



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRO-REITORIA DE GRADUAÇÃO
ESCOLA DE DIREITO, NEGÓCIOS E COMUNICAÇÃO
CURSO DE DIREITO
NÚCLEO DE PRÁTICA JURÍDICA
COORDENAÇÃO ADJUNTA DE TRABALHO DE CURSO II
MONOGRAFIA JURÍDICA**

**A RESPONSABILIDADE PENAL DOS MÉDICOS EM CASOS DE VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA NO BRASIL**

ORIENTANDO – ANA CLARA MONTEIRO BASTOS
ORIENTADORA – PROF. DRA. PAMORA MARIZ SILVA DE FIGUEIREDO

**GOIÂNIA-GO
2025**

ANA CLARA MONTEIRO BASTOS

**A RESPONSABILIDADE PENAL DOS MÉDICOS EM CASOS DE VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA NO BRASIL**

Monografia Jurídica apresentado à disciplina
Trabalho de Curso II, da Escola de Direito,
Negócios e Comunicação da Pontifícia
Universidade Católica de Goiás
(PUCGOIÁS). Prof. Orientadora – Dr^a.
Pamora Mariz Silva de Figueiredo.

**GOIÂNIA-GO
2025**

ANA CLARA MONTEIRO BASTOS

**A RESPONSABILIDADE PENAL DOS MÉDICOS EM CASOS DE VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA NO BRASIL**

Data da defesa: _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a. Dr^a. Pamora Mariz Silva de F. Cordeiro Nota:

Examinador Convidado: Prof.^a. Ma. Silvia Maria Gonçalves Santos de Lacerda
Santana Curvo Nota:

*Dedico todo e qualquer sucesso meu aos meus pais,
que, sob muito sol, me fizeram chegar até aqui pela
sombra.*

“Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos.” (Provérbios 16:3)

A Deus, por ter sido minha luz e meu refúgio em todos os momentos. Por me sustentar quando as forças pareciam se esgotar, renovar minha fé a cada novo amanhecer e me mostrar que nenhuma dificuldade é maior do que os propósitos que Ele tem para mim.

Aos meus pais, que com amor, renúncia e dedicação incondicionais me ensinaram o valor do esforço, da honestidade e da perseverança. Tudo o que sou e conquisto é reflexo do exemplo e da força de vocês.

Ao meu namorado, obrigada por acreditar em mim e por me lembrar, que todo sacrifício vale a pena.

À minha orientadora, por sua paciência, orientação e por ter acreditado neste trabalho, guiando-me com sabedoria e generosidade durante todo o processo.

Por fim, dedico este trabalho a todas as mulheres que foram vítimas de violência obstétrica e tiveram seus gritos, choros e súplicas silenciados. Que este estudo sirva como voz para tantas que foram caladas, e que o conhecimento seja instrumento de transformação, proteção e justiça.

“A todas aquelas que, ao gerar uma vida, perderam a sua.”

(Desconhecido).

RESUMO

Esta monografia analisa a responsabilidade penal dos médicos em casos de violência obstétrica no Brasil, compreendida como grave violação de direitos humanos e fundamentais das mulheres. No primeiro capítulo, apresenta-se a evolução histórica e os principais conceitos do fenômeno, destacando suas modalidades: física, psicológica, sexual e institucional. O segundo capítulo aborda a ausência de tipificação penal específica da violência obstétrica e as consequências dessa lacuna legislativa, investigando a possibilidade de aplicação de tipos penais já existentes, como lesão corporal, homicídio, omissão de socorro, constrangimento ilegal e crimes contra a honra. Analisa-se, ainda, os limites e desafios da responsabilização criminal dos médicos diante do atual ordenamento jurídico. O terceiro capítulo examina iniciativas legislativas e políticas públicas voltadas à prevenção e combate dessa prática, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a Rede Cegonha e a Lei nº 11.108/2005, que garante o direito ao acompanhante durante o parto. A pesquisa adota metodologia qualitativa e analítica, com base em revisão bibliográfica, para identificar lacunas normativas e discutir caminhos para a proteção efetiva dos direitos das gestantes. Conclui-se pela urgência da criação de legislação federal específica que tipifique a violência obstétrica, aliada a políticas públicas de conscientização e capacitação profissional, a fim de consolidar um modelo de assistência obstétrica pautado na dignidade, respeito e justiça.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Responsabilidade penal; Médicos; Direitos da mulher; Legislação.

ABSTRACT

This monograph analyzes the criminal liability of physicians in cases of obstetric violence in Brazil, understood as a serious violation of women's human and fundamental rights. The first chapter presents the historical evolution and main concepts of the phenomenon, highlighting its different forms: physical, psychological, sexual, and institutional. The second chapter addresses the absence of a specific criminal classification of obstetric violence and the consequences of this legislative gap, investigating the applicability of existing criminal types, such as bodily injury, homicide, failure to provide assistance, unlawful constraint, and crimes against honor. It also examines the limits and challenges of holding physicians criminally accountable

under current Brazilian law. The third chapter discusses legislative initiatives and public policies aimed at preventing and combating this practice, such as the National Policy for Comprehensive Women's Health Care (PNAISM), the Stork Network, and Law No. 11.108/2005, which ensures the right to a companion during childbirth. The research adopts a qualitative and analytical methodology, based on bibliographic review, to identify legal gaps and propose ways to ensure effective protection of pregnant women's rights. The study concludes that the creation of specific federal legislation criminalizing obstetric violence is urgent, together with awareness campaigns and professional training, in order to establish an obstetric care model grounded in dignity, respect, and justice.

Keywords: Obstetric violence; Criminal liability; Physicians; Women's rights; Legislation.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	ANS
COORDENAÇÃO-GERAL DA SAÚDE DA MULHER	CGSM/DAPES/SAS/MS
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA	CFM
CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER	CEDAW
COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS	CONITEC
COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO	CPMI
GRUPO ELABORADOR DAS DIRETRIZES	GED
ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS	ONU
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE	OMS
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	PAISM
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	PNAISM
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL	PNAON
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	SUS
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	VO
CÓDIGO PENAL	CP
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL	TJDF

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	13
1.2 CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	15
1.3 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	17
1.3.1 Violência física.....	18
1.3.2 Violência psicológica	20
1.3.3 Violência sexual.....	23
1.3.4 Violência institucional.....	24
2. PROJETOS DE LEIS FEDERAIS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	25
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL (PNAON).....	32
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PNAISM)	33
2.3 A REDE CEGONHA – PORTARIA Nº 1.45.....	34
2.4 LEI 11.108/2005: O DIREITO AO ACOMPANHAMENTO NO PARTO.....	36
2.5 DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL	38
3. A FALTA DE TIPIFICAÇÃO PENAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO CONTRIBUI PARA A IMPUNIDADE E PERPETUAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?.....	39
3.1 A RESPONSABILIDADE PENAL DOS MÉDICOS	42
3.2 TIPOS PENAS APLICÁVEIS NO CASO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	44
CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS	52

INTRODUÇÃO

A presente monografia jurídica tem como tema central a responsabilidade penal dos médicos em casos de violência obstétrica no Brasil. O estudo parte da constatação de que a violência obstétrica configura uma grave violação de direitos humanos e fundamentais das mulheres, que atinge diretamente sua dignidade, autonomia e integridade física e psicológica. Trata-se de um fenômeno que, embora reconhecido social e academicamente, ainda encontra lacunas no ordenamento jurídico brasileiro, sobretudo em razão da ausência de tipificação penal específica, o que gera controvérsias quanto à responsabilização criminal dos profissionais de saúde que praticam tais condutas. Nesse contexto, a pesquisa busca analisar as possibilidades e os limites de aplicação da legislação penal vigente, problematizando os desafios que se impõem à efetiva proteção dos direitos das mulheres.

O primeiro capítulo dedica-se a apresentar a evolução histórica do conceito, ressaltando como práticas de intervenção excessiva e de desrespeito à autonomia da parturiente se consolidaram ao longo do tempo. Em seguida, são expostos os principais conceitos que delimitam a compreensão jurídica e social do fenômeno, bem como sua classificação em modalidades distintas: violência física, psicológica, sexual e institucional. Esse panorama inicial é essencial para fundamentar a discussão proposta, demonstrando a complexidade da temática.

O segundo capítulo concentra-se no exame das iniciativas legislativas e políticas públicas voltadas à prevenção e combate da violência obstétrica. São analisados os projetos de lei federais que buscam tipificar a prática, tais como: Políticas Nacionais de Atenção Obstétrica e Neonatal, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Rede Cegonha, são consideradas como estratégias relevante para a humanização do parto. Além disso, discute-se o direito da gestante à presença de acompanhante durante o parto, assegurado pela Lei nº 11.108/2005, e a Cartilha do Ministério da Saúde voltada à atenção ao parto e nascimento.

No terceiro capítulo, desenvolve-se a análise central desta monografia: a falta de tipificação penal da violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro e as consequências dessa omissão. Examina-se se a inexistência de previsão legal específica contribui para a impunidade e a perpetuação dessas práticas, discutindo-

se a aplicação de tipos penais já previstos no Código Penal a situações de violência obstétrica. Nesse mesmo capítulo, são explorados os limites e as possibilidades da responsabilização penal dos médicos, destacando-se os elementos que caracterizam sua atuação profissional e as dificuldades encontradas na imputação de responsabilidade criminal diante da atual legislação.

A metodologia adotada para o desenvolvimento da pesquisa é de caráter qualitativo e analítico, voltada para a compreensão crítica do tema a partir da ausência de legislação penal específica que tipifique a violência obstétrica. Utiliza-se a técnica de pesquisa bibliográfica, com base na consulta a livros, artigos científicos, legislações e documentos oficiais que abordam a temática sob diferentes perspectivas, permitindo a construção de um referencial teórico consistente e plural. Essa abordagem possibilita identificar as lacunas existentes no ordenamento jurídico, bem como analisar os argumentos doutrinários e normativos que sustentam o debate acerca da responsabilização penal dos médicos diante dessas práticas.

Dessa forma, a estrutura do trabalho articula aspectos históricos, doutrinários e legislativos, de modo a oferecer uma abordagem crítica sobre a responsabilidade penal dos médicos em casos de violência obstétrica no Brasil. Pretende-se, assim, contribuir para o debate jurídico acerca da necessidade de aperfeiçoamento do sistema normativo, visando à efetividade na proteção dos direitos das mulheres e à consolidação de um atendimento obstétrico pautado pela dignidade, pelo respeito e pela justiça.

1. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Segundo Andrade e Aggio (2014), desde a Bíblia o sofrimento que acompanha o parto tem sido visto como um aspecto necessário e fundamental da maternidade. Tal pensamento tem raízes no imaginário religioso, em Gênesis 3:16, quando, após cometer o pecado original com Eva e, assim, levar Adão também a pecar, a dor do parto foi atribuída a ela. A partir dessa narrativa, cristalizou-se a perspectiva de que o sofrimento da mulher em trabalho de parto seria sua penitência, que seu trabalho de parto era punição em vez de prazer, determinando culturalmente a representação do nascimento.

Essa associação entre dor e parto consolidou a ideia de que o sofrimento é natural à condição feminina, sendo amplamente aceito tanto pela sociedade quanto pelas instituições de saúde. Como resultado, práticas abusivas foram invisibilizadas, justificando o sofrimento como parte intrínseca da experiência de ser mãe (Andrade e Aggio, 2014):

"A reprodução desse pensamento no âmbito histórico e cultural da sociedade leiga e dos profissionais de saúde torna as mulheres vulneráveis à violência obstétrica e à violência de gênero, tornando a dor inerente à experiência da maternidade (Andrade e Aggio, 2014)."

De acordo com Duarte (2019), em diversas culturas o parto era compreendido como um rito sagrado centrado na mulher, conduzido por parteiras experientes e acompanhado por mulheres da família. Nesses contextos, o nascimento assumia um caráter profundamente simbólico, com significados que ultrapassavam as visões clínicas e estéreis predominantes, ainda que as condições de higiene fossem precárias.

Essas práticas tradicionais valorizavam o vínculo entre a mulher e o nascimento, e reforçavam sua autonomia no processo. Ao invés de submeterem-se a protocolos mecânicos, as parturientes eram envolvidas em um ambiente de acolhimento e pertencimento, onde a experiência era respeitada e legitimada.

A cena do parto no Brasil, sobretudo na segunda metade do século XX, por exemplo, mudou muito ao longo das décadas.

De acordo com Dias (2021) o final da década de 1950, nos Estados Unidos, a revista Ladies Home Journal, voltada para donas de casa, publicou uma reportagem intitulada "Crueldade nas Maternidades", revelando abusos e condições desumanas

nos hospitais da época. O parto era descrito como um processo traumático, no qual as mulheres eram submetidas ao chamado “sono crepuscular”, induzido por morfina e escopolamina. Essa prática causava amnésia parcial, mas também efeitos colaterais como agitação psicomotora e alucinações. Para evitar quedas durante o procedimento, as gestantes eram algemadas ou amarradas, resultando em hematomas pelo corpo. Além disso, era comum o uso de fórceps em mulheres inconscientes, com parto frequentemente induzido por ocitocina.

Para Dias, em 1958, uma carta publicada no jornal *The Guardian* defendeu a criação de uma instituição voltada à proteção das grávidas, culminando na fundação da Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas. O texto destacava:

Nos hospitais, as mulheres têm que enfrentar a solidão, a falta de simpatia, a falta de privacidade, a falta de consideração, a comida ruim, o reduzido horário da visita, a insensibilidade, a ignorância, a privação de sono, a impossibilidade de descansar, a falta de acesso ao bebê, rotinas estupidamente rígidas, grosseria [...] as maternidades são muitas vezes lugares infelizes, com as memórias de experiências infelizes (Dias, 2021, p. 6).

Embora diversos países tenham discutido a questão nas décadas seguintes, no Brasil o tema começou a ganhar atenção apenas na década de 1980. Nesse período, o grupo feminista Ceres publicou o livro *Espelho de Vênus*, que abordava a identidade social e sexual da mulher, relatando experiências de parto marcadas por violência. Além da violência sexual, muitas parturientes descreviam um desamparo emocional profundo, sentindo tristeza em momentos que deveriam ser de alegria.

Dias (2021) relata que ainda na década de 1980, políticas públicas como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foram implementadas, mas encontraram resistência por parte de alguns profissionais de saúde que relutavam em modificar seus métodos.

Em 2010, a Fundação Perseu Abramo realizou a pesquisa *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*, destacando a relevância da violência obstétrica. Dois anos depois, foi criada uma CPMI para investigar as violências contra mulheres, incluindo a obstétrica, resultando no dossiê *Violência Obstétrica – Parirás com Dor*, que reuniu relatos sobre os desafios enfrentados durante a gestação, parto e pós-parto (Dias, 2021).

O pesquisador acrescenta que apesar de tais iniciativas e direitos já existirem, torna-se cada vez mais urgente a criação de uma lei federal específica, visto que muitos direitos das mulheres ainda são desrespeitados. É fundamental que a

sociedade cobre providências do governo, mas é importante enfatizar que, mesmo sem legislação específica, a mulher pode e deve denunciar, buscando ressarcimento pelos danos sofridos com base nas normas e princípios vigentes no ordenamento jurídico brasileiro (Dias, 2021).

1.2 CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Existem diversas manifestações de violência contra a mulher, das mais íntimas às institucionais. No contexto da saúde, a violência obstétrica se destaca por ocorrer em um momento de extrema vulnerabilidade: o parto. Ela representa um tipo particular de agressão, frequentemente invisibilizada por estar disfarçada sob práticas rotineiras, mas que impõe sofrimento evitável e, muitas vezes, naturalizado.

Segundo a Andrade (2016), a violência caracteriza-se pela imposição de dor e sofrimento que poderiam ser evitados. É nesse contexto que se insere o debate sobre práticas abusivas no atendimento ao parto, que atingem diretamente a dignidade das gestantes.

Esse tipo de violência é recorrente em muitos países da América Latina. Mulheres frequentemente aceitam procedimentos invasivos e desnecessários por não terem informações adequadas ou por temerem confrontar a autoridade médica. Esse comportamento reforça uma estrutura de submissão e silenciamento, dificultando o reconhecimento da violência obstétrica como um problema de saúde pública. De acordo com Sena (2016) o medo de questionar condutas médicas e a falta de informações levam muitas mulheres a aceitarem práticas abusivas durante o parto.

Apesar da gravidade das situações relatadas, ainda não há consenso técnico ou científico internacional sobre o que configura exatamente a violência obstétrica. Isso dificulta não apenas o enfrentamento do problema, mas também a produção de dados consistentes que permitam políticas públicas efetivas. Conforme aponta Zanardo (2017), não existe uma definição universalmente aceita das práticas de violência obstétrica, o que impede a mensuração precisa da sua prevalência e impacto.

Entre os abusos mais frequentes estão práticas como a negativa de analgesia, realização de procedimentos sem consentimento, agressões físicas e verbais, desrespeito à privacidade e retenção de mulheres e recém-nascidos. Tais atitudes violam não apenas direitos individuais, mas princípios éticos fundamentais no cuidado

em saúde. O autor ressalta ainda que práticas como ausência de acompanhante, manipulação desnecessária do corpo, omissão de informações e uso inadequado de tecnologias configuram formas recorrentes de violência obstétrica institucional.

O excesso de intervenções tecnológicas, sem necessidade comprovada, enfraquece o protagonismo feminino no parto. Quando a mulher é desconsiderada em suas decisões, ocorre uma ruptura no direito à autonomia, transformando o parto em um processo mecânico e impessoal. Segundo Zanardo (2017), a medicalização excessiva subordina o corpo feminino à lógica institucional, reduzindo a mulher à condição de objeto de intervenção técnica.

O respeito à escolha da mulher quanto à posição do parto, ao contato pele a pele com o recém-nascido e à informação clara sobre os procedimentos são atitudes que deveriam ser regra, mas muitas vezes ainda são vistas como exceção. Para o mesmo autor, garantir autonomia e liberdade de escolha no parto é uma prática ética e necessária para o respeito aos direitos reprodutivos da mulher.

Os insultos, as ameaças veladas e a omissão de assistência são expressões de uma cultura institucional que desvaloriza a experiência subjetiva das mulheres. A desumanização nesse processo reforça desigualdades estruturais baseadas em gênero. Nesse sentido, Zanardo (2017) adverte que o uso inadequado de tecnologias e posturas autoritárias perpetua práticas hiper-invasivas, reforçando assimetrias no cuidado.

A informação é a principal ferramenta de empoderamento no parto. A mulher precisa conhecer seus direitos e ter garantias de que será ouvida e respeitada. A ausência desse conhecimento permite que práticas abusivas continuem sendo reproduzidas com aparência de normalidade. O mesmo autor indica que a apropriação do corpo feminino durante o parto se dá pela exclusão da mulher no processo decisório.

Esse cenário transforma um evento natural em algo patológico, onde a gestante perde sua condição de sujeito ativo. Tal desrespeito não afeta apenas a autonomia reprodutiva, mas também os direitos humanos mais fundamentais. A violência obstétrica é, portanto, uma violação direta aos direitos sexuais e reprodutivos, além de refletir desigualdades estruturais. Envolve não apenas questões de saúde, mas também de cidadania, dignidade e equidade. (Zanardo, 2017)

A autonomia da mulher, entendida como a capacidade de decidir sobre seu corpo, é constantemente negada no ambiente hospitalar. Isso não apenas configura

violência, mas representa a perpetuação de um modelo patriarcal de cuidado. (Zanardo, 2017)

O poder médico, quando exercido de forma abusiva, intensifica a exclusão da mulher do processo de decisão. Esse comportamento institucionalizado contribui para a banalização da violência obstétrica, impedindo avanços reais no cuidado humanizado.

A violência obstétrica deve ser analisada à luz da violência institucional e da violência de gênero. Trata-se de um fenômeno complexo, que reproduz desigualdades históricas e sociais e que precisa ser combatido com políticas públicas e consciência crítica. Aguiar (2010) destaca que essa violência está nos discursos e práticas institucionais, muitas vezes mascarada como conduta técnica, mas que reproduz estigmas e desrespeitos estruturais.

Para mudar esse cenário, é essencial que políticas públicas incentivem práticas baseadas em evidências, respeitando a individualidade da mulher e garantindo um cuidado centrado nela. Essa transformação exige investimento em formação, sensibilização e estrutura. Programas como a Política Nacional de Humanização e a Rede Cegonha são importantes passos nessa direção. Andrade (2016) ressalta iniciativas como o Plano de Qualificação das Maternidades e as Redes Perinatais como estratégias fundamentais para reverter o cenário de desumanização.

Medidas regulatórias também são essenciais. A recente resolução CFM nº 2.144/2016, estipula condições para a realização de cesáreas eletivas, garantindo que a mulher tenha direito à informação clara e à decisão consciente. Essas normativas são um avanço na consolidação de um modelo de parto humanizado. Mas, para além da legislação, é necessário que haja mudança cultural, que valorize o corpo feminino como sujeito e não como objeto da intervenção técnica.

A violência obstétrica só poderá ser superada quando houver um verdadeiro reconhecimento da mulher como protagonista do processo de nascimento, respeitando sua história, desejos e dignidade em todas as fases da maternidade.

1.3 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Segundo Zanardo (2017), a violência obstétrica (VO) pode ser classificada em seis tipos: física, institucional, sexual, moral, psicológica e verbal. As duas últimas

estão interligadas, visto que a violência psicológica muitas vezes decorre dos inúmeros absurdos ditos à mulher em um dos momentos mais delicados da sua vida.

Embora essa forma de violência possa ser praticada por servidores públicos, profissionais técnico-administrativos ou até mesmo civis, são os médicos, a equipe de enfermagem e os estudantes de medicina os principais responsáveis pela sua perpetuação.

1.3.1 Violência física

A violência física no contexto obstétrico abrange quaisquer condutas que causem dor, lesão ou sofrimento físico à gestante, parturiente ou puérpera, muitas vezes disfarçadas de procedimentos médicos ou de rotina hospitalar. Muitas dessas práticas são naturalizadas no ambiente institucional, mas, na realidade, violam os direitos fundamentais das mulheres, como a dignidade, a autonomia corporal e a integridade física. Essa forma de violência pode se manifestar de diferentes maneiras, algumas mais evidentes, outras mais sutis, mas igualmente danosas (Zanardo, 2017).

A Caderneta de Gestantes do Ministério da Saúde (2016) e o dossiê da Rede Parto do Princípio (2012), enumeram as seguintes condutas que podem ser praticadas durante o parto, seja ele normal, natural ou cesárea:

a) Amniotomia: trata-se da ruptura artificial das membranas amnióticas com o intuito de acelerar o trabalho de parto. Apesar de amplamente utilizada, essa prática deve ser realizada somente quando houver indicação clínica e com o consentimento da gestante. Quando imposta sem justificativa ou sem esclarecimento, configura violência, pois compromete a autonomia da mulher e pode trazer riscos como infecções e sofrimento fetal.

b) Enema: a lavagem intestinal foi, por muito tempo, uma prática rotineira nos hospitais sob o pretexto de "higienização" para o parto. No entanto, estudos comprovam que não há benefícios clínicos comprovados e que o procedimento pode gerar desconforto, constrangimento e dor. A imposição dessa prática, sem necessidade real, representa uma forma de agressão física e simbólica.

c) Episiotomia: o corte cirúrgico no períneo ainda é frequentemente realizado sem o consentimento da mulher, contrariando as diretrizes do Ministério da Saúde e da OMS. O dossiê da Rede Parto do Princípio (2012) destaca que essa cirurgia invasiva afeta estruturas essenciais do corpo feminino e é, muitas vezes, feita sem

anestesia e sem informação prévia. Trata-se da única cirurgia no Brasil executada rotineiramente sem o devido esclarecimento à paciente, o que configura uma violação grave aos princípios da Medicina Baseada em Evidências.

d) Fórceps: instrumento metálico utilizado para tracionar a cabeça do bebê, o fórceps pode ser necessário em casos específicos. No entanto, seu uso sem critério técnico ou consentimento pode causar lesões graves no bebê e na mulher, como lacerações, hematomas e danos ao períneo, configurando uma intervenção violenta e traumática.

e) Manobra de Kristeller: essa técnica consiste em aplicar pressão sobre o abdômen da gestante para forçar a saída do bebê. Proibida pelo Ministério da Saúde e pela OMS devido ao alto risco de lesões uterinas, hemorragias e fraturas, ainda é praticada em diversos contextos, revelando a persistência da violência obstétrica.

f) Ocitocina sintética: usada para estimular ou intensificar as contrações uterinas, seu uso excessivo e indiscriminado é uma forma recorrente de violência obstétrica. A administração sem necessidade clínica pode provocar dor intensa, aumento do sofrimento fetal e maiores riscos de complicações.

g) Toque vaginal frequente e por múltiplos profissionais: essa prática, quando realizada sem consentimento, de forma repetitiva e sem necessidade clínica, fere a integridade física e emocional da mulher. O dossiê da Rede Parto do Princípio (2012, p. 15) evidencia situações de abuso extremo:

“Durante um exame de toque, eu pedi para parar, pois estava sentindo muita dor. O médico disse: ‘Na hora de fazer tava gostoso, né?’ Senti-me abusada.”
 “Depois que ela nasceu é que soube que me cortaram. Não queria ter sequela sexual. Três anos depois, ainda sinto dor para ter relação.”
 “Uma enfermeira me disse para parar de falar e respirar direito, senão meu bebê nasceria com retardo por falta de oxigenação.”

Esses relatos escancaram o desrespeito à intimidade e aos limites do corpo feminino, revelando a banalização da dor e do sofrimento das parturientes.

h) Tricotomia: consiste na raspagem dos pelos pubianos da mulher, sob a justificativa de facilitar a assepsia. No entanto, trata-se de uma prática desnecessária, sem embasamento científico consistente, que pode causar irritação, infecção e constrangimento. Sua imposição, sem explicação ou autorização, representa uma intervenção corporal violenta e simbólica.

i) Negativa de analgesia: a recusa à aplicação de anestesia ou outros métodos de alívio da dor, especialmente quando solicitados pela mulher e sem contraindicações, é uma forma de violência que intensifica o sofrimento físico e

emocional. Tal prática é frequentemente justificada com frases como "parir dói mesmo", negando à mulher o direito à dignidade e ao conforto no momento do parto.

j) Cesariana eletiva sem indicação clínica: a cultura da cesariana, especialmente no setor privado, está fortemente associada a interesses financeiros, conveniência médica e práticas como laqueaduras realizadas sem consentimento.

k) "Ponto do marido": prática misógina e absurda em que, durante a sutura do períneo, adiciona-se um ponto extra para "estreitar" a vagina, visando aumentar o prazer do parceiro. Além de ser uma violação do corpo feminino, é realizada sem consentimento e provoca dor, desconforto e traumas físicos e emocionais.

Zanardo (2017) observa que muitas mulheres chegam aos hospitais sem conhecimento técnico sobre seus direitos e alternativas no parto. Essa vulnerabilidade, em vez de ser acolhida com cuidado e respeito, é muitas vezes explorada por profissionais que omitem informações e realizam procedimentos não consentidos. A falta de esclarecimento faz com que muitas mulheres naturalizem procedimentos violentos, como a Manobra de Kristeller, acreditando que são necessários. Isso perpetua um ciclo de dor e submissão, mascarado pela aparência de cuidado médico).

1.3.2 Violência psicológica

Sauaia (2016) ressalva que no momento do parto, as mulheres se tornam mais sensíveis emocionalmente devido à liberação intensa de hormônios no organismo, bem como pelo medo, ansiedade e dor, o que as torna especialmente vulneráveis à violência psicológica. Esta, por sua vez, configura-se como uma das formas mais invisíveis e cruéis de agressão contra a mulher, sendo também uma das mais praticadas no contexto da assistência obstétrica, sobretudo por profissionais da equipe médica

A autora entende que a violência psicológica pode ser caracterizada por ações verbais ou comportamentais que provoquem na mulher sentimentos de inferioridade, medo, abandono, insegurança, entre outros. São exemplos dessas condutas: ameaças, piadas, chacotas, humilhações, grosserias, ofensas, omissão de informações, uso de linguagem excessivamente técnica e inacessível, além da recusa em permitir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto ou pós-parto imediato. Essas práticas não apenas violam direitos fundamentais da

mulher, como também contribuem para o agravamento do seu sofrimento físico e emocional (SAUAIA, 2016).

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/06) contempla a violência psicológica, o que permite compreender que tais práticas se estendem também às gestantes, parturientes, puérperas e mulheres que enfrentam a perda gestacional e/ou o abortamento. A relevância dessa discussão foi reforçada com a inclusão da violência psicológica no Código Penal, pela Lei nº 14.188, de 28 de julho de 2021, através do artigo 147-B.

Segundo Peres (2021, p.40), há relatos de mulheres que foram amedrontadas por médicos com frases como: “você não vai conseguir, não sei pra que engravidou”. Outras são pressionadas a aceitar procedimentos proibidos ou dolorosos sob a ameaça de que serão responsabilizadas pela morte do bebê. Estar grávida já representa um grande desafio físico e emocional, e sofrer abusos dessa natureza torna essas mulheres ainda mais vulneráveis. Isso pode acarretar graves consequências psicológicas, que muitas vezes persistem por toda a vida. Nesse contexto, importante ressaltar que a violência obstétrica não se limita a hospitais públicos, ocorrendo também em clínicas privadas.

A violência obstétrica, conforme já mencionado, pode ocorrer durante a gestação, no parto, no pós-parto e também em situações de abortamento. Portanto, não se trata apenas de ações violentas praticadas no momento do nascimento, mas de um ciclo que pode se estender por todo o processo reprodutivo (Peres, 2021).

A violência obstétrica em casos de abortamento merece especial atenção por ser ainda mais velada e silenciada. O descaso e a negligência com que muitas mulheres são tratadas nesses contextos revelam aspectos cruéis dessa forma de violência, tanto física quanto psicológica. A mulher que sofre um abortamento chega aos serviços de saúde já em estado de extrema fragilidade física e emocional. Em vez de acolhimento, frequentemente é julgada e maltratada pela equipe médica, que assume uma postura de julgamento moral. Esse comportamento ignora o fato de que abortos espontâneos são comuns e trata todas as mulheres como suspeitas de provocação intencional (Peres, 2021).

Entre os abusos relatados, estão constrangimentos, discriminação e o prolongamento desnecessário do atendimento de urgência. Essa demora, motivada muitas vezes por juízos morais da equipe de saúde, constitui grave forma de violência.

Além disso, é comum que procedimentos invasivos sejam realizados sem consentimento e até mesmo sem analgesia, aumentando o sofrimento da mulher.

Segundo as Normas Técnicas de Atenção Humanizada ao Abortamento, editadas pelo Ministério da Saúde (2011), caracterizam-se como violência obstétrica as seguintes condutas: a) Questionar a mulher sobre a causa do abortamento de forma acusatória; b) Ameaçar, culpar ou acusá-la; c) Coagir para que confesse um suposto aborto provocado, inclusive para fins de denúncia policial; d) Negar ou atrasar atendimento médico, mesmo em situação de urgência; e) Realizar procedimentos invasivos sem consentimento ou sem oferecer analgesia adequada.

Para Zanardo (2017, p.32) o que deveria ser um momento de acolhimento e celebração torna-se um verdadeiro pesadelo. Frases como: “está gritando por quê?”, “na hora de fazer não reclamou”, ou “agora tem que aguentar” são comumente utilizadas, revelando total desrespeito à dor e à dignidade da mulher. Tais falas abalam profundamente o estado psicológico da parturiente, muitas vezes fazendo com que ela se sinta culpada por sua dor e sofrimento.

Sentimentos de desamparo durante o parto, frustração por serem submetidas a uma cesariana indesejada, a ausência de controle sobre a dor e a percepção negativa do cuidado prestado pela equipe de saúde estão diretamente associados ao desenvolvimento de transtornos psicológicos no puerpério, como a depressão pós-parto. Esses impactos são danosos não apenas para a mulher, mas também dificultam a formação do vínculo afetivo com o bebê, prejudicando o bem-estar e o desenvolvimento da criança (Zanardo, 2017).

Dificultar o contato físico imediato entre mãe e bebê logo após o parto é outra forma de violência obstétrica com graves consequências emocionais. Esse primeiro contato é essencial para o estabelecimento do vínculo afetivo e para a estabilidade emocional da mãe e do recém-nascido. O chamado “contato pele a pele” favorece a regulação da temperatura corporal do bebê, o início da amamentação e a produção de ocitocina na mãe, hormônio responsável por promover o vínculo e reduzir o risco de hemorragias pós-parto. Quando esse momento é interrompido ou negado sem justificativa clínica plausível, a mulher é privada de uma experiência fundamental para a construção do vínculo materno (Zanardo, 2017).

Da mesma forma, impedir ou dificultar o aleitamento materno logo após o nascimento também constitui uma forma de violência. A amamentação precoce é uma prática recomendada pela Organização Mundial da Saúde por seus inúmeros

benefícios, tanto para a saúde da mãe quanto do bebê. Além de fortalecer o sistema imunológico do recém-nascido, o ato de amamentar promove o apego, estimula o útero a voltar ao tamanho normal e reduz o risco de hemorragias. Negar esse direito compromete não apenas o bem-estar físico do bebê, mas também o equilíbrio emocional da mãe, que pode sentir-se frustrada, inadequada ou excluída do processo natural de maternagem (Zanardo, 2017).

1.3.3 Violência sexual

Segundo a Cartilha de Violência Obstétrica (2024), violência sexual obstétrica, também reconhecida pela Lei Maria da Penha, consiste em práticas que constroem, violam ou desrespeitam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. Trata-se de um tipo de violência ainda pouco visibilizado, mas extremamente grave, pois ocorre justamente em um momento de grande vulnerabilidade física e emocional da mulher, em que deveria prevalecer o cuidado, o acolhimento e o respeito à sua dignidade.

Essa forma de violência pode se manifestar de diferentes maneiras, nem sempre percebidas imediatamente como abusivas, mas que causam profundo impacto físico e psicológico. Entre os exemplos mais comuns a citada Cartilha aponta: a realização da episiotomia sem o consentimento da mulher, a prática de exames de toque vaginais de forma excessiva, repetitiva ou agressiva, a imposição da posição supina (deitada de costas) durante o parto, sem considerar a vontade ou o bem-estar da parturiente, além da realização de cesáreas não autorizadas ou desnecessárias. Essas práticas, além de invasivas, muitas vezes são realizadas sem explicações claras ou justificativas técnicas, desconsiderando o direito da mulher de participar ativamente das decisões sobre seu corpo e seu parto.

Outro aspecto extremamente preocupante envolve toques corporais inadequados por parte de profissionais da saúde, especialmente quando ocorrem sem motivação clínica legítima, sem consentimento ou em contextos em que a mulher se sente constrangida, objetificada ou violada. Segundo Zanardo (2017), até mesmo o toque nos seios ou na genitália sem justificativa técnica adequada, ou ainda a simulação de atos sexuais durante exames ginecológicos ou obstétricos, já configura violência sexual obstétrica. Esses comportamentos extrapolam qualquer limite ético e legal, causando dor, medo, vergonha e traumas duradouros.

Casos extremos, infelizmente já denunciados, incluem situações em que profissionais da saúde cometeram atos de masturbação na frente de pacientes em contexto de atendimento médico. Essas situações evidenciam não apenas a existência da violência sexual no ambiente hospitalar, mas também a urgência de políticas de fiscalização, punição e formação ética dos profissionais envolvidos nos cuidados obstétricos. A presença de um acompanhante e o fortalecimento de redes de escuta e denúncia são mecanismos essenciais para a proteção da integridade física e emocional da mulher Zanardo (2017).

Portanto, a violência sexual obstétrica é uma realidade que precisa ser nomeada, enfrentada e erradicada. Reconhecê-la como uma violação dos direitos humanos é o primeiro passo para garantir um atendimento obstétrico digno, humanizado e centrado na autonomia da mulher.

1.3.4 Violência institucional

A violência institucional obstétrica manifesta-se por meio da precariedade das condições de atendimento e pela desestruturação dos serviços de saúde no acolhimento à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Entre os fatores que contribuem para essa forma de violência estão as estruturas hospitalares inadequadas, a escassez de recursos humanos, a desorganização dos fluxos de atendimento e a ausência de informações essenciais durante o pré-natal. Tais condições comprometem a qualidade da assistência prestada, aumentando o sofrimento físico e emocional da gestante, parturiente ou puérpera (Zanardo, 2017).

O atendimento primário à gestante, conforme preconizado pelas diretrizes da atenção humanizada ao parto, deveria incluir a elaboração de um plano de parto individualizado, o esclarecimento prévio de todos os procedimentos e intervenções, bem como a garantia do exercício pleno de seus direitos. No entanto, conforme aponta Duarte (2019), essas práticas ainda são raras na maioria dos serviços públicos de saúde, refletindo a negligência institucionalizada que atravessa o sistema.

Para Duarte (2019), a violência institucional também se expressa em diversas situações rotineiras nos serviços de saúde, como o impedimento de acesso da mulher a atendimentos de urgência, a violação de seu direito à amamentação, e a ausência de acompanhamento humanizado durante o trabalho de parto e pós-parto. Esses aspectos revelam um cenário de descaso, onde os direitos básicos são

frequentemente ignorados, perpetuando um modelo assistencial centrado na autoridade médica e na desinformação.

Outros exemplos claros dessa violência incluem: a violação sistemática de direitos da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, a falta de fiscalização quanto ao cumprimento dos protocolos hospitalares vigentes, e condutas institucionais que contrariem normas legais, como o desrespeito ao direito de ter um acompanhante no parto amparado pela Lei nº 11.108/2005 ou as diretrizes do Ministério da Saúde para o parto humanizado. Tais práticas refletem um sistema de saúde que, ao invés de acolher, marginaliza e submete as mulheres a procedimentos e condutas que não respeitam sua autonomia nem sua dignidade.

A negligência é considerada a principal forma de violência obstétrica institucional, sendo frequentemente protagonizada por médicos, enfermeiros e demais integrantes das equipes de saúde. Essa negligência se manifesta, sobretudo, na ausência de informações claras, na recusa de esclarecimentos à paciente e no abandono da assistência no momento em que ela mais necessita de suporte físico e emocional. O silêncio institucional, a omissão de cuidado e a desumanização da assistência agravam ainda mais o quadro de violência obstétrica no país (Zanardo, 2017).

Dessa forma, combater a violência institucional requer não apenas mudanças estruturais e políticas públicas eficazes, mas também a formação ética e humanizada dos profissionais de saúde, a efetiva fiscalização dos serviços e a valorização da escuta ativa e do protagonismo da mulher em todo o processo de gestação, parto e puerpério.

2 PROJETOS DE LEIS FEDERAIS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

No contexto internacional, diversos tratados e convenções destacam-se como marcos fundamentais para a proteção dos direitos das mulheres e a promoção da igualdade de gênero, sendo todos instrumentos assinados e ratificados pelo Brasil. Dentre eles, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), de 1979, conhecida como a “Carta Internacional dos Direitos da Mulher”, assegura que as mulheres possam exercer seus direitos reprodutivos e sexuais de forma livre e responsável, influenciando significativamente

a formulação de normas nacionais voltadas à proteção integral dos direitos femininos (Bezerra, 2024).

Segundo Bezerra (2024), outro instrumento relevante é a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, de 1994, também chamada de Convenção de Belém do Pará, que reconhece a violência contra a mulher como violação dos direitos humanos e determina que os Estados-partes adotem medidas legais e políticas públicas para prevenir, punir e erradicar tais práticas. Além disso, o Pacto de San José da Costa Rica, de 1969, assegura direitos fundamentais como a liberdade pessoal, a integridade física, psíquica e moral, e a proteção à honra e dignidade de todas as pessoas, servindo como fundamento para legislações nacionais que tratam da proteção de mulheres e grupos vulneráveis.

Ano	Documento / Norma	Dispositivo	Conteúdo Principal	Incorporação no Brasil
1969	Pacto de San José da Costa Rica (Convenção Americana sobre Direitos Humanos)	Art. 5º – Direito à integridade pessoal	Direito à integridade física, psíquica e moral. Proibição de tortura, penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.	Decreto nº 678/1992
		Art. 7º – Direito à liberdade pessoal	Direito à liberdade e segurança. Ninguém pode ser privado da liberdade salvo em condições legais.	Decreto nº 678/1992
		Art. 11 – Proteção da honra e dignidade	Proteção da honra, vida privada, família, domicílio e correspondência contra ingerências arbitrárias.	Decreto nº 678/1992
1979	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)	Art. 1º – Definição de discriminação	Qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo que prejudique ou anule os direitos humanos das mulheres em condições de igualdade com os homens.	Decreto nº 4.377/2002
1985	Declaração de Fortaleza	—	Reconhecimento das recomendações da OMS sobre práticas respeitadas no parto.	Não tem força vinculante, caráter declaratório
1994	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher	—	Reconhece a violência contra a mulher como violação dos direitos humanos e das liberdades fundamentais.	Decreto nº 1.973/1996

	(Convenção de Belém do Pará)			
--	------------------------------	--	--	--

Fonte: Quadro 01: Pactos e tratados, Bezerra, 2024.p.22

O avanço na proteção legal contra a violência obstétrica no Brasil reflete tanto a ampliação dos direitos das mulheres quanto a crescente atenção do Estado à humanização do parto e à proteção das gestantes e parturientes. Para compreender essa evolução, foi realizada pesquisa detalhada nos sites das Assembleias Legislativas dos Estados brasileiros, utilizando-se o termo “violência obstétrica” como critério central de busca (Bezerra, 2024).

A partir desse levantamento, foram identificadas leis estaduais, decretos e normas complementares que tratam especificamente da prevenção e do combate à violência obstétrica, bem como da promoção da humanização do parto. Estes dispositivos foram categorizados e organizados em quadros, permitindo a análise da distribuição e abrangência das iniciativas legislativas em diferentes unidades federativas (Bezerra, 2024).

Bezerra (2024, p. 26) apresenta ainda em um outro quadro informativo o resultado do levantamento bibliográfico realizado até 13 de junho de 2024, reunindo os principais marcos normativos estaduais que orientam a proteção das gestantes e parturientes no país. Este quadro oferece subsídios para interpretações qualitativas sobre o impacto e a efetividade das legislações estaduais frente à temática da violência obstétrica (Bezerra, 2024).

UF	Data	Norma	Ementa / Conteúdo Principal
AC	—	—	Sem resultados.
AL	—	—	Discussões na Assembleia Legislativa e 1 PL em 2019 (não convertido em lei).
AP	08/01/2020	Lei nº 2.477	Institui a Semana Estadual de Conscientização dos Direitos das Gestantes contra Atos Obstétricos Ofensivos.
AM	02/12/2019	Lei nº 5.041	Institui o Dia Estadual de Combate à Violência Obstétrica.
	26/07/2019	Lei nº 4.893	Institui a Caminhada de Combate à Violência Obstétrica.
	05/06/2019	Lei nº 4.848	Implanta medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde.
BA	—	—	3 proposições (2019–2020).
CE	—	—	1 proposição (2017).
DF	28/03/2024	Lei nº 7.461	Estabelece diretrizes de prevenção e combate à violência obstétrica; garante direito à informação e escolha sobre procedimentos no parto.

ES	21/11/2018	Lei nº 20.336	Institui o Dia Estadual de Prevenção e Combate à Violência Obstétrica (posteriormente revogada).
GO	24/07/2017	Lei nº 19.790	Institui a Política Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica.
MA	—	—	Sem resultados.
MT	27/06/2018	Lei nº 5.217	Dispõe sobre a implantação de medidas de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica.
MS	10/03/2020	Lei nº 5.491	Institui a Semana de Combate à Violência Obstétrica.
	16/09/2020	Lei nº 5.568	Altera e acrescenta dispositivos à Lei nº 5.217/2018 (proteção à gestante e parturiente contra violência obstétrica).
MG	05/01/2019	Lei nº 23.243	Institui a Semana Estadual de Conscientização, Enfrentamento e Combate à Violência Obstétrica.
PA	—	—	Sem resultados.
PB	26/05/2017	Lei nº 10.886	Institui a Semana Estadual do Combate à Violência Obstétrica.
PE	06/12/2018	Lei nº 16.449	Estabelece medidas de proteção à gestante, parturiente e puérpera contra violência obstétrica.
PI	15/01/2020	Lei nº 20.127	Institui a Semana de Conscientização e Combate à Violência Obstétrica.
PR	06/11/2017	Lei nº 19.207	Dispõe sobre medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica (revogada pela Lei nº 19.701/2018).
	21/11/2018	Lei nº 19.701	Dispõe sobre violência obstétrica, direitos da gestante e parturiente; revoga a Lei nº 19.207/2017.
RJ	24/12/2019	Lei nº 8.689	Altera a Lei nº 5.645/2010 para instituir a Semana de Combate e Prevenção à Violência Obstétrica.
RN	—	—	Sem resultados.
RS	—	—	Sem resultados.
RO	08/11/2017	Lei nº 4.173	Dispõe sobre medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica.
RR	—	—	Sem resultados.
SC	17/01/2022	Lei nº 18.322	Consolida leis sobre políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres; convoca a IV Conferência Estadual de Promoção da Igualdade Racial.
SP	24/11/2017	Decreto nº 62.959	—
SE	06/06/2016	Lei nº 3.113	Institui medidas de proteção à gestante e parturiente contra violência obstétrica.
	27/07/2018	Lei nº 3.385	Altera a Lei nº 3.113/2016, reforçando medidas de proteção.
TO	26/05/2020	Lei nº 3.674	Institui o Estatuto do Parto Humanizado; medidas de informação e proteção à gestante e parturiente.

Fonte: Quadro 02: Violência Obstétrica x Leis estaduais no Brasil.

Bezerra, 2024, p. 26.

A análise realizada mostra que somente alguns estados brasileiros possuem legislações específicas que definem e regulamentam práticas consideradas como

violência obstétrica (VO). Entre os 16 estados que contam com normas relacionadas, 7 instituíram dias ou semanas de conscientização, demonstrando preocupação com a educação e a sensibilização da população sobre o tema. Destaca-se o Tocantins, pioneiro na criação de uma lei que utilizou explicitamente o termo “violência obstétrica” em 2016, enquanto a maioria dos demais estados iniciou sua produção legislativa a partir de 2017 (Bezerra, 2024).

No Amazonas, foi identificado um grande volume de registros: 1.563 documentos, sendo 1.220 relacionados a matérias legislativas, projetos de lei, despachos internos e audiências públicas no âmbito estadual e municipal, todos voltados à discussão sobre a humanização do parto e a proteção das gestantes (Bezerra, 2024).

É importante salientar que a implementação de políticas públicas de conscientização segue recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2014, que enfatizam a necessidade de fornecer informações educativas e sociais para prevenir a violência obstétrica (Bezerra, 2024). Um exemplo dessa prática é a Lei nº 4.173/2017, do Estado de Roraima, que obriga a oferta de informações e esclarecimentos às gestantes e parturientes, reconhecendo que muitas mulheres não têm plena compreensão das situações de violência que podem sofrer. A lei estabelece a elaboração e distribuição de cartilhas, tanto em serviços públicos quanto privados, sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, garantindo que essas informações alcancem postos de saúde e consultórios médicos (Bezerra, 2024).

Atualmente, existem alguns projetos de leis em tramitação que buscam a tipificação da violência obstétrica no ordenamento jurídico. Essas iniciativas refletem a necessidade de proteger juridicamente a dignidade da gestante, parturiente e puerperal, preenchendo lacunas existentes na legislação penal (Senado Federal, 2022).

Os projetos em tramitação na câmara dos deputados são:

PL 3.710/2023 – Deputada Coronel Fernanda (PL-MT): Este projeto propõe a inclusão da violência obstétrica no Código Penal, definindo-a como qualquer ato praticado por profissional de saúde que cause dano físico, moral ou psicológico à gestante, parturiente ou puérpera, em razão de tratamento desumano, humilhante ou coercitivo. A iniciativa visa responsabilizar criminalmente profissionais da saúde que realizem procedimentos sem consentimento ou de forma degradante (Câmara dos deputados, 2023).

PL 2.350/2024 – Deputado Adail Filho (Republicanos-AM): Este projeto também busca tipificar a violência obstétrica como crime no Código Penal, responsabilizando legalmente profissionais de saúde que submetam gestantes e parturientes a procedimentos desnecessários ou coercitivos. O objetivo é assegurar punição penal proporcional às violações cometidas, reconhecendo o sofrimento físico e psicológico imposto às vítimas (Câmara dos deputados, 2024).

Projeto em tramitação no Senado Federal:

PL 2.082/2022 – Senado Federal: Este projeto propõe alteração no Código Penal para criminalizar a violência obstétrica, estabelecendo pena de três meses a um ano de detenção, que pode ser aumentada em situações mais graves. Além disso, o projeto prevê alterações na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) para criar mecanismos institucionais de prevenção e combate à violência obstétrica (Senado Federal, 2022).

Apesar desses avanços regionais, a ausência de uma legislação federal específica sobre violência obstétrica contribuiu para que os estados desenvolvessem suas próprias normas de forma independente, gerando diferenças significativas na proteção das gestantes. Por exemplo, em Santa Catarina, existe previsão de multa para atos de violência doméstica ou familiar, mostrando a necessidade de mecanismos de responsabilização eficazes (Bezerra, 2024).

Dessa forma, a análise das leis, decretos, portarias e demais materiais normativos permite identificar avanços, lacunas e particularidades regionais, como:

Data	Tipo Normativo	Disposição / Conteúdo Principal
07/12/1940	Código Penal	Art. 129 – Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem: Pena de detenção de 3 meses a 1 ano.
05/10/1988	Constituição Federal	Art. 1º, III – A dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil.
01/06/2000	Portaria nº 569-MS	Art. 1º – Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SUS), com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos.
27/12/2007	Lei nº 11.634	Define atenção de qualidade e humanizada, com procedimentos comprovadamente benéficos, garantia de privacidade e autonomia da gestante, direito ao acompanhamento de pessoa de escolha da gestante, contato mãe-bebê logo após o parto, aleitamento materno na primeira hora e clampeamento do cordão umbilical após cessadas suas pulsações, quando condições de saúde do bebê permitem.
—	Código Civil	Art. 186 – Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, comete ato ilícito.

10/01/2002	Código Civil	Art. 927 – Obriga reparação de dano causado a outrem, independentemente de culpa em casos previstos em lei ou risco inerente à atividade.
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	Define princípios e diretrizes para humanização e qualificação da atenção à saúde da mulher, reconhecendo direitos e promovendo atenção baseada em equidade social, racial, étnica, cultural e de gênero.
2005	Portaria nº 1.067	É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos.
03/11/2009	Portaria MS 2.669	Estabelece prioridades, objetivos, metas, monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde (componentes Vida e Gestão) para o biênio 2010–2011.
28/04/2011	Lei Federal nº 12.401	Art. 19-Q – Define regras para incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de medicamentos, produtos e procedimentos.
24/06/2011	Portaria MS 1.419	Institui a Rede Cegonha, garantindo à mulher atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e à criança nascimento seguro e crescimento saudável.
25/07/2013	Resolução RDC 36	Estabelece diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no SUS.
01/05/2014	Portaria nº 371-MS	Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde; atenção humanizada com procedimentos benéficos, respeito à privacidade, autonomia e compartilhamento das decisões com a mulher e família.
2017	Código de Ética da Enfermagem (COFEN)	Art. 12, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 34 – Assegura assistência de enfermagem livre de danos, direito à informação, respeito à privacidade, integridade e proteção contra imperícia, negligência ou omissão.
30/04/2019	Código de Ética Médica (CEM) – Resolução CFM nº 2.217	Art. 1º, 14, 22, 23, 24, 26, 27, 34 – Define responsabilidades do médico quanto a dano ao paciente, atos desnecessários, obtenção de consentimento, dignidade, integridade e informação.

Fonte: Quadro 03: Evolução legislativa no Brasil. Bezerra, 2024, p.30

Isto posto, entende-se que tais iniciativas legislativas compreendem a necessidade de estabelecer uma regulamentação apropriada para coibir as práticas obstétricas abusivas, resultando em uma maior difusão de conhecimento sobre o tema. Ademais, refletem a preocupação em lidar de forma efetiva com os desafios e as demandas associados ao tema em questão. Portanto, ao trazerem à tona essa discussão de extrema relevância por meio de suas propostas, os referidos projetos de lei demonstram comprometimento em abordar a problemática da violência obstétrica, mesmo que em diferentes métodos, bem como em diminuir os impactos e aumentar a proteção da vítima.

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL (PNAON)

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON), instituída pela Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005, consolidou-se como um importante marco regulatório no campo da saúde materna e neonatal no Brasil. Sua criação esteve associada à necessidade de enfrentar deficiências históricas na assistência oferecida às gestantes e aos recém-nascidos, bem como de reduzir os índices de mortalidade materna e infantil, em consonância com o direito à saúde garantido pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2005).

O artigo 1º da referida Portaria estabelece que:

Instituir a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal será executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.” (Brasil, 2005).

Na sequência, o artigo 2º da Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005, enumera os princípios e diretrizes que orientam a estruturação da política, reconhecendo direitos fundamentais relacionados ao ciclo gravídico-puerperal:

- I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
- III - toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
- V - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;
- VI - toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal tem direito a atendimento adequado e seguro de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
- VII - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nos incisos acima; e
- VIII - toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05. (Brasil, 2005).

O artigo 3º da mesma Portaria complementa ao prever um processo de contratualização de metas entre os gestores municipais, estaduais e o Ministério da Saúde, assegurando a organização da rede de atenção obstétrica e neonatal e

contemplando desde o pré-natal até o atendimento de urgências e intercorrências (Brasil, 2005).

Além desses dispositivos normativos, a Portaria apresenta diretrizes que reforçam a humanização da atenção obstétrica, compreendida como a adoção de práticas baseadas no respeito à autonomia da mulher, na redução de intervenções desnecessárias e no fortalecimento da relação ética entre profissionais e pacientes. (Brasil, 2005).

Portanto, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal não apenas define parâmetros técnicos para a organização do sistema de saúde, mas também reafirma princípios éticos e jurídicos que dialogam diretamente com a proteção contra práticas abusivas e desumanas no atendimento. Sua implementação representa um avanço importante no enfrentamento da violência obstétrica, ainda que não possua caráter punitivo, funcionando principalmente como um instrumento de orientação e padronização da assistência prestada às mulheres e aos recém-nascidos (Brasil, 2005).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PNAISM)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde com o propósito de estabelecer diretrizes técnico-políticas voltadas para a promoção da saúde feminina em todas as fases da vida. Diferentemente de programas pontuais, essa política foi concebida como uma ação de Estado, incorporando a integralidade, o enfoque de gênero e a promoção da saúde como princípios fundamentais. Sua elaboração ocorreu de forma participativa, contando com a colaboração de diferentes áreas do Ministério da Saúde, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e de movimentos sociais organizados, especialmente o movimento de mulheres, buscando contemplar suas demandas e reivindicações (De Castro, 2015).

A PNAISM apresenta uma abordagem ampla, que ultrapassa a esfera reprodutiva e inclui questões sociais e estruturais que impactam a saúde da mulher. Parte de uma crítica ao modelo biomédico fragmentado, que historicamente reforçou a subordinação feminina nos serviços de saúde, e propõe uma perspectiva de integralidade e humanização, valorizando a autonomia das usuárias e a equidade no

acesso. Além disso, ao adotar a noção de “subordinação interseccional”, a política reconhece que fatores como raça, etnia, classe social e orientação sexual podem interagir com as desigualdades de gênero, intensificando a vulnerabilidade de determinados grupos de mulheres (De Castro, 2015).

No que se refere às suas metas, a PNAISM está estruturada em objetivos gerais e específicos, que buscam consolidar os direitos sexuais e reprodutivos, fortalecer a atenção integral e promover a equidade (De Castro, 2015):

Dessa forma, a PNAISM não apenas estabelece um modelo integral e humanizado de atenção à saúde da mulher, mas também constitui um instrumento estratégico no combate à violência obstétrica. Ao promover o respeito à autonomia das gestantes, assegurar práticas obstétricas baseadas em evidências e garantir atendimento humanizado e equitativo, a política contribui diretamente para prevenir abusos e maus-tratos durante o parto, consolidando a proteção dos direitos reprodutivos e a dignidade das mulheres em todos os serviços de saúde do país (De Castro, 2015).

2.3 A REDE CEGONHA – PORTARIA Nº 1.459, de 24 DE JUNHO DE 2011

A Rede Cegonha foi instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, com o objetivo de organizar uma rede de cuidados voltada à atenção integral à saúde da mulher e da criança no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa iniciativa visa superar o modelo fragmentado e altamente medicalizado que historicamente marcou a assistência obstétrica no Brasil, oferecendo cuidado contínuo, seguro e humanizado durante todo o ciclo gravídico-puerperal (Mortelaro, 2024)

Os princípios da Rede Cegonha incluem o respeito e a proteção aos direitos humanos, a promoção da equidade, o enfoque de gênero, a valorização da diversidade cultural, étnica e racial, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, a participação social e a articulação com outras redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados. Essa estrutura normativa permite que a Rede Cegonha se configure como um modelo de atenção integral, alinhado às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para práticas obstétricas

seguras e humanizadas, combatendo intervenções desnecessárias e reduzindo a morbimortalidade materna e neonatal (Mortelaro, 2024).

A Portaria nº 1.459/2011 define, em seu art. 1º, a natureza e os objetivos da Rede Cegonha:

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha. (Ministério da Saúde, 2011)

O desenvolvimento da rede é estruturado para garantir atenção contínua e de qualidade, com foco na redução da mortalidade materna e infantil. Nesse sentido, o art. 3º apresenta os objetivos centrais da Rede Cegonha.

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (Ministério da Saúde, 2011).

A organização da Rede Cegonha compreende quatro componentes principais, descritos no art. 6º da Portaria:

Art. 6º A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam:

I Pré-Natal

II - Parto e Nascimento

III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (Ministério da Saúde, 2011).

Cada componente envolve um conjunto detalhado de ações, conforme o art. 7º, garantindo atenção integral, qualificada e resolutiva:

Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos:

I - Componente PRÉ-NATAL:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;

- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e

apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico (Ministério da Saúde, 2011).

A implementação da Rede Cegonha insere-se em um contexto de compromisso do Brasil com a redução da morbimortalidade materna e infantil, incluindo pactos nacionais e internacionais, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU. A rede representa uma estratégia estruturante para reorganizar a atenção ao parto, garantir práticas baseadas em evidências e assegurar direitos reprodutivos, promovendo atenção humanizada e segura tanto para a mulher quanto para a criança (Mortelaro, 2024).

Dessa forma, a Rede Cegonha se consolida como marco fundamental na reorganização da atenção à saúde materna e infantil no Brasil, ao integrar diferentes dimensões do cuidado, promover equidade e humanização e reduzir riscos evitáveis relacionados à assistência obstétrica, garantindo à população feminina e às crianças um atendimento de qualidade dentro do SUS (Mortelaro, 2024).

2.4 LEI 11.108/2005: O DIREITO AO ACOMPANHAMENTO NO PARTO

A Lei nº 11.108/2005, também conhecida como Lei do Acompanhante, foi promulgada em 7 de abril de 2005 e alterou a Lei nº 8.080/1990, garantindo às gestantes o direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e em hospitais privados conveniados. Essa lei representa um marco na humanização da atenção obstétrica, assegurando apoio emocional, acolhimento e segurança à gestante, promovendo um ambiente mais confortável e protegido para o parto e o pós-parto (BRASIL, 2005).

Em 2013 a Lei n. 8.080 foi alterada pela Lei n. 12.895/2013 para obrigar os hospitais de todo o país a manter, de forma visível, informativos acerca do direito da parturiente a acompanhante (Brasil, 2013).

LEI Nº 12.895, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2013
Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, obrigando os hospitais de todo o país a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante.

Além da Lei nº 11.108/2005, o direito de acompanhante da parturiente encontra respaldo na Portaria 2418/2005 do Ministério da Saúde, na Resolução 211 da Agência Nacional de Saúde (ANS) (Brasil, 2025).

Art. 1º Regulamentar, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º Para efeito desta Portaria entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2º Os hospitais públicos e conveniados com o SUS têm prazo de 6 (seis) meses para tomar as providências necessárias ao atendimento do disposto nesta Portaria)

Antes da criação da Lei 11.108/2005, muitas mulheres eram obrigadas a enfrentar o parto sozinhas, sem apoio emocional de familiares ou pessoas próximas, aumentando o estresse e a ansiedade, o que impactava negativamente o desenvolvimento do parto e do pós-parto. Com a presença legal do acompanhante, a gestante recebe suporte de uma pessoa de confiança, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva e menos traumática (Araújo, 2020).

Além do suporte emocional, a presença do acompanhante também pode reduzir a necessidade de intervenções médicas desnecessárias. Mulheres mais seguras lidam melhor com as contrações e o processo de dilatação, diminuindo o uso de analgésicos e outros medicamentos que possam afetar o bebê. Isso permite que os profissionais de saúde concentrem-se em suas funções técnicas, enquanto o acompanhante oferece suporte contínuo à gestante (Tesser et al., 2015).

Apesar dos avanços, ainda existem desafios para garantir a plena implementação da Lei 11.108/2005. Algumas regiões do país apresentam resistência por parte dos profissionais de saúde, e muitas maternidades não possuem infraestrutura adequada para receber os acompanhantes. A efetivação do direito exige esforços conjuntos do governo, profissionais de saúde e sociedade civil, incluindo investimentos em estrutura física e capacitação de pessoal (Castro, 2020).

Os benefícios da Lei 11.108/2005 abrangem gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde, incluindo apoio emocional e físico, redução de procedimentos

médicos desnecessários, humanização do atendimento e maior foco dos profissionais em suas funções técnicas (Maciel, 2022, p. 17).

O acompanhamento médico regular, aliado ao suporte de familiares ou amigos, é essencial para garantir o bem-estar da mãe e favorecer sua adaptação à nova fase da vida. O período puerperal, marcado por mudanças físicas e emocionais, é amenizado com a presença de acompanhantes, fortalecendo a saúde física e mental da gestante (Montenegro, 2017).

De forma ampla, a Lei 11.108/2005 trouxe melhorias significativas na qualidade do atendimento obstétrico, promovendo humanização, maior satisfação das gestantes e suporte contínuo durante o trabalho de parto e pós-parto (Maciel, 2022).

2.5 DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal foram elaboradas pelo Ministério da Saúde com o objetivo de servir de referência e orientação para a prática clínica, oferecendo suporte técnico e normativo aos profissionais de saúde na atenção ao parto normal. Elas visam padronizar condutas, promover a segurança da gestante e do recém-nascido, e assegurar que as práticas assistenciais estejam alinhadas às evidências científicas e aos direitos das mulheres, incluindo a humanização do parto e a redução de intervenções desnecessárias (Brasil, 2017).

Essas Diretrizes foram desenvolvidas por um grupo multidisciplinar denominado Grupo Elaborador das Diretrizes (GED), composto por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, neonatologistas, anesthesiologistas e enfermeiras obstétricas, convidados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e pela Coordenação-Geral da Saúde da Mulher (CGSM/DAPES/SAS/MS). Além do GED, um grupo ampliado de interessados, incluindo sociedades médicas, associações de profissionais de saúde, pesquisadores e representantes de movimentos de mulheres, contribuiu na definição do escopo e das questões a serem respondidas, garantindo um processo participativo e fundamentado em evidências científicas (Brasil, 2017).

O processo de elaboração seguiu metodologias reconhecidas internacionalmente, como o instrumento ADAPTE, que consiste em adaptar, e contou com a avaliação crítica de diretrizes internacionais e nacionais preexistentes,

garantindo que as recomendações fossem adequadas ao contexto brasileiro. A versão final foi submetida à Consulta Pública, permitindo contribuições de mulheres, familiares, profissionais de saúde e instituições interessadas, o que assegurou maior legitimidade e aderência social às Diretrizes (Brasil, 2017).

As Diretrizes também incluem uma cartilha que orienta os profissionais de saúde sobre boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Para promover cuidados baseados em evidências e respeitosos, alinhados com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa publicação oferece diretrizes claras e atualizadas sobre como proporcionar um cuidado de qualidade, priorizando o parto normal sempre que possível, evitando intervenções desnecessárias e respeitando o processo fisiológico do nascimento. A cartilha enfatiza a importância do consentimento informado, garantindo que as gestantes sejam adequadamente informadas sobre os procedimentos e possam participar das decisões relacionadas ao seu cuidado (Souza, 2024).

Além disso, a cartilha incentiva a humanização do ambiente hospitalar, promovendo a presença de acompanhantes escolhidos pela gestante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Essa medida proporciona suporte emocional às mulheres e contribui para um ambiente mais acolhedor e seguro. A publicação representa um esforço significativo para alinhar as práticas de assistência ao parto com as recomendações internacionais de saúde pública, capacitando os profissionais de saúde para oferecer um cuidado que respeite os direitos humanos das gestantes e promova o bem-estar materno e neonatal (Souza, 2024).

3. A FALTA DE TIPIFICAÇÃO PENAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO CONTRIBUI PARA A IMPUNIDADE E PERPETUAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

A prática obstétrica no Brasil ainda se encontra distante de uma plena adequação às normas que regem o parto e o nascimento. Embora existam evidências científicas que comprovam a relevância desse momento e os impactos das intervenções sobre a vida da mulher, da criança e, conseqüentemente, de toda a sociedade, muitos profissionais seguem desconsiderando tais recomendações. Nesse contexto, Santos (2018) observa que esses profissionais frequentemente atuam de

acordo com os modelos aprendidos durante sua formação acadêmica, sem se atualizar em relação às pesquisas recentes, mantendo uma postura de superioridade hierárquica fundamentada no conhecimento técnico que detêm.

No campo legislativo, observa-se que o Brasil ainda não possui uma lei federal específica que tipifique a violência obstétrica, ao contrário de países como a Venezuela e a Argentina, que criminalizam tais condutas e reconhecem a necessidade de proteção à vida e à integridade física da mulher (SANTOS, 2018).

Apesar dessa lacuna, alguns avanços foram conquistados no cenário nacional, por exemplo, a Lei Estadual nº 17.097/2017, de Santa Catarina, que trata das medidas de proteção às gestantes e parturientes. Assim, embora se restrinja ao âmbito regional, a citada norma representa um marco jurídico e social relevante, capaz de influenciar futuras legislações de maior abrangência.

No plano federal, sobressai a Lei nº 11.108/2005, que modificou a Lei nº 8.080/90 (Sistema Único de Saúde) para garantir às gestantes o direito a um acompanhante durante todo o período de atendimento. Contudo, na prática, esse direito ainda é negado diariamente em diversos serviços de saúde, configurando uma forma de violência obstétrica institucional.

Alem disso, algumas políticas e programas institucionais do Governo Federal tem por finalidade conscientizar e diminuir os casos de violencia obstetrica. No entanto, não existe ainda nenhuma norma penal que venha reprimir a prática dessas condutas.

Essa lacuna legislativa, entretanto, gera impactos sociais e culturais. A falta de tipificação penal reforça a ideia de que determinadas práticas médicas são normais e aceitáveis no ambiente hospitalar, mesmo quando configuram violações aos direitos das mulheres. Esse entendimento contribui para a naturalização da violência, perpetuando comportamentos abusivos e legitimando, de forma institucional, um cenário de desrespeito. Dessa forma, o Estado acaba por retardar a conscientização de profissionais de saúde e da própria sociedade quanto à gravidade desse tipo de violência (De Oliveira, 2024)

Diante disso, considera-se necessária a intervenção do Direito Penal de forma mais específica e contundente. Vale ressaltar, no entanto, que o Direito Penal deve ser compreendido como última instância, sendo acionado apenas quando outras

formas de controle social se mostrarem ineficazes. Atualmente, embora as vítimas possam buscar reparação por danos materiais e morais por meio do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor, o Código Penal não contempla disposições específicas sobre a violência obstétrica. Na maioria dos casos, os profissionais respondem por condutas culposas, conforme o art. 18, inciso II, do Código Penal, quando o resultado decorre de imprudência, negligência ou imperícia (Brasil, 1940).

Assim, torna-se urgente a criação de uma legislação federal específica que tipifique a violência obstétrica, garantindo às vítimas o respaldo jurídico necessário para denunciar e obter reparação pelos danos sofridos. Uma lei que estabeleça claramente esse tipo penal contribuirá não apenas para a intimidação e punição dos infratores, mas também para a conscientização das mulheres, permitindo-lhes reconhecer e denunciar os abusos sofridos.

Entretanto, a tipificação penal, embora essencial, não é suficiente. É igualmente importante investir na capacitação dos profissionais de saúde para que atuem em conformidade com as normas do Ministério da Saúde voltadas à humanização do parto e ao atendimento de qualidade. Da mesma forma, é imprescindível que os profissionais do sistema de justiça recebam treinamento adequado para lidar com tais demandas, garantindo respostas eficazes (De Oliveira, 2024).

Outro aspecto indispensável refere-se à conscientização social. Campanhas informativas devem ser promovidas para esclarecer os direitos das mulheres no pré-parto, parto e pós-parto, tanto para gestantes quanto para a sociedade em geral. Quando conhecem seus direitos, as mulheres ficam mais aptas a identificar práticas abusivas e a combatê-las (De Oliveira, 2024).

Sobre a falta de tipificação da violência obstétrica, Peres (2021, p. 72) observa que:

Diante do contexto apresentado, resta claro que os principais desafios jurídicos no amparo das vítimas de violência obstétrica são a falta de legislação federal que tipifique este tipo de violência, para que assim hajam punições específicas para os casos, e a falta de políticas públicas que informem a população a respeito da violência obstétrica, e que também capacitem os profissionais tanto da saúde quanto do judiciário para que estes saibam como lidar na ocorrência destes casos.

Da mesma forma, Faria (2021, p. 54), diz:

[...] seria mais eficaz a punição se estivesse tipificada a VO no CP, pois traria mais segurança ao ambiente da saúde. Pode-se colocar, por exemplo, o mesmo modo da punição pela Lesão corporal, onde se tem os níveis

diferentes de agressão, de violência. Tendo isso em mente, a vítima não precisaria buscar vários artigos diferentes do CP para tentar penalizar o profissional.

A tipificação da violência obstétrica como no Código Penal Brasileiro representaria um grande benefício para as mulheres e para a sociedade em geral, uma vez que as vítimas dessas violências se tornam ainda mais vulneráveis, necessitando de cuidados mais intensivos, o que configura um problema de saúde pública. Além disso, a punição dos responsáveis, proporcionaria a maior confiança para que as mulheres denunciem as violências sofridas, contribuindo assim para a redução desse crime (De Oliveira, 2024).

A ausência de tipificação penal específica no sistema penal brasileiro resulta em diversas consequências negativas, tanto para as vítimas quanto para o Estado, que tem o dever de proteger seus cidadãos. Essa lacuna dificulta o enfrentamento e a prevenção da violência obstétrica, o que torna a tipificação penal essencial (De Oliveira, 2024).

3.1 A RESPONSABILIDADE PENAL DOS MÉDICOS

Como não há tipificação penal específica para situações que se enquadrariam como violência obstétrica, algumas situações acabam sendo consideradas como erro médico no Código Penal, exigindo comprovação por meio de provas documentais ou testemunhais, o que torna mais difícil a responsabilização dos agressores (De Oliveira, 2024).

Segundo a mesma autora, esse tipo de violência é um tema bastante controverso, pois ainda não existe um posicionamento uniforme dos tribunais sobre o assunto. Assim, as vítimas encontram respaldo no Código Civil, que determina a obrigatoriedade daquele que causa prejuízo material ou moral a outrem de indenizá-lo, nos termos do art. 186 e 927 do Código Civil.

O Código de Ética Médica (Resolução n. 1.931/2009 do Conselho Federal de Medicina) estabelece uma série de deveres que devem ser observados pelos profissionais, visando à proteção dos Direitos Humanos do paciente. Quando tais deveres são desrespeitados, certas práticas podem ser caracterizadas como violência obstétrica (De Oliveira, 2024).

O Código de Ética Médica (Resolução n. 1.931/2009 do Conselho Federal de Medicina) diz que:

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade (Conselho Federal de Medicina, 2009).

Assim como os médicos, os profissionais de enfermagem que acompanham o pré e o pós-parto também possuem responsabilidade direta e subjetiva. Para que sejam responsabilizados, contudo, é necessário comprovar sua culpa.

Em ambos os casos, caso haja violação das normas mencionadas, os profissionais da saúde podem ser submetidos a sanções disciplinares, que vão desde advertências até a cassação do direito de exercer a profissão. Ressalta-se que a relação médico-paciente deve ter como fundamento essencial a dignidade humana (De Oliveira, 2024).

Enquanto o erro médico é tratado sob a perspectiva da responsabilidade civil, a violência obstétrica é compreendida como uma forma de violência de gênero, conforme previsto nos tratados internacionais de direitos humanos das mulheres ratificados pelo Brasil.

A Convenção de Belém do Pará define a violência contra a mulher como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado” (Brasil, 1996).

A partir dessa definição, percebe-se que o gênero é o fator determinante para a ocorrência da violência, ou seja, trata-se de uma agressão praticada pelo simples fato de a vítima ser mulher. Dessa forma, a violência obstétrica é reconhecida como uma forma de violência de gênero, uma vez que, durante a gestação e o parto, muitas mulheres ainda são desrespeitadas e submetidas a estereótipos de comportamento (De Oliveira, 2024).

Infelizmente, a violência de gênero encontra-se enraizada na estrutura social, influenciando comportamentos e moldando relações interpessoais. A cultura do machismo, nesse contexto, legitima práticas agressivas contra as mulheres, tratando-as como normais dentro do padrão social vigente.

3.2 TIPOS PENAIS APLICÁVEIS NO CASO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Apesar de o Código Penal Brasileiro não prever uma tipificação específica para condutas que caracterizam a violência obstétrica, muitas delas podem ser enquadradas em tipos penais já existentes. Assim, é necessário expor algumas dessas práticas, sua respectiva tipificação legal e as consequências impostas aos profissionais de saúde que as cometem (De Oliveira, 2024).

Entre os crimes que podem ser atribuídos a esses profissionais, estão: lesão corporal, homicídio, constrangimento ilegal, ameaça, calúnia, difamação, injúria e omissão de socorro.

Segundo o autor, inicialmente, merece destaque o delito de lesão corporal, previsto no artigo 129 do Código Penal. Esse crime é definido como ofensa à saúde ou à integridade física de uma pessoa, provocando alteração em suas funções normais. Entretanto, ressalta-se que, no caso dos profissionais de saúde, não se caracteriza crime quando a lesão decorre de um procedimento necessário ao tratamento da enfermidade ou ao restabelecimento da saúde do paciente. (De Oliveira, 2024).

Grande parte das práticas relacionadas à violência obstétrica pode resultar em lesões corporais. Um exemplo é a realização de episiotomia sem o consentimento da parturiente, sem respaldo científico e sem anestesia, situação que pode gerar responsabilização penal.

Outro crime relevante é o homicídio, previsto no artigo 121 do Código Penal. No âmbito da violência obstétrica, o sujeito ativo pode ser o profissional de saúde que, por conduta omissiva ou comissiva, venha a causar a morte da mulher ou do bebê, de forma dolosa ou culposa. A modalidade mais comum é a culposa, quando o agente atua com imperícia, imprudência ou negligência. A título ilustrativo, se um médico utilizar técnicas sem comprovação científica e isso resultar na morte da gestante ou da criança, poderá responder por homicídio culposo (De Oliveira, 2024).

Nesse sentido, a autora retrata que durante o trabalho de parto, é comum que a mulher perca sua autonomia, sendo forçada a aceitar procedimentos que não autorizou, como o uso de fórceps, a imposição do tipo de parto ou da posição para parir (De Oliveira, 2024).

Nesses casos, aplica-se o artigo 146 do Código Penal, que trata do constrangimento ilegal:

Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda (Brasil, 1940).

Outro tipo penal que pode ocorrer nesse contexto é o crime de ameaça, quando a parturiente é intimidada por palavras, gestos ou atitudes que indiquem a possibilidade de causar-lhe mal injusto e grave, ou a seu bebê. Esse delito está previsto no artigo 147 do Código Penal:

Art. 147 - Ameaçar alguém, por palavra, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa (Brasil, 1940).

Cabe destacar, ainda, o crime de omissão de socorro, estabelecido no artigo 135 do Código Penal:

Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa. Parágrafo único - A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte (Brasil, 1940).

Essa conduta se verifica quando uma gestante busca atendimento em hospitais ou maternidades e este é negado, retardado por burocracia excessiva ou condicionado a algum pagamento, contrariando o dever legal, já que o parto é considerado uma situação emergencial (De Oliveira, 2024).

Além disso, durante o ciclo gravídico-puerperal, a mulher pode ser vítima de crimes contra a honra, como calúnia (art. 138 do CP), difamação (art. 139 do CP) e injúria (art. 140 do CP). Essas práticas ocorrem quando o profissional, por meio de palavras ofensivas, comentários depreciativos ou xingamentos relacionados à sexualidade, cor da pele, religião, número de filhos ou escolhas sobre o parto, expõe a gestante a humilhações, insegurança e vulnerabilidade (De Oliveira, 2024).

Apesar disso, a violência obstétrica, enquanto termo autônomo, não é considerada crime, pois não consta expressamente em nenhuma norma positivada no

Brasil. Assim, por mais reprováveis que sejam as condutas, se não houver previsão legal clara e precisa, não se pode falar em crime (De Oliveira, 2024).

Conforme De Oliveira (2024, pág. 15), “para que se tipifique algum crime, em sentido material, é indispensável que haja, pelo menos, um perigo concreto, real e efetivo de dano e um bem jurídico penalmente protegido”.

Nesse sentido, é evidente que a violência obstétrica atinge diversos direitos fundamentais das parturientes, como a integridade física, a saúde, a liberdade sexual, a intimidade, a honra, a vida privada e o direito à informação. Assim, os bens jurídicos tutelados são o corpo físico e psíquico da mulher, além de seu bem-estar.

Quando se trata da responsabilidade criminal, é importante ressaltar que não se pune o indivíduo em si, mas sua conduta reprovável socialmente e contrária à lei. Dentro do Código Penal, encontram-se tipos penais que podem ser aplicados aos casos de violência obstétrica, como homicídio, lesão corporal, omissão de socorro, maus-tratos, ameaça, crimes contra a honra, constrangimento ilegal, tortura, violência psicológica e até mesmo estupro, considerado a manifestação mais grave desse tipo de violência (De Oliveira, 2024).

Para a configuração da responsabilidade penal, a conduta pode ser dolosa ou culposa. O dolo ocorre quando o agente deseja o resultado ou assume o risco de produzi-lo (art. 18, I, do CP), enquanto a culpa se caracteriza quando o resultado decorre de negligência, imperícia ou imprudência (art. 18, II, do CP). Ressalte-se que a maior parte dos casos de violência obstétrica decorre da modalidade culposa, definida como “uma conduta humana voluntária voltada a determinado objetivo, mas que, por imprudência, negligência ou imperícia do agente, produz um resultado ilícito, o qual poderia ter sido evitado” (2024, p. 15).

A lesão corporal faz parte do rol de crimes contra a pessoa e é conceituada como “ofensa à integridade corporal ou saúde, isto é, como todo e qualquer dano ocasionado à normalidade funcional do corpo humano, quer do ponto de vista anatômico, quer do ponto de vista fisiológico ou mental” (Capez, 2012, p. 122).

Capez (2012), observa que em 2021, o Código Penal passou a prever, no artigo 129, §13, a hipótese de lesão praticada contra a mulher em razão de sua condição de sexo feminino, com pena de reclusão de 1 a 4 anos, incluída pela Lei 14.188/2021 (Programa de Cooperação “Sinal Vermelho”). Esse dispositivo aplica-se a condutas como episiotomia, “ponto do marido”, Manobra de Kristeller, uso de fórceps e administração de ocitocina.

A Manobra de Kristeller, embora ainda praticada, é proscrita, pois pode causar graves danos, como lesões no útero, fígado, baço, deslocamento de placenta, fraturas em costelas e lesões no períneo. Para o bebê, pode provocar fraturas no crânio ou clavícula, além de hematomas encefálicos, configurando a chamada violência neonatal. Ainda assim, muitas vezes tais práticas recebem apenas tratamento cível, quando deveriam gerar responsabilização criminal, nos termos do artigo 129, §1º, IV, do CP (De Oliveira, 2024).

A parturiente, em razão de sua vulnerabilidade, também pode ser vítima de abandono de incapaz, previsto no artigo 133 do CP, quando o profissional responsável a deixa sem assistência. Da mesma forma, pode configurar omissão de socorro, nos termos do artigo 135 do Código Penal, quando a gestante não recebe atendimento adequado (De Oliveira, 2024).

O crime de maus-tratos (art. 136 do CP) também pode ocorrer na violência obstétrica, quando a parturiente é privada de alimentação durante um trabalho de parto prolongado, não recebe cuidados essenciais para aliviar a dor ou não tem garantido o direito ao contato com o recém-nascido e ao aleitamento materno (Mendes, 2022).

Além disso, podem configurar-se crimes de injúria (art. 140 do CP) por meio de ofensas verbais que atingem a dignidade da gestante, ou de constrangimento ilegal (art. 146 do CP), quando a mulher é coagida a se submeter a procedimentos médicos sem consentimento, inclusive estando sedada e incapaz de resistir (Mendes, 2022).

Outro dispositivo aplicável é o artigo 147-B do Código Penal, que trata da violência psicológica contra a mulher, introduzido pela Lei nº 14.188/2021. Muitas condutas de violência obstétrica enquadram-se nesse tipo penal, como humilhações verbais, agressões que limitam a autonomia da parturiente e a imposição da posição ginecológica de forma autoritária (Mendes, 2022).

A violação de segredo profissional (art. 154 do CP) também pode estar presente, quando o médico revela informações sobre procedimentos realizados, como o chamado “ponto do marido”, sem justa causa, gerando constrangimento e danos morais (Mendes, 2022).

Casos de homicídio também podem decorrer das lesões graves sofridas durante o parto, levando à morte da parturiente, hipótese em que o profissional responderá, em regra, na modalidade culposa nos termos do art. 121, §3º do CP (Mendes, 2022).

O crime mais grave que pode se configurar nesse contexto é o estupro de vulnerável, descrito no art. 217-A do Código Penal:

Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos. Pena: reclusão de 8 a 15 anos. §1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência (Brasil, 1940).

O artigo 215 do CP por sua vez, trata da violação sexual mediante fraude, que ocorre quando a conjunção carnal ou outro ato libidinoso é praticado mediante engano ou por meio que dificulte a livre manifestação da vontade da vítima. Além disso, o estupro de vulnerável, em qualquer de suas formas, é considerado crime hediondo, nos termos do artigo 1º, VI, da Lei nº 8.072/90, sendo, portanto, insuscetível de anistia, graça, fiança ou liberdade provisória (Mendes, 2022).

O artigo 61 do Código Penal ainda prevê circunstâncias agravantes para crimes cometidos com abuso de poder ou em razão da condição da vítima, como no caso de crimes praticados contra mulher grávida (inciso II, alíneas “g” e “h”) (Brasil, 1940).

Para De Oliveira (2024), apesar da lacuna deixada na legislação brasileira para punir o sujeito ativo da violência obstétrica, sendo, de fato, uma omissão do próprio poder legislativo, não significa dizer que a violação dos direitos da parturiente não será punida. Os tribunais brasileiros têm feito o uso de normas existentes equivalentes ao caso concreto. O maior problema identificado nos tribunais nacionais é que os casos de violência obstétrica chegam, no entanto, a mesma não é identificada, justamente por não haver uma tipificação penal específica.

Inúmeras ações penais são julgadas improcedentes com o padrão de entendimento de que os procedimentos adotados pelos médicos seriam corretos conforme avaliações da necessidade do caso. Por exemplo, a decisão retirada de um de uma ação penal de “lesão corporal culposa e homicídio culposo” julgada no Tribunal de Justiça do Distrito Federal:

PENAL. LESÃO CORPORAL CULPOSA E HOMICÍDIO CULPOSO (ART. 121, §§ 3º E 4º, E ART. 129, §§ 6º E 7º, AMBOS DO CÓDIGO PENAL). RECURSO DO MP. NEGLIGÊNCIA MÉDICA. ASFIXIA PERINATAL GRAVE DO FETO. IMPERÍCIA. REALIZAÇÃO DA MANOBRA KRISTELLER. CONDENAÇÃO. INVIABILIDADE. NÃO COMPROVAÇÃO. Presentes elementos probatórios suficientes a apontar a ausência de responsabilidade das rés, restando comprovado nos autos por laudos médicos, documentos e testemunhos que todos os procedimentos realizados foram discutidos e supervisionados pelos staffs de plantão, comparecendo absolutamente corretos no que diz com as avaliações e as condutas adotadas, inviável a condenação requerida. Apelação não provida (TJ-DF 20160111065154 DF 0030204-96.2016.8.07.0001, Relator:

MARIO MACHADO, Data de Julgamento: 21/06/2018, 1ª TURMA CRIMINAL, Data de Publicação: Publicado no DJE : 04/07/2018 . Pág.: 133/143).

O recurso de apelação no caso acima foi julgado improcedente, tratando os atos médicos de forma natural, ou seja, causando a naturalização da violência obstétrica. O caso julgado no TJDF trata do uso da manobra Kristeller, sob a alegação de que a morte do bebê se deu por asfixia, um caso explícito de violência e erro médico, que, no entanto, o judiciário visualizou o caso como rotineiro e não um caso de violência, dificultando cada vez mais a condenação do sujeito ativo (De Oliveira, 2024).

Verifica-se portanto que, diante da inexistência de tipo penal específico para punir condutas relacionadas à violência obstétrica, cabe aos operadores do Direito recorrer aos dispositivos já existentes no Código Penal, de forma a assegurar a responsabilização criminal dos profissionais de saúde que pratiquem tais atos.

CONCLUSÃO

A presente monografia teve como objetivo analisar a responsabilidade penal dos médicos em casos de violência obstétrica no Brasil, partindo da compreensão de que essa prática configura grave violação dos direitos humanos e fundamentais das mulheres, atingindo diretamente sua dignidade, autonomia e integridade física e psicológica.

No primeiro capítulo, observou-se a evolução histórica da violência obstétrica, destacando como práticas abusivas e medicalizadas foram naturalizadas ao longo do tempo, refletindo estruturas de desigualdade de gênero e institucional. Além disso, foram identificados os principais conceitos e classificações do fenômeno, abrangendo as modalidades física, psicológica, sexual e institucional, o que permitiu uma visão abrangente de sua complexidade.

No segundo capítulo, foram examinadas iniciativas legislativas e políticas públicas voltadas à prevenção e ao enfrentamento da violência obstétrica. Observou-se que, apesar da existência de normas como a Lei nº 11.108/2005 e programas como a Rede Cegonha e o PNAISM, ainda há falhas na implementação prática e na garantia de direitos. As propostas legislativas estaduais e federais, embora relevantes, carecem de uniformidade e abrangência nacional. Nesse cenário, destacou-se a importância da adoção de uma lei federal que tipifique a violência obstétrica, garantindo segurança jurídica às vítimas e fortalecendo a responsabilização penal dos profissionais que cometem tais práticas.

No terceiro capítulo, verificou-se que a ausência de tipificação penal específica no ordenamento jurídico brasileiro contribui para a perpetuação da violência obstétrica e para a dificuldade de responsabilização criminal dos médicos. Embora tipos penais como lesão corporal, homicídio, constrangimento ilegal, ameaça, omissão de socorro e crimes contra a honra possam ser aplicados a determinados casos, essa adaptação normativa não é suficiente para assegurar a efetiva punição dos agressores. A análise demonstrou que, em muitos julgados, as condutas violentas acabam sendo naturalizadas como parte da prática médica, o que dificulta a proteção jurídica das vítimas e reforça a necessidade de previsão legal própria.

Diante do exposto, conclui-se que a violência obstétrica permanece como um desafio jurídico, social e cultural no Brasil. A ausência de tipificação penal específica fragiliza o enfrentamento desse fenômeno e contribui para a impunidade, o que reforça a urgência da criação de legislação clara e eficaz. Aliada à reforma normativa, é

imprescindível a implementação de políticas públicas de conscientização, capacitação de profissionais da saúde e do sistema de justiça, bem como campanhas educativas voltadas à sociedade. Apenas com a conjugação de esforços legislativos, institucionais e culturais será possível consolidar um modelo de atenção obstétrica baseado na dignidade, no respeito e na justiça, assegurando efetivamente os direitos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, p. 79-92, 2010.

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas*, v. 27, p. 1-7, 2014.

ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista brasileira de saúde materno infantil*, v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016.

ARAÚJO, F. I. Análise da Lei do Acompanhante nº 11.108/2005 no Município de Mossoró/RN no ano de 2019. Monografia [Bacharelado em Direito]. Universidade Rural do Semi-árido. Mossoró, 2020, 38f. (https://repositorio.ufersa.edu.br/bitstream/prefix/6246/1/Franciscala_MONO.pdf).

BEZERRA, Patrícia; DE PAIVA, Jaqueline de Kassia Ribeiro. A PERSPECTIVA LEGAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: OMISSÃO FEDERAL OU RESULTADO DA DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS?. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 10, n. 6, p. 3746-3764, 2024.

BRASIL. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Caderneta da Gestante. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet\(1\).pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1).pdf) . Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Cartilha de Violência Obstétrica. Ministério Público do Estado do Pará, 2020. Disponível em: <https://www.mppa.mp.br/data/files/98/56/92/DE/A8A1F8102F73B3D8180808FF/CARTILHA%20DE%20VIOLENCIA%20OBSTETRICA.pdf> . Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.144/2016: É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno-fetal. [arquivo eletrônico]. Brasília, 17 mar. 2016. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça; ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS BRASILEIROS. Programa de Cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica. Brasília, DF: CNJ; AMB, 2020. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/sinal-vermelho-contra-a-violencia-domestica/>. Acesso em: 22 set. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal (texto compilado). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 13 out. 2025.

BRASIL. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996: promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 ago. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Goiás. Lei nº 17.097, de 18 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 Goiás. Diário Oficial do Estado de Goiás, Goiânia, GO, 18 jan. 2017. Disponível em: <https://legisla.casacivil.go.gov.br/pagina.php?cod=10188>. Acesso em: 22 set. 2025.

BRASIL. Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em 09 de set. de 2025.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005: altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005: dispõe sobre a garantia de acompanhante à parturiente, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006: cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 14.188, de 28 de julho de 2021: define o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica como uma das medidas de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 jul. 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14188.htm. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 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 e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 19 jan. 2017. Disponível em: https://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_Lei.html. Acesso em: 1 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, caderno nº 4). ISBN 978-85-334-1711-3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.418, de 2 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html. Acesso em: 13 out. 2025.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM). Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism>. Acesso em: 29 ago. 2025.

BRASIL. Portaria nº 1067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. 2005.

BRASIL. Projeto de Lei nº 7.633, de 29 de maio de 2014: dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Câmara dos Deputados, Brasília, 29 maio 2014. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. Acesso em: 1 set. 2025.

BRAZIL. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Editora MS, 2004.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n. 3.710, de 2023. Altera o Código Penal para tipificar a violência obstétrica. Disponível em: https://plmulher.org.br/2023/08/07/projeto-da-deputada-coronel-fernanda-protege-gestante-e-criminaliza-violencia-obstetrica/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 13 out. 2025.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n. 2.350, de 2024. Tipifica o crime de violência obstétrica no Código Penal. Disponível em: https://ovm.alesc.sc.gov.br/legislacao/federal/pl-2350-2024-tipifica-o-crime-de-violencia-obstetrica/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 13 out. 2025.

CAPEZ, Fernando. Curso de direito penal. 2012.

CASTRO, T. D. V. Direito ao acompanhante, violência obstétrica e poder familiar. Pensar. 2020; 25(14):1-12. (<https://ojs.unifor.br/rpen/article/download/10093/pdf/39787>).

CATARINA, Santa. Lei nº 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, 2017.

CAVALHEIRO, Edson Alan Mora; FARIA, Gleison; DE LIMA, Mariana Kely Diniz Gomes. Violência obstétrica: revisão de literatura. Revista Artigos. Com, v. 26, p. e6695-e6695, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, Brasília, 24 set. 2009. Disponível em: <...>. Acesso em: 13 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília, DF: CFM, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 5 out. 2025.

DE CASTRO, Lúcia Maria Xavier; SIMONETTI, Maria Cecília Moraes; DE OLIVEIRA ARAÚJO, Maria José. Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher--PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres--PNPM. Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Políticas para as

Mulheres, Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, Governo Federal Brasil, 2015.

DE OLIVEIRA, Julia Silveira; NOVAIS, Thyara Gonçalves. A TIPIFICAÇÃO PENAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A PROTEÇÃO JURÍDICA DA MULHER NO BRASIL. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 10, n. 11, p. 5280-5296, 2024.

DIAS, Renato Duro et al. Violência obstétrica e o paradigma do discurso hegemônico na área da saúde. Revista de Direito Sanitário, v. 21, p. e0011-e0011, 2021.

DINIZ, Simone G., SALGADO, Heloisa O., ANDREZZO, Halana F. A., CARVALHO., ALBURQUERQUE, Priscila C., AGUIAR, Cláudia A., NIY, Denise Yoshie. "Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção". Journal of Human Growth and Development [online]. Ed. 3. São Paulo: Periódicos eletrônicos em psicologia. n. 25, pp. 377-384, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf [acesso em 15/08/2025].

DUARTE, Micheliana Rodrigues et al. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. Revista Cogitare Enfermagem, 2019.

HOSPITAL DONA HELENA. Conheça tudo sobre a Lei do Acompanhamento no Parto. Disponível em: <https://www.donahelena.com.br/lei-do-acompanhamento-no-parto/>. Acesso em: 9 set. 2025.

LIMA, Monique A. de Sá G. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: violação aos direitos da parturiente. 2020. 29 f. Artigo Científico (Graduação em Direito) -a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2020.

MACIEL, A. P. R. Descumprimento da Lei do Acompanhamento 11.108/2005 no Estado Democrático de Direito: violência obstétrica e restrições de direitos garantidos em prol da saúde da mulher. Monografia [Bacharelado em Direito]. Universidade Federal Fluminense. Macaé, 2022, 56f. (<https://app.uff.br/riuff/handle/1/24947?locale-attribute=es>).

MENDES, Gisele. Isso é Crime? Violência Obstétrica Contra a Mulher. Youtube, jan. 2022. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=Wf5-hYzkdW&t=5s>>. Último Acesso em: 22 de maio de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS-a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, v. 1, p. 109-109, 2011.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; DOS SANTOS, Flávia Cunha; DE REZENDE FILHO, Jorge. Cirurgia Fetal. ACTA MSM-Periódico da EMSM, v. 5, n. 2, p. 111-123, 2017.

MORTELARO, Priscila Kiselar et al. Da Rede Cegonha à Rami: tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Saúde em Debate, v. 48, p. e8152, 2024.

NUCCI, Guilherme de Souza. Processo penal: e execução penal. Rio de Janeiro: Método, Forense, 2022.

PARTO DO PRINCÍPIO – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Violência Obstétrica. 2015. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/viol-ncia-obst-trica>. Acesso em: 29 ago. 2025.

PERES, Jade Santos Lopes. Violência obstétrica como violência de gênero:a necessidade da criação de leis específicas que protejam a mulher no momento da gestação e parto. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2021.

SANTOS, Andreza Santana. Uma análise da violência obstétrica à luz da teoria do bem jurídico: a necessidade de uma intervenção penal diante da relevância do bem jurídico tutelado. Trabalho de Conclusão de Curso –Faculdade de Direito. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2018.

SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibebe de Mesquita. Uma Dor Além do Parto: Violência Obstétrica em Foco. Revista de Direitos Humanos e Efetividade, Florianópolis, Brasil, v. 2, n. 1, 2016. DOI: 10.26668/IndexLawJournals/2526-0022/2016.v2i1.1076. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076>. Acesso em: 29 ago. 2025.

SENADO FEDERAL. Projeto de Lei n. 2.082, de 2022. Altera o Código Penal e a legislação do SUS para criminalizar a violência obstétrica. Disponível em: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154237?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 13 out. 2025.

SENADO FEDERAL, Rede parto do Princípio. CPMI da Violência Obstétrica. Violência Obstétrica – Parirás com dor. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> [acesso em 10/08/2025].

SENA, Ligia Moreiras et al. " Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração": a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. 2016.

SIQUEIRA, Heloisa Cristina Araújo et al. VIOLÊNCIA OBSTETRICA E O USO DE PROCEDIMENTOS INADEQUADOS DURANTE O PARTO. Revista Contemporânea, v. 4, n. 12, p. e7016-e7016, 2024.

SOUSA, M. R. et al. Obstetric violence: Physical and psychological impacts on women's lives - A narrative of reports and after-effects. Research, Society and Development, v. 13, n. 4, p. e6813445340, 2024. Doi: 10.33448/rsd-v13i4.45340.

TESSER, C.D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015; 10(35):1-12. (<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>).

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. Psicologia & Sociedade, v. 29, p. e155043, 2017.