre o conceito de violência obstétrica. Uma possível explicação para esse desconhecimento é justamente a falta de políticas públicas que informem essas

mulheres, e a sociedade como um todo, sobre seus direitos e que tragam informações pertinentes sobre violência obstétrica.

Os relatos compartilhados durante a palestra estabeleceram a problemática da pesquisa: como se encontra a incidência de casos de violência obstétrica na cidade de Arcoverde/PE, em especial no tocante a responsabilização dos agentes de saúde? Embasada nisso, essa pesquisa teve como objetivo geral analisar a incidência de casos de violência obstétrica na cidade de Arcoverde/PE e a responsabilização dos agentes de saúde nos casos judicializados no Brasil.

Ainda, um dos três objetivos específicos propostos pela pesquisa foi a realização de uma investigação, através de pesquisas descritivas e bibliográficas, das decisões brasileiras que versassem sobre casos de violência obstétrica, e uma consequente análise da responsabilização atribuída aos agentes de saúde que praticaram tais atos, com o intuito de ampliar o debate jurídico sobre o tema. No entanto, restou verificada uma grande dificuldade em encontrar decisões, principalmente do estado de Pernambuco, sobre o assunto.

Apesar de se tratar de um explícito caso de violência (física ou psicológica) a legislação e os magistrados brasileiros não dão a devida atenção ao assunto, tratando a violência obstétrica apenas como um simples caso de responsabilização civil (tanto por meio de danos morais quanto por dano material), quando na verdade o que deveria ocorrer seria a efetiva tipificação dessa conduta, devendo os agentes serem responsabilizados não apenas civilmente, como também penalmente.

Ademais, os outros dois objetivos específicos propostos pela pesquisa pretendiam, respectivamente, analisar a incidência de casos de violência obstétrica na cidade de Arcoverde/PE, e comparar os esses dados com os dados nacionais sobre o tema. Essa pesquisa, utilizando-se de uma abordagem dialética, se dedicou exclusivamente ao estudo *in loco* desses casos.

Através da coleta de dados, foram realizadas entrevistas

com mulheres arcoverdenses, que tiveram seus partos realizados em hospital da cidade, e foram vítimas de algum tipo de violência obstétrica. As entrevistadas fazem parte do grupo Arco da Vida, organizado pela enfermeira Gladyanne Veras, que reúne mulheres que desejam compartilhar suas experiências após o parto, inclusive debatendo sobre violência obstétrica.

A partir dessas entrevistas foi possível constatar a quantidade de mulheres que demonstraram ter algum conhecimento sobre violência obstétrica ou que já sofreram com algum tipo dessa violência e qual o tipo de violência obstétrica foi mais praticada entre elas. Além de analisar qualitativamente a essência desse problema.

## 2 DADOS E CONCEITOS GERAIS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Antes de apresentar a efetiva conceituação da violência obstétrica, faz-se necessário trazer a lume um conceito pertinente para violência. Segundo o relatório mundial sobre violência e saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), violência pode ser definida como sendo o uso intencional da força física ou do poder, real ou como ameaça, contra si próprio, contra um grupo ou uma comunidade, que cause, ou tenha grande probabilidade de causar, qualquer dano psicológico, deficiência, lesão ou morte. (OMS, 2002).

Ao utilizar a palavra “poder” a definição da OMS amplia o entendimento de violência, além da física, abrangendo também os abusos decorrentes de relação de poder, como ameaças, intimidações, negligências e omissões. No caso da violência praticada contra as parturientes, é possível perceber a evidente prática de abusos decorrente da suposta “superioridade” dos médicos sobre a paciente, que se encontra em situação de vulnerabilidade.

Ainda, por meio da resolução WHA49.25, de 1996, que

declara a violência como um dos principais problemas de saúde pública, a assembleia mundial de saúde solicitou a OMS a elaboração de uma tipologia para violência que caracterizasse seus diferentes tipos e vínculos entre eles. A partir disso a OMS dividiu a violência em três grandes categorias: violência dirigida a si mesmo (auto infligida)<sup>3</sup>; violência interpessoal; e violência coletiva<sup>4</sup>.

Segundo o referido relatório, a violência interpessoal pode ser dividida em duas subcategorias: a violência que ocorre entre membros da família e parceiros íntimos; e a violência comunitária, que ocorre entre pessoas sem laço de parentesco (conhecidos ou não), “bem como a violência em grupos institucionais, tais como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos” (OMS, 2002, p.6). Tendo em vista a presente classificação, a violência obstétrica poderia ser classificada como um tipo de violência interpessoal comunitária, já que decorre de danos causados por atos (podendo esses ser intencionais, ou não) dos profissionais de saúde que assistem essas mulheres.

O Termo “violência obstétrica” e bastante recente, tanto entre os pesquisadores quanto entre os juristas. Mas apesar disso, vem se tornando um tema de bastante relevância, surgindo a cada dia novos estudos sobre o assunto.

A definição para violência obstétrica pode ser encontrada em algumas legislações internacionais, a exemplo da Lei nº 26.485, vigente na Argentina desde 2009. Essa Lei, que versa sobre a proteção integral para prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos em que se desenvolvem suas relações interpessoais, apresenta algumas modalidades de

---

<sup>3</sup> A violência auto infligida é subdividida em comportamento suicida, como pensamentos suicidas, tentativas de suicídio - também chamados de "parassuicídio" ou "autolesão deliberada"; e auto abuso, que inclui atos como a automutilação.” (OMS, 2002, p. 6)

<sup>4</sup> A violência coletiva é cometida com a finalidade de seguir uma determinada agenda social que inclui, por exemplo, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. (OMS, 2002, p. 6)

violência sofridas pela mulher, estando entre elas a violência obstétrica.

Em seu artigo 6º, e, a referida Lei conceitua violência obstétrica como sendo “aquela exercida pelos profissionais da saúde caracterizando-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, através de um tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais.”

Essa Lei ainda apresenta, em seu artigo 5º, cinco tipos de violência que se encaixam no conceito de violência obstétrica, sendo elas: física, psicológica, sexual, econômica ou patrimonial e simbólica.

Contudo, vale frisar que os argentinos não foram os primeiros a tratar em suas leis sobre violência obstétrica, cabendo este posto à legislação venezuelana, na qual os argentinos se basearam. A Venezuela se tornou pioneira ao conceituar a violência obstétrica através da Lei orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência (tradução livre), publicada em 23 de abril de 2007, cuja definição para violência obstétrica foi copiada pela legislação argentina.

O destaque dado à violência obstétrica, tanto na legislação argentina quanto na venezuelana, demonstra a preocupação do legislador em proteger os direitos das mulheres desses países, de modo a propiciar uma certa segurança às mulheres parturientes que perdem o direito sobre sua liberdade reprodutiva.

Em detrimento ao exposto, o Brasil não possui uma legislação de âmbito nacional que apresente um conceito específico sobre violência obstétrica. Nem tampouco considera crime tal ato.

Em 2001, após ter se obrigado a cumprir as três metas estabelecidas pela Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada em 1994 no Cairo, Egito, (redução da mortalidade infantil e materna, acesso à educação, principalmente para as meninas e acesso universal a serviços de

saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar) o Ministério da saúde, através da Portaria nº 569, elaborou medidas protetivas à gestante e ao recém-nascido, que garantem a gestante direitos como o de ter um atendimento digno e humanizado.

Aliada a essas medidas foram criadas algumas leis nacionais que visam melhorar experiência da mulher na hora do parto. A exemplo, da Lei nº 11.108/09 que garante a presença de um acompanhante para a mulher, antes, durante e após o parto, e da recente Lei Estadual nº 17.097/17 que além de dispor sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina, conceitua violência obstétrica como “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério”.

Há ainda o Projeto de Lei nº 7.633/2014 que traz um conceito para violência obstétrica, semelhante à lei catarinense, e recomendações preventivas. Mas o interessante desse projeto é a sua abordagem quanto a questão da responsabilização civil e criminal do profissional de saúde, com a possibilidade de ele responder por processo administrativo instaurado no respectivo órgão institucional.

Segundo o dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres (2012, p. 7), a dor do parto, no Brasil, muitas vezes é relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais e dos profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo.

Nesta senda, a elaboração de leis, como as supracitadas, é de suma importância para disseminação de informações sobre o tema. Sobre isso, a Resolução Normativa nº 368 de 2015, adotada pela Agência Nacional de Saúde (ANS), dispõe sobre o direito de acesso à informação apenas das beneficiárias de planos



privados de saúde com relação aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais realizados pela própria operadora, por estabelecimento de saúde e pelo médico escolhido pela beneficiária.

No entanto, medidas com a referida resolução ainda não são suficientes para elucidar muitas mulheres que ainda vivem na escuridão da ignorância. É essa falta de conhecimento que as levam a considerar condutas violentas, impostas pelos profissionais de saúde, como procedimentos normais e necessários.

Segundo Robbie Davis-Floyd, em sua obra *“The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth”*, o atendimento desumano por parte dos profissionais de saúde pode ser classificado como um modelo tecnocrático, caracterizado pelo atendimento puramente mecânico e ausente do sentimento de responsabilidade perante o paciente enquanto sujeito mental e espiritual.

Para essa especialista esse modelo pode ser exemplificado através da “metáfora dominante do parto o hospital se tornou uma fábrica, o corpo da mãe uma máquina e o bebê o resultado de um processo de produção industrial (DAVIS-FLOYD, 2000, p. 5-23).

Trazendo essa conceituação para a realidade fática, a aplicação irrestrita de ocitocina com a finalidade de acelerar as contrações e conseqüentemente o parto é um exemplo corriqueiro de medida que visa aumentar a “produção” médica, em detrimento da humanização do atendimento.

Quando a mulher se encontra em trabalho de parto, ela naturalmente produz esse hormônio, no entanto a aplicação da ocitocina sintética torna o parto mais rápido, dando a possibilidade aos médicos de realizarem mais de um procedimento por dia, o que acaba gerando mais lucro e menos aborrecimento para o profissional.

Ademais, Aguiar em sua tese de doutorado, intitulada “Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade

ao invés de acolhimento como uma questão de gênero”, realizou entrevistas com mulheres que foram vítimas de violência obstétrica e com alguns profissionais de saúde, a fim de apurar o ponto de vista de ambos sobre o assunto.

Através da análise das entrevistas restou-se observado que as mulheres vítimas da violência obstétrica não se sentiram tratadas com um sujeito, mas sim como um objeto nas mãos dos médicos. Segundo a referida autora,

[...]a violência dentro dos serviços de saúde de uma forma geral é identificada a um mau atendimento que inclui: fala grosseira, negligência, abandono, ofensa moral; não ter paciência, gritar, empurrar; não dar informações ao paciente e tratá-lo com indiferença; fazer algum procedimento ou exame sem consentimento, inadequado ou desrespeitosamente; discriminação por condição social ou cor e a violência física. (AGUIAR, 2010, p.138)

Já com relação ao ponto de vista dos profissionais de saúde sobre a violência obstétrica, os resultados demonstraram que:

[...] não apenas conceitualmente, mas também na prática, para a maioria dos entrevistados, em alguns momentos, as concepções de desrespeito e maus tratos se misturam com a de violência institucional e, em outros momentos não, pelos mesmos profissionais. A diferença de um momento para o outro parece depender do contexto da situação, da intenção do profissional que comete o ato e de “como” ele o faz. Dessa forma, gritar com a paciente pode ser um desrespeito, um tratamento grosseiro, mas se ela está ‘descontrolada’ e precisa ser ‘chamada à razão’, não é uma violência, para alguns entrevistados. (AGUIAR, 2010, p.149-150)

É importante levar em consideração que cada mulher possui sua singularidade, devendo o parto ser elaborado de maneira a deixá-la mais confortável com a situação. Mas, na prática, o modo geral, impessoal, e até violento, que os procedimentos são realizados apenas reforça o sentimento de desconforto da grávida em ser mantida em um ambiente hostil e desrespeitoso.

Quanto à essas agressões sofridas pelas parturientes, elas podem ocorrer de duas maneiras: psicologicamente ou

fisicamente. No primeiro caso, ela ocorre através de humilhações em razão de valores culturais e das piadas que atingem a dignidade sexual e moral da mulher.

Já no segundo caso, ela se manifesta através da realização da manobra de Kristeller, que consiste na aplicação de força física na barriga da mulher a fim de agilizar o parto (sendo que tal procedimento desaconselhado pela OMS<sup>5</sup>); da prática da tricotomia (raspagem de pelos), procedimento esse altamente invasivo e sem aplicação médica alguma; da privação de alimentos e água à mulher; e da negação do uso de anestesia, sem razão técnica.

Nesta senda, há ainda a prática da violência sexual durante o parto<sup>6</sup>, que muitas vezes pode se dar através de uma violência física, como a prática da episiotomia, que consiste em um corte vaginal utilizado para “facilitar” a saída do bebê. Ato esse as vezes associado à vedação do uso de anestesia, o que torna essa prática uma verdadeira tortura.

Um dos tipos mais discutidos de violência física contra as grávidas é a obrigação imposta por alguns profissionais que insistem na realização do parto cesáreo, mesmo indo contra a vontade da mulher ou até mesmo quando o parto normal não apresenta qualquer risco a vida dela ou a do filho. Decorrente disso, tem-se aumentado a recomendação dos órgãos de saúde para realização do parto normal, tendo em vista todos os evidentes benefícios que esse procedimento traz para a mulher, como uma recuperação mais rápida e a menor intervenção de

---

<sup>5</sup> Segundo as recomendações sobre nascimentos e partos, elaborado pela OMS, as preocupações relacionadas à essa prática são devidas à possibilidade de ocorrer um dano grave na mãe ou no bebê pela aplicação excessiva de força descontrolada, incluindo a uterina, e outra ruptura de órgão e morte materna e perinatal. (tradução livre) (2018, p.155 e 156)

<sup>6</sup> A violência sexual não está relacionada apenas a conjunção carnal não consentida. Um médico que realiza o exame de toque invasivos, exames de mamilos repetitivos (utilizada para verificar a produção do leite, sendo que não possui nenhuma evidência científica que corrobore essa prática), ou pratique qualquer tipo de assédio contra a gestante, poderia, e deveria, se denunciado por abuso sexual.

medicamentos durante o procedimento.

O resultado desses esforços pode ser visto nos dados emitidos pelo Ministério da Saúde, no ano de 2017, que demonstra uma estabilização do número de partos cesáreos realizados no Brasil, até 2016, de 55,5%. Apesar disso, ainda é uma percentagem bem maior se comparado aos partos normais realizados no mesmo período, que é de 44, 5%.

No entanto, alguns profissionais acabam exagerando ao aplicar essas recomendações, forçando mulheres a partos normais, que essas não têm condições de realizar. Exemplo desse caso ocorreu com Kenedy Antunes, relatado no livro, de sua autoria, “Violência Obstétrica”.

Segundo o autor, quando questionado por uma enfermeira sobre a demora do parto o médico retrucou, grosseiramente, que a mulher “é nova, é forte, tem força. Vai ficar aí até a criança nascer” (KENEDY, 2017, p. 16). Devido à essa demora, a criança nasceu, após uma cesárea de emergência, com problemas cardíacos, sendo que mais algumas horas de espera poderiam tê-la matado.

Ademais, pode ser considerado violência física: a ruptura da bolsa, sem o consentimento da gestante, a fim de acelerar o parto; e o ponto de áster que consiste no ato de costurar a vagina da mulher, após a episiotomia, de modo que a passagem fique mais apertada e proporcione mais prazer ao parceiro da mulher.

A parturiente pode ter, ainda, seu direito de movimento tolhido, seja amarrada ou, até mesmo, através do uso de algemas, que impedem sua movimentação durante o parto. Vale salientar que com relação ao uso de algemas, recentemente foi aprovada a Lei 13.434/2017 que expressamente veda o “uso de algemas em mulheres grávidas durante os atos médico-hospitalares preparatórios para a realização do parto e durante o trabalho de parto, bem como em mulheres durante o período de puerpério imediato”, um pequeno avanço quando se leva em consideração a inércia da legislação nacional sobre violência obstétrica.

### 3 RESPONSABILIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO ÂMBITO DA JURISPRUDÊNCIA NACIONAL

Não há no Brasil qualquer tipo de tipificação, seja ela no âmbito civil, penal ou em qualquer outra área, com relação a violência obstétrica. De fato, existem algumas leis estaduais e municipais que versam sobre o assunto, como a lei 17.097/17, sancionada no Estado de Santa Catarina e o Projeto de Lei “Nascer Bem Caruaru”, de iniciativa popular do município de Caruaru/PE”. No entanto, ambas possuem caráter puramente explicativo e informativo, tratando sobre a humanização do parto e a adoção de medidas de proteção contra a violência obstétrica, sem, contudo, versar sobre nenhum tipo de sanção a prática da violência.

Realizando a análise fática com relação à responsabilização dos profissionais de saúde e dos hospitais que cometem algum ato de violência obstétrica, percebe-se que os legisladores brasileiros, até o presente momento, foram omissos ao elaborar uma lei que tipifique essa conduta. Diante disso, o judiciário brasileiro recorre, subsidiariamente, à aplicação do Código Civil, do Código do Consumidor.

Quanto à aplicação do Código Civil, em seu art. 927, este traz a obrigação àquele que, por ato ilícito, causar dano a alguém, de repará-lo. Já em seu art. 951 trata da responsabilidade específica dos profissionais liberais, especialmente os médicos e ao final do art. 949 trata do dever de indenização do ofensor para com o ofendido que comprove o dano sofrido, no caso de lesão ou outra ofensa à saúde. Desta forma, é possível perceber que a existência de culpa, devidamente comprovada, já é suficiente para concessão ao lesado do direito à reparação.

No tocante a responsabilidade civil sob a ótica do CDC, é mister ressaltar que a natureza jurídica da responsabilidade médica já foi bastante discutida entre os doutrinadores, no entanto,

após a entrada em vigor do CDC, essa discussão perdeu relevância. Segundo Cavalieri:

Hoje a responsabilidade médica/hospitalar deve ser examinada por dois ângulos distintos. Em primeiro lugar a responsabilidade decorrente da prestação de serviço direta e pessoalmente pelo médico como profissional liberal. Em segundo lugar a responsabilidade médica decorrente da prestação de serviços médicos de forma empresarial, aí incluídos hospitais, clínicas, casas de saúde, bancos de sangue, laboratórios médicos etc. (2012, p. 403)

Nesta senda, caso o responsável pelo dano seja a instituição (hospital) restará caracterizado defeito no serviço, conforme previsto no §1º do art. 14 do CDC. Os estabelecimentos hospitalares responderão objetivamente pelo dano causado, não sendo necessária a caracterização de dolo ou culpa desse agente causador. Ou seja, não se discute a culpa do hospital, mas este responde apenas por ter prestado um serviço defeituoso.

Quanto a responsabilidade do profissional individual (médico), esta caracteriza-se pela sua subjetividade, ou seja, há a necessidade de comprovação de dolo ou culpa para restar configurada a responsabilização civil. Entretanto, nesses casos o magistrado pode aplicar o inciso VIII do art. 6º do CDC, que prevê a possibilidade de inversão do ônus da prova a favor do consumidor (no caso a favor da parturiente), tendo em vista uma possível complexidade técnica da prova da culpa (CAVALIERI, 2012, p. 410).

É importante ressaltar que o entendimento geral entre os doutrinadores e legisladores brasileiros sobre o assunto é de que o profissional de saúde não possui a obrigação de curar o paciente. Sobre esse assunto Stolzen afirma que “a prestação de serviços médicos não consiste em uma operação matemática, em que o profissional pode afirmar, de forma peremptória, que curará o indivíduo, dada a sua condição, em regra, de obrigação de meio” (2014, p. 293).

Nesse sentido, o médico não está obrigado a curar o paciente, mas sim prestar o serviço de acordo com as

regras/deveres e os métodos da profissão.

Dentre os deveres do médico, Aguiar Júnior, apud Aguiar Dias (1995), afirma que existem três deveres implícitos a atuação do médico, sendo eles: conselhos, cuidados e abstenção de abuso ou desvio do poder, estando o dever de informação e o de abstenção de abusos englobados no dever de conselho. Nesse sentido, o médico deve informar ao paciente sua real situação, deixando-o ciente de todos os riscos que corre, além do que ele estaria vedado a possibilidade de recusa de atendimento.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), ainda, por meio da Resolução nº 1.931/09, apresenta outros deveres a serem respeitados, como o dever de sigilo e a expressa vedação ao desrespeito do interesse e da integridade do paciente e ao abondado do paciente que se encontre sob seus cuidados

A OMS através da declaração sobre “prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, apresenta também algumas medidas de proteção a mulher parturiente, dentre elas se encontra a responsabilização do sistema de saúde pelo modo como as mulheres são tratadas durante o parto, afirmando que “os profissionais de saúde em todos os níveis precisam de apoio e treinamento para garantir que as mulheres grávidas sejam tratadas com compaixão e dignidade.”

Nesta senda, fica evidente que a responsabilidade médica para com os que estão sob os seus cuidados reside, antes de tudo, no respeito ao paciente e aos seus direitos. No entanto, nos casos de violência obstétrica é fácil encontrar casos onde direitos como o da autonomia da paciente são totalmente desrespeitados.

A título de elucidação sobre o assunto, o juiz norte-americano Benjamin Cardozo, durante o litígio *Schloendorff V. Society of New York Hospitals* (1914) fez uma importante análise sobre esse assunto. Durante esse julgamento o magistrado chegou à conclusão que o direito à autonomia reside no direito que todo ser humano em idade adulta, e completamente ciente de

seus atos, tem de determinar o que será feito com seu próprio corpo, cabendo aos médicos o dever de respeitar a vontade do paciente.

A própria Constituição Federal Brasileira (1988) em seu art. 5º aborda o assunto ao garantir “a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade [...]” (grifo nosso). Ademais, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) também trata do tema em seu artigo 7º, III, ao afirmar que os serviços que integram o SUS devem obedecer ao princípio da “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.”

Em contrapartida ao preceituado pela própria legislação pátria e pelos regulamentos específicos, as mulheres que sofrem com a violência obstétrica têm seus direitos de escolha tolhidos pelos profissionais de saúde. A fatídica decorrência dessa privação de direitos não poderia ser outra, senão a agressão física e psicológica da vítima, que sofre na tentativa de busca pela reparação do dano sofrido.

No Brasil ocorre o emprego da teoria da responsabilidade subjetiva para os casos de erro do profissional de saúde. Neste sentido, de acordo com Gonçalves, os médicos serão responsabilizados civilmente quando restar comprovada a culpa do agente, seja por imprudência, negligência ou imperícia (2012, p.254).

Em regra, o profissional de saúde, no exercício de seu dever, dificilmente terá a intenção de lesar seu paciente. Qualquer erro cometido, provavelmente, será culposo, ou seja, derivado da não observação do dever de cuidado, cabendo à vítima o ônus de provar que o médico agiu dolosamente.

No entanto, essa comprovação da culpa do médico se torna uma verdadeira *via crucis* para a mulher que, para comprovar a responsabilidade (culpa) do profissional de saúde, terá que reviver os traumas psicológicos que passou.

Além disso, a própria jurisprudência nacional é bastante severa com relação às provas apresentadas, visto que estas



devem possuir um caráter evidentemente probatório do erro cometido. A especificidade do tema também se torna um problema no julgamento de uma ação dessa natureza pois, por trata-se de matéria predominantemente técnica, o juiz, em regra, não possui conhecimento científico suficiente para apreciar as provas apresentadas.

Cavaliere ainda trata da dificuldade da comprovação da culpa do médico pela vítima ao levar em consideração a influência que esse profissional pode ter no meio em que trabalha, e perante a sociedade. Segundo o autor “nesse campo, lamentavelmente, ainda funciona o *esprit de corps*, a conspiração do silêncio, a solidariedade profissional, de sorte que o perito, por mais elevado que seja o seu conceito, não raro, tende a isentar o colega pelo ato incriminado” (2012, p. 404).

Essa dificuldade em apresentar provas comprobatórias da violência obstétrica, aliada ao sofrimento psicológico e a vergonha, são alguns dos motivos que podem explicar o ínfimo número de denúncias e, conseqüentes, decisões sobre o caso.

Quando de fato ocorre a judicialização desses casos, a responsabilidade imputada ao médico, ou ao nosocômio ao qual está vinculado, ocorre de maneira desproporcional ao dano causado. Tal fato evidencia-se através dos julgados nacionais sobre o tema.

No âmbito estadual, foi ajuizada ação no Tribunal de Justiça de Pernambuco, na comarca de Arcoverde/PE, em razão do tolhimento do direito do marido de uma parturiente em acompanhar a esposa durante o parto. A ação foi proposta em caráter de urgência, tendo em vista que a mulher já estava em trabalho de parto quando ocorreu o fato, sendo prolatada decisão no seguinte teor:

No caso em tela, busca a parte autora autorização para assistir ao parto de sua esposa. [...] Desta forma, vislumbra-se incontestável o direito do autor, devidamente lastreado na legislação vigente. Assim, impõe-se a *concessão tutela de urgência* tendo em vista que a parte autora conseguiu comprovar os requisitos

necessários para tal. Diante do exposto, CONCEDO a tutela de urgência, nos termos do art. 300, §§ 1º, 2º e 3º do NCPC, determinando aos médicos plantonista [...] que *permita a presença do autor[...] durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Sob pena de prisão por crime de desobediência*, nos termos do Art. 330 do Código Penal, *autorizando a prisão em flagrante, em caso de descumprimento*. Intimem-se os médicos acima mencionado para cumprimento imediato do decisum. (Grifo nosso)

De acordo com a Lei nº 11.108/05, em seu artigo 19-J, é concedido a todas a parturientes usuárias do SUS o direito de serem acompanhadas por um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. No caso, tanto o direito do marido quanto o da parturiente foram negados devido à má conduta dos profissionais do hospital.

Já na seara do Superior Tribunal de Justiça (STJ), foi proposto Agravo em Recurso Especial nº 1.026.174 -SP (2016/0316928-3), pelas agravantes (médica e clínica acusados), em decorrência de decisão que inadmitiu recursos especiais interpostos impugnando o v. acórdão do eg. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, que acolheu parcialmente o seu pedido, diminuindo a indenização de R\$50.000,00 para R\$30.000,00, a saber:

**ERRO MÉDICO. LESÃO RETAL EM PARTO. NEGLIGÊNCIA EM AVALIAÇÃO APÓS CIRURGIA. DANOS MORAIS REDUZIDOS.** *Lesão retal após episiotomia durante tentativa de parto normal que passou despercebido.* Insurgência da médica e da clínica contra sentença de parcial procedência. Manutenção. *Erro consistente na negligência e imperícia ao não avaliar a condição do canal de parto da paciente após a cesárea. Sutura da episiotomia sem notar a existência de transfixação do reto. Culpa verificada.* Responsabilidade da médica, chefe da equipe, pela avaliação da paciente e pela atuação da enfermeira sob a sua supervisão. Responsabilidade objetiva da clínica médica pelos atos de seus empregados. Art. 932, III, CC e art. 14, caput e parágrafo 4º, Código de Defesa do Consumidor. *Provimento dos recursos apenas para reduzir o valor da indenização por danos morais para R\$ 30.000,00.* Sentença mantida. Recursos providos em parte. (Grifo nosso)

No entanto este agravo não foi reconhecido pelo STJ, que fundamentou da seguinte forma:

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CARÁTER INFRINGENTE. PRINCÍPIO DA FUNGIBILIDADE. ACLARATÓRIOS RECEBIDOS COMO AGRAVO REGIMENTAL. APELO NOBRE. NÃO INDICAÇÃO DOS ARTIGOS DE LEI FEDERAL TIPOS POR VIOLADOS. INADEQUADA FUNDAMENTAÇÃO. QUESTÃO FEDERAL CONTROVERTIDA NÃO DEMONSTRADA. ÓBICE DA SÚMULA 284/STF. EMBARGOS DECLARATÓRIOS RECEBIDOS COMO AGRAVO REGIMENTAL, MAS NÃO CONHECIDO.

1. É deficiente de fundamentação o recurso especial que não indica os dispositivos legais supostamente violados pelo acórdão recorrido, o que atrai a incidência, por analogia, do enunciado n.º 284 da Súmula do Supremo Tribunal Federal.

2. Embargos de declaração recebidos como agravo regimental, mas não conhecidos.

Felizmente o STJ não acolheu o agravo proposto, mas a decisão do Tribunal de São Paulo parece ter desconsiderado a gravidade da lesão física sofrida pela parturiente, comprovadamente ocasionada por erro dos profissionais que a atenderam, visto que houve apenas a condenação dos autores do fato ao pagamento de uma quantia pecuniária que não chega nem perto de reparar os danos físico e psicológicos sofridos por essa mulher. Se isso já não bastasse, ainda houve, a partir do acolhimento parcial do pedido de apelação, a diminuição do valor sentenciado.

Semelhante ao STJ, o Superior Tribunal Federal (STF) também negou provimento ao agravo de instrumento de nº 852237, decidindo pela efetiva responsabilização civil objetiva do Estado, a saber:

Responsabilidade civil objetiva do poder público elementos estruturais pressupostos [...] - hospital público que integrava, à época do fato gerador do dever de indenizar, a estrutura do ministério da saúde - responsabilidade civil da pessoa estatal que decorre, na espécie, da inflicção de danos causada a paciente em razão de prestação deficiente de atividade médico-hospitalar desenvolvida em hospital público - *lesão esfínteriana*

*obstétrica grave - fato danoso para a ofendida resultante de episiotomia realizada durante o parto - omissão da equipe de profissionais da saúde, em referido estabelecimento hospitalar, no acompanhamento pós-cirúrgico - danos morais e materiais reconhecidos [...] - recurso de agravo improvido. (Grifo nosso)*

Percebe-se que os tribunais superiores decidem de maneira semelhante quando se trata dos pedidos de reconsideração de sentença proferida pelo juízo *a quo*, feitos pelos agentes causadores dos danos (médicos e hospitais), sempre negando seus pedidos. De certo que, dentre os recursos analisados, não houve nenhum que partisse das vítimas, o que pode explicar a tendência de decisões desses tribunais que mantem a sentença dos tribunais estaduais, sem, no entanto, mitiga-las.

É possível perceber que, no geral, a responsabilização dada aos agentes de saúde e aos hospitais que praticam a violência obstétrica, é notoriamente mitigada quando comparada ao dano sofrido pela vítima. A mutilação sofrida por essas mulheres, claramente, foi bastante significativa, no entanto o agente causador do dano apenas foi sentenciado ao pagamento de indenização por danos morais e materiais.

Decisões como essas apenas reforçam a necessidade da implementação de uma lei específica que tipifique criminalmente a prática da violência obstétrica.

#### 4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS COM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA CIDADE DE ARCOVERDE/PE

Com o intuito de corroborar com os dados gerais apurados sobre violência obstétrica, foi realizada pesquisa empírica, através de entrevistas com mulheres que sofreram algum tipo de violência antes, durante ou após o parto em hospital da cidade de Arcoverde/PE, a fim de retratar, *in loco*, a experiência das vítimas dessa violência.

Vale ressaltar que todas as entrevistadas fazem parte do grupo “Arco da Vida”, composto unicamente por puérperas que

partilham suas experiências gestacionais. Das entrevistadas, quatro delas responderam às perguntas propostas por meio de questionário formulado, e enviado, online, sendo que apenas uma (P5) fez questão da realização da entrevista pessoal.

Quanto ao perfil social das entrevistadas, todas são maiores de idade e possuem, ao menos, o ensino médio completo, sendo que apenas uma dessas não possui uma profissão, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 – Perfil social das puérperas

Puérperas	Idade	Escolaridade	Ocupação
P1	37	Ensino superior completo	professora
P2	30	Ensino superior completo	Pedagoga
P3	29	Ensino médio completo	Do lar
P4	32	Ensino médio completo	Telefonista
P5	26	Ensino superior completo	Enfermeira

Dentre as entrevistadas, apenas a P1 não teve seu parto realizado na cidade de Arcoverde/PE. Ela relatou que o procedimento ocorreu em um hospital particular na cidade de Caruaru/PE porque, segundo ela, “nem o obstetra nem o hospital (em Arcoverde) foram receptivos ao meu desejo do parto normal”, as demais tiveram seus partos realizados em hospital da rede pública em Arcoverde/PE.

Ficou claro durante as entrevistas o desejo de todas elas pela realização do parto normal, no entanto, nem todas tiveram essa vontade respeitada. Quando questionadas se houve algum tipo de insistência do médico para realização da cesárea, apenas a P2 confirmou essa persistência. Segundo ela, o médico “insistiu durante todo o trabalho de parto, que pelo fato de minha bolsa ter estourado, eu precisava de uma cesárea, dizendo que era arriscado esperar”.

Todas as entrevistadas relataram que o parto em que restou configurada a violência obstétrica havia sido o primeiro delas. Além de tudo, todas confirmaram a realização do pré-natal, mas afirmaram que o médico com qual se consultaram durante esse período, não foi o mesmo que realizou o parto.

Essa é uma questão preocupante, pois a hora de dar à luz já é um momento, por si só, difícil para a mulher e o fato de ela não estar acompanhada pelo médico que esteve com ela durante todo o período gestacional apenas dificulta ainda mais esse momento.

Quanto ao tipo de violência obstétrica sofrida pelas parturientes elas responderam da seguinte forma:

Quadro 2 – Tipo de violência sofrida pelas puérperas

Puérperas	Episiotomia	Uso de Fórceps	Manobra de Kristeller	Maus tratos	Proibição de acompanhante	Abandonada pelos profissionais
P1				X	X	X
P2				X		
P3				X	X	
P4				X		X
P5				X		X

Nota-se que dentre as entrevistadas nenhuma alegou ter sofrido corte vaginal durante o parto (episiotomia), ou que os médicos tenham utilizado o fórceps ou realizado a manobra de Kristeller durante o parto. Contudo, todas relataram algum tipo de maus tratos verbais realizados tanto pelos médicos quanto pelas enfermeiras que realizaram o procedimento

Um dos tipos de maus tratos mais citados pelas entrevistadas foi a repreensão por parte dos profissionais quanto aos gritos dados pelas parturientes. A P4 relatou que uma funcionária se dirigiu a ela com palavras grosseiras e a mandou não gritar pois a criança “ia sair por baixo e não por cima”.

Em contrapartida, a P5 afirmou que se sentiu muito incomodada pela equipe de enfermagem, que estava conversando muito e ouvindo música no celular, enquanto a entrevistada suplicava por silêncio.

Toda a mulher em trabalho de parto tem, ou ao menos deveria ter, o direito de se expressar da maneira que achar melhor, seja gritando, chorando ou pedindo silêncio (no caso da

P5). Não cabe aos profissionais que as atendem, ou a ninguém, o direito de proibi-las de exercer essa reação normal que toda mulher tem o direito de ter.

Ainda com relação a P5, essa relatou que se sentiu bastante humilhada pelo médico durante o trabalho de parto, pois esse a estava impedindo de entrar na sala exclusiva para as mulheres em trabalho de parto pois a entrevistada estava tendo fortes ataques de vômito<sup>7</sup>.

Ela ainda afirmou que durante o exame de toque<sup>8</sup>, se sentiu extremamente violada, pois o médico não esperou o fim da contração e fez o toque, nas palavras da entrevistada, “como se eu fosse um objeto”, e que sentiu que “o toque dele era como se tivesse isso aqui meu (demonstrou o comprimento do antebraço)”. Questionada se havia considerado a referida conduta do médico como violência sexual, a P5 afirmou que naquele momento “eu senti como se fosse um estupro”. Além da sua experiência, ela relatou também que uma amiga sua havia passado pela mesma situação, com o mesmo médico.

Vale ressaltar que nenhuma das entrevistadas sofreu com a prática da tricotomia, mas a P4 relatou que se sentiu bastante humilhada quando uma funcionária perguntou para ela: “você não tinha gilette em casa não?” e “você não tem marido pra [sic] lhe depilar?”. Sendo que após o parto essa mesma funcionária retornou, “com uma risada sarcástica”, olhou para a genitália da entrevistada e falou: “agora ficou bonita”.

A negligência médica com relação aos cuidados devidos as mulheres parturientes é o principal caracterizador da violência obstétrica, que, vale ressaltar, não ocorre apenas durante o parto, mas também pode ser caracterizado antes ou após o parto. Como ocorreu com a P3 que foi obrigada a ficar quieta durante as contrações por uma enfermeira.

---

<sup>7</sup> Segundo a P5, o vômito é um dos sintomas de dilatação do útero.

<sup>8</sup> Exame utilizado para verificar fatores como a dilatação, a espessura do colo do útero e para estimar o tempo que levará para o parto acontecer.

De mesmo modo a P2 que se sentiu constrangida pelo médico plantonista que, todas as vezes que ela chorava ou apresentava reações as dores, afirmava que ela “não devia estar chorando, pois quem escolhe o parto normal tem que sentir dor e não pode reclamar”. Além disso o médico ainda a suturou sem anestesia, aplicando-a posteriormente, o que causou um sofrimento desnecessário e desumano.

Fatos como os citados podem ser corroborados pela pesquisa de iniciativa da Fundação Perseu Abramo, em parceria com o SESC, intitulada “mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”. Realizada em agosto de 2010, essa pesquisa apurou que 23% das mulheres que tiveram seus filhos naturais, em hospitais da rede pública ou privada, ouviram algum despropósito durante o parto.

É possível perceber que os profissionais de saúde, muitas vezes, inibem a humanização durante os procedimentos médicos, não levando em consideração que cada mulher lida com as dores do parto ao seu modo. “Dar à luz” não é um procedimento padronizado, que pode ser previsto e controlado ao bel prazer dos médicos.

O aparente descaso dos profissionais não está restrito apenas ao mal tratamento das parturientes. As entrevistadas P1, P4 e P5 afirmaram que foram deixadas sozinhas durante algum momento antes, durante ou após o parto, pelos profissionais que as estavam atendendo.

De fato, tanto os médicos quanto os enfermeiros não são obrigados a sentar ao lado da parturiente até a hora do parto, mas a falta de contato entre a paciente e esses profissionais torna esse momento ainda mais difícil. Estes apenas comparecem para realizar alguns exames essenciais e vão embora, sem nem ao menos estabelecer uma relação minimamente humana com a parturiente.

Essa desumanização do parto aliada o descuido dos médicos no dever de informar as pacientes sobre o procedimento a



ser realizado caracterizam um dos pontos principais da luta contra a violência obstétrica.

A falta de informação foi uma característica recorrente entre as entrevistadas. Quando questionadas durante a entrevista se o médico que as atendeu havia explicado o procedimento do parto e os possíveis riscos que ele trazia, todas responderam que não houve nenhum tipo de informação por parte dos profissionais.

Dentre as cinco entrevistadas, apenas a P4 relatou que foi perguntado a ela se desejava utilizar anestesia durante o procedimento. Dentre as outras quatro entrevistadas que não foram questionadas sobre isso pelos seus médicos, a P5 afirmou que a equipe médica queria utilizar ocitocina, mas a sua doula<sup>9</sup> impediu esse procedimento.

Em contrapartida a P1 não conseguiu impedir a aplicação indevida da ocitocina. Segundo a entrevistada o médico, sem consultá-la ou examiná-la, mandou a enfermeira aplicar ocitocina antes de encaminhá-la para sala de parto.

Quanto a proibição da entrada de seus acompanhantes, apenas a P1 e a P3 relataram a inibição desse direito. Segundo a P1 o médico proibiu a entrada de seu companheiro na sala de cirurgia, mesmo tendo ela suplicado para que ele entrasse. Vale salientar que essa violação está diretamente ligada à proibição de um direito inerente à essas mulheres, devidamente previsto na Lei n° 11.108/09.

Por fim, quando questionadas sobre um possível dano psicológico decorrente da violência sofrida, a P4 relatou:

Fiquei com bloqueio emocional, sempre que lembro dos momentos de violência me sinto impotente e fragilizada. (P4)

Já a P5 afirmou que durante o parto chegou a rejeitar o próprio filho, devido ao sofrimento que estava passando naquele momento, o que a traumatizou bastante.

Eu rejeitei ele quando eu estava no momento de parir, [...] eu

---

<sup>9</sup> Assistente de parto que não necessita ter formação médica, que auxilia a mulher antes, durante e após o parto.

não disse a ninguém, mas na minha mente eu rejeitei muito e eu chorei porque eu rejeitei ele nesse momento, [...] eu sinto raiva porque senti aquele sentimento, entendesse? Eu não me perdoou por isso, porque ele fez eu ter esse tipo de sentimento, aquele momento de constrangimento que ele me fez passar. (P5)

Não há dúvidas quanto à realização, por parte dos profissionais de saúde, de torturas psicológicas e humilhações contra as mulheres durante o parto. Esse tratamento desumano, segundo Rivero, na hierarquia dos sofrimentos infligidos e suportados pelo homem, se situa logo abaixo dos atos de tortura, sendo aqueles que “provocam voluntariamente sofrimentos mentais ou físicos de uma intensidade particular” (2006, p. 395).

Infelizmente esses atos de violência ocorrem justamente no momento em que essas mulheres se encontram mais sensíveis e vulneráveis. Pelo fato de estarem literalmente nas mãos do profissional, elas acabam sendo submetidas a tais infortúnios sem a possibilidade de defesa.

## 5 RESULTADOS

Através dos métodos de abordagem dialético, que “não envolve apenas questões ideológicas, geradoras de polemicas”, mas “trata-se de um método de investigação da realidade pelo estudo de sua ação recíproca” (ANDRADE, 2010, p. 120), e qualitativo, que “analisa o exame da natureza, do alcance e das interpretações possíveis para o fenômeno estudado; não se restringe a uma contagem ou a uma descrição, mas busca-se a essência do fenômeno ou teoria” (BONAT, 2009, p.12), foram analisados alguns casos de violência obstétricas na cidade de Arcoverde/PE.

Essa análise teve como foco parturientes que fazem parte do grupo Arco da Vida, composto por mulheres arcoverdenses que sofreram algum tipo de violência obstétrica nos hospitais da cidade. Para a realização desse procedimento foi utilizado o

método de estudo de caso, que segundo Andrade “consiste no estudo de determinados indivíduos, profissões, condições, grupos ou comunidade, com a finalidade de obter generalizações” (2010, p. 122).

Através da técnica de entrevista estruturada, que proporciona “uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão” (LAKATOS e MARCONI, 2003, p. 197), foram realizadas entrevistas (elaboradas e disponibilizadas online) com seis parturientes que se prontificaram a participar da pesquisa, sendo que apenas uma entrevistada fez questão pela entrevista pessoal, pois, segundo ela, ela conseguiria transmitir melhor os terríveis momentos que passou.

A partir dessas entrevistas foi possível constatar todas as entrevistadas sofreram com maus tratos prática pela equipe médica que a atendeu. Dado esse considerado alto se comparado ao apurado pela Fundação Perseu Abramo, em 2010, em que uma a cada quatro mulheres afirmou ter sofrido algum tipo de violência durante o parto.

A falta de preparo da equipe ficou evidente no depoimento das entrevistadas, ressaltando-se a entrevista da P6, enfermeira na cidade de Arcoverde/PE, que afirmou desconhecimento quanto a prática de algum tipo de capacitação dos profissionais sobre violência obstétrica.

Aliado a isso, a falta de informação quanto ao procedimento foi uma constante entre as entrevistadas. Em pleno século XXI é inaceitável que mulheres ainda se encontrem na escuridão e não disponham do direito de saber o que está sendo feito com seus corpos.

Ainda, de modo a descrever o modo como os tribunais nacionais vem se posicionando com relação a responsabilização dos profissionais de saúde acusados de cometer algum tipo de violência obstétrica, foi utilizado o método de pesquisa descritivo. Sobre esse método Mezzaroba e Monteiro afirmam que apesar de apenas descrever os fenômenos na visão do

pesquisador, “não significa que não serão interpretados, mas somente que a contribuição que se deseja dar é no sentido de promover uma análise rigorosa de seu objeto para, com isso, [...] dimensionar sua extensão”, ou seja, a “descrição permite diagnóstico do problema, o que é sempre muito importante e tarefa precedente.” (2009, p. 116 e 117)

Diante disso, foi realizada pesquisa no site Jus Brasil, através da busca de termos como “episiotomia” e “violência obstétrica”, dentre os julgados do STJ e do STF. Quando pesquisado o termo “episiotomia” foram encontradas, respectivamente, doze decisões do STF e dezenove decisões do STJ que faziam referência ao termo. De mesmo modo, quando pesquisado o termo “violência obstétrica” foram encontradas uma decisão do STF e dez decisões do STJ que faziam referência ao termo pesquisado. Ademais, foi utilizada para análise decisão do Tribunal de Justiça de Pernambuco, cujo processo foi proposto em Arcoverde/PE.

A partir do estudo das decisões que versam sobre violência obstétrica, foi possível perceber que os tribunais estaduais se detêm a mera aplicação de sentenças puramente pecuniárias, sempre ocasionadas de responsabilização por danos morais e/ou materiais. Já os tribunais superiores são pacíficos quando ao desprovimento de recursos impetrados pelos agentes saúde e hospitais, que requerem a diminuição das sentenças aplicadas pelo juízo *a quo*. Contudo, restou comprovada a falta de recursos por parte das vítimas, que aparentemente se “dão por satisfeitas” com a pecúnia recebida como meio de reparo pelo dano sofrido.

Apesar de alguns dos casos analisados retratarem uma violência física evidente (caos de episiotomia), comprovada através de exames médicos, a falta de recursos por parte das vítimas pode ser explicada pela certeza de que não receberão nada mais que uma compensação pecuniária. A jurisprudência brasileira é unânime ao se deter apenas a aplicação de uma multa que, como visto em uma das decisões analisadas, pode ainda ser

reduzida.

Até o momento não há nenhuma lei brasileira vigente que trate da penalização do agente de saúde que pratique a violência obstétrica, muito menos uma grande difusão de informações sobre o assunto. O que apenas dá a certeza da impunidade dos agentes que praticam essa violência.

Esses fatos explicam o pequeno número de denúncias registradas pelas vítimas, muitas nem sabem que sofreram a violência e continuam suas vidas, apenas tentando esquecer a violência sofrida, ou, quando buscam seus direitos tem que se dar por satisfeitas com a valorização pecuniária do sofrimento que passaram. Como se fosse possível reparar em valores os danos físicos e psicológicos sofridos.

A solução ideal, porem utópica, para o problema da violência obstétrica seria a erradicação dessa violência. No entanto, como isso é quase impossível de ser realizado, a criminalização desse ato já traria um pouco mais de consolo para as vítimas, e tiraria dos agentes causadores a certeza da impunidade.

Aliado ao método descritivo, fez-se uso da pesquisa bibliográfica, através da análise de obras de doutrinadores e da legislação brasileira sobre a incidência da responsabilidade civil em face dos profissionais de saúde, tendo em vista que esse tipo de pesquisa “propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras.” (MARCONI e LAKATOS, 2003, p. 183)

Desse modo, restou constatado que no Brasil prevalece a aplicação da teoria da responsabilidade subjetiva do médico, ou seja, há a necessidade de comprovação da culpa do agente, seja por imprudência, negligência ou imperícia. Contudo, a dificuldade reside no momento da comprovação por parte vítima que fica incumbida de comprovar a culpa do profissional, o que acaba fazendo com que esta reviva momentos de grande sofrimento. Além disso, o medo de uma possível retaliação e a certeza de que o profissional sairá livre para praticar novamente

atos de violência obstétrica, dificultam a denúncia desses casos.

## 6 CONCLUSÃO

Restou apurado, após uma análise legislativa e bibliográfica, que o termo violência obstétrica, possui vários conceitos quando da análise de algumas legislações estrangeira, mas quando se trata do Brasil, a carência de pesquisas, leis e debates sobre o tema é assustadora.

Tal fato pode ser atribuído à falta de uma legislação nacional própria que aborde esse tema, tanto do ponto de vista conceitual, quanto da responsabilização do agente causador do dano. E é justamente essa aparente falta de preocupação do legislador brasileiro em atribuir uma penalização mais severa aos agentes de saúde causadores dessa violência, que, de certo modo, auxilia na continuidade da prática da violência obstétrica no Brasil.

Embasado nisso essa pesquisa se propôs a responder a seguinte problemática: Como se encontra a incidência de casos de violência obstétrica na cidade de Arcoverde/PE, em especial no tocante a responsabilização dos agentes de saúde?

No tocante a responsabilização dos agentes de saúde que praticam a violência obstétrica, foram analisadas decisões jurisprudenciais brasileiras que demonstram que a responsabilização aplicada aos médicos, enfermeiros e hospitais acusados de praticar violência obstétrica é ínfima se comparada aos danos (físicos ou psicológicos) sofridos pelas vítimas.

As decisões estaduais encontradas, além de escassas, demonstraram que a justiça brasileira se detém à aplicação da responsabilidade civil nesses casos, sempre caracterizada por dano moral e/ou material e a consequente aplicação da pena pecuniária aos agentes causadores do dano. De certo não se pode dizer que a justiça é omissa quanto ao assunto, porem a responsabilização aplicada não impede nem pune devidamente os acusados,

apenas atribui um mero valor que não paga o sofrimento sofrido pela vítima, nem previne que aconteça com outra mulher.

Quando os casos são levados aos tribunais superiores (STJ e STF), são feitos pelos acusados que recorrem do valor a eles sentenciados pelo juiz *a quo*. A escassez de recursos por parte das vítimas é um reflexo da falta de amparo legal que elas sofrem. O que mais elas podem fazer se a justiça nada mais faz além de considerar a violência obstétrica como um infortúnio ocorrido durante uma relação de consumo?

É difícil compreender como uma violência que vai além da tortura psicológica, chegando até a danos físicos, permanece esquecida pelo legislador brasileiro. Nesta senda, faz-se necessária urgente elaboração de leis que auxiliem essas vítimas na obtenção da reparação devida.

Outrossim, durante a análise das entrevistas realizadas restou comprovado que a falta de informação sobre o assunto, não apenas entre as grávidas, mas da sociedade como um todo, é gritante. Devido a esse fato, mulheres se submetem a intervenções desnecessárias para se verem livres da dor e do sofrimento que encontram durante o parto.

Todas as entrevistadas relataram o sofrimento de violências verbais que em nada condizem com o tratamento humanizado que, em regra, deveria ser aplicado pelos profissionais. Relatos de violência física, que chegaram a ser comparadas à violência sexual, também apareceram durante as entrevistas, o que apenas reforça o debate sobre a importância que deveria ser dada ao assunto por parte dos legisladores que permanecem omissos.

De fato, o parto é um momento único de empoderamento feminino, mas a falta de capacitação dos profissionais de saúde e a falta de uma legislação que as proteja dessas práticas arcaicas, torna o momento mais sublime de uma mulher em um pesadelo que vai perseguir-la pelo resto da vida.



## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques de. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. 2010. 204 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, p. 138, 149 e 150.
- AGUIAR JÚNIOR, Ruy Rosado de. Responsabilidade civil do médico. *Revista dos Tribunais*, Rio de Janeiro, São Paulo, v. 84, n. 718, p. 33-53, ago. 1995.
- ANDRADE, Maria Margarida de. *Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação*/ Maria Margarida de Andrade. 10ª ed. São Paulo: Atlas, 2010, p. 120 e 122.
- ARGENTINA. Ley n. 26.485, de 11 de marzo de 2009. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. *Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso*, Argentina, 11 marzo. 2009. Disponível em: <[https://www.oas.org/dil/esp/Ley\\_de\\_Proteccion\\_Integral\\_de\\_Mujeres\\_Argentina.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2017.
- BONAT, Debora. *Metodologia da pesquisa*/ Debora Bonat. 3ª ed. Curitiba: IESDE Brasil S.A, 2009, p. 12.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1931, de 17 de setembro de 2009. Código de ética médica. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 set. 2009. Seção 1, p. 90.
- \_\_\_\_\_. ANS. Resolução normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015. *Garante o direito de acesso à informação às*



*beneficiárias de plano de saúde suplementar*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>>. Acesso em: 13 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. *Agravo de instrumento*. Responsabilidade civil da pessoa estatal que decorre, na espécie, da inflicção de danos causada a paciente em razão de prestação deficiente de atividade médico-hospitalar desenvolvida em hospital público. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24806123/agreg-no-agravo-de-instrumento-ai-852237-rs-stf/inteiro-teor-112279928?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 1 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal de Justiça. *Agravo em recurso especial*. Agravos interpostos contra decisão que inadmitiu recursos especiais interpostos impugnando o v. acórdão do Eg. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo por acolhimento parcial de apelação dos agravantes que reduziu a indenização de R\$ 50.000,00 para R\$ 30.000,00 decorrente de lesão retal em parto. Disponível em: <<https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/447543952/agravo-em-recurso-especial-aresp-1026174-sp-2016-0316928-3/decisao-monocratica-447543968?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2002.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 1 de junho de 2000. Institui medidas protetivas à gestante e ao recém-nascido. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 jun. 2000. Seção 1, p. 4,5 e 6.
- \_\_\_\_\_. Pela primeira vez número de cesarianas não cresce no país. *Ministério da Saúde*, 10 marc. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>> Acesso em: 25 mai. 2018.
- CARDOZO, Benjamin. 1914. *Dissenting opinion in Shloendorff v. Society of New York Hospital*. 211 N.Y. 125, 105 N.E. 92.
- CAVALIERI FILHO, Sérgio. *Programa de responsabilidade civil*, 10<sup>a</sup> ed., São Paulo: Atlas, 2012, p. 403- 404;410.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International journal of gynecology & obstetrics*. Fortaleza, Brasil, v. 75 p. 5-23, nov.2000.
- DOSSIÊ. *Violência obstétrica: “Parirás com Dor”*. 2012. p.7. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.> Acesso em: 02 nov. 2017.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO E SESC. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. 2010. P. 173,301. Disponível em: <<http://csbh.fpa-bramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2017.
- GAGLIANO, Pablo Stolze. *Novo curso de direito civil, volume 3: responsabilidade civil*, 12<sup>a</sup> ed., São Paulo: Saraiva, 2014, p. 293.
- GONÇALVES, Carlos Roberto. *Responsabilidade civil/ Carlos Roberto Gonçalves*. 7<sup>a</sup> ed. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 254.

- KENEDY, Florisval. *Violência obstétrica*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Autografia Edição e Comunicação Ltda. 2017, p. 16.
- LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de metodologia científica*/Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Lakatos. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p. 157 e 183.
- MEZZAROBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia Servilha. *Manual de metodologia da pesquisa no direito*. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009, p. 116 e 117.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração sobre a Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Geneva, 2014.
- \_\_\_\_\_.; KRUG, Etienne G. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002, p. 6.
- PERNAMBUCO. Tribunal de Justiça de Pernambuco. *Obrigações de fazer/ não fazer* processo nº 0002217-31.2016.8.17.0220, instaurado no dia 01/06/2016.
- RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimento e partos: breve referencial teórico. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, supl.1, p. 595-602, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>>. Acesso em: 02 nov. 2017
- RIVERO, Jean. *Liberdades públicas* /Jean Rivero, Hugues Moutouh. 1. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 365.
- SANTA CATARINA. Lei n. 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. *ALESC/Coord. Documentação*, Santa Catarina, 17 jan. 2017. Disponível em: <[http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_Lei.html](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_Lei.html)>. Acesso em: 02 nov. 2017.

- VENEZUELA. Ley n. 38.668, de 23 de abril de 2009 ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *La Asamblea Nacional De La República Bolivariana De Venezuela*, Venezuela, 23 abril. 2009. Disponible em: < <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>>. Acceso em: 02 nov. 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. 2018, p. 155 e 156.