

## A Violência Obstétrica Durante O Parto: Reflexo Na Dignidade Da Pessoa Humana E Possibilidade De Responsabilização Pelo Dano Causado

Evelyne Sevi Abrantes Marques<sup>1</sup>, Glecy Marques Teodoro Fragoso<sup>2</sup>,  
Juliana Fernandes Da Costa<sup>3</sup>, Aquiles Herbert Machado De Andrade<sup>4</sup>,  
Maria Jeusdenia Teodoro De Oliveira<sup>5</sup>, Raimundo Teodoro De Oliveira<sup>6</sup>,  
Ana Maria Jovanete De Mesquita<sup>7</sup>, Maria Jose Soares De Oliveira<sup>8</sup>,  
Cristiane Soares Da Silveira Lucena<sup>9</sup>, Sheila Cristina De Andrade Braga<sup>10</sup>,  
Alex Sandro Dantas De Medeiros<sup>11</sup>, Michael Douglas Sousa Leite<sup>12</sup>

(Universidade Federal de Campina Grande – UFCG)

(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)

(Universidade Federal de Campina Grande – UFCG)

(Universidade Federal de Campina Grande – UFCG)

(Universidade Federal da Paraíba – UFPB)

(Universidade Federal de Campina Grande – UFCG)

(Faculdade Católica da Paraíba – FAFIC)

(Universidade Estadual da Paraíba – UEPB)

(Universidade Federal de Campina Grande – UFCG)

---

### Abstract:

A violência obstétrica configura-se como uma modalidade de violência contra a mulher ainda pouco reconhecida e enfrentada no Brasil. Trata-se de uma prática silenciosa, reproduzida em instituições públicas e privadas por profissionais de saúde que adotam procedimentos desnecessários e condutas desumanas durante o processo de parto. Nessa perspectiva, a presente pesquisa tem como objetivo analisar a violência obstétrica como forma de violação dos direitos fundamentais das mulheres, discutindo suas práticas, consequências e possibilidades de responsabilização civil e penal. A metodologia da pesquisa baseou-se no método dedutivo de abordagem científica, alicerçado na análise de legislações, doutrinas e demais dispositivos jurídicos pertinentes. Os resultados evidenciaram que a violência obstétrica, embora invisibilizada, constitui grave afronta à dignidade da pessoa humana e à integridade física e psíquica das parturientes. Procedimentos como episiotomia indiscriminada, manobra de Kristeller e uso abusivo de ocitocina revelam condutas violadoras que, ainda que não contem com tipificação penal específica, podem ensejar responsabilização civil e penal. Verificou-se que o ordenamento jurídico brasileiro, incluindo a Constituição Federal, o Código Civil, o Código Penal, o Código de Defesa do Consumidor e tratados internacionais como o Pacto de San José da Costa Rica, dispõe de mecanismos de proteção e reparação. Contudo, sua aplicação é limitada pela baixa judicialização e pela escassez de jurisprudência consolidada. Conclui-se que o fortalecimento do reconhecimento jurídico e social da violência obstétrica é essencial para a efetividade dos direitos das mulheres. Cabe ao Estado e às instituições de saúde promover políticas públicas de prevenção, responsabilização e garantia de uma assistência humanizada, assegurando respeito à dignidade, à saúde e à autonomia feminina no parto.

**Keywords:** Direitos fundamentais. Parto. Violência obstétrica. Reparação.

Date of Submission: 02-09-2025

Date of Acceptance: 12-09-2025

### I. Introduction

O processo de parturição sofreu profundas transformações ao longo do tempo. Em um primeiro momento, o parto era conduzido por parteiras leigas, cujo saber empírico era transmitido de geração em geração, geralmente no espaço doméstico, em que o processo fisiológico era respeitado e a mulher ocupava posição central, amparada por vínculos de confiança. Entretanto, a partir da década de 1940, com o intuito de reduzir os elevados

índices de mortalidade materno-infantil, consolidou-se a hospitalização como modelo hegemônico de assistência ao parto. Essa transição deslocou a parturiente do ambiente familiar para o hospitalar, resultando na medicalização do processo e, em muitos casos, no sentimento de incapacidade feminina para parir sem a intervenção direta dos profissionais de saúde (Nascimento et al., 2019).

Diante desse cenário de crescente institucionalização, organismos internacionais buscaram estabelecer parâmetros para orientar boas práticas obstétricas. Há quase duas décadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sistematizou diretrizes sobre a assistência ao parto normal, classificando as condutas em quatro categorias: práticas recomendadas; práticas a serem aplicadas com cautela por falta de evidências científicas consistentes; práticas prejudiciais, cuja abolição é necessária; e práticas inadequadas. Com base nessas recomendações, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, com o objetivo de efetivar tais orientações e garantir os direitos das mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal (Andrade et al., 2016).

Mesmo com tais avanços normativos, observa-se a permanência de condutas que configuram desrespeito e violação de direitos durante a gestação e o parto. O próprio Ministério da Saúde define a violência obstétrica como práticas abusivas, negligentes e desumanizadas dirigidas à gestante ou parturiente, capazes de comprometer sua integridade física, psicológica e emocional. Entre os exemplos mais recorrentes estão: a negativa de acesso ao pré-natal, a restrição da presença de acompanhante durante o trabalho de parto, a realização indiscriminada de episiotomias, o uso abusivo de ocitocina para indução do parto e, ainda, atitudes verbais ou comportamentais ofensivas e constrangedoras por parte dos profissionais de saúde (Ferreira, 2023).

A violência doméstica e familiar contra a mulher assume múltiplas formas, previstas de maneira exemplificativa no art. 7º da Lei nº 11.340/2006, incluindo a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (Brasil, 2006). Nesse conjunto, ganha destaque a violência obstétrica, ainda pouco reconhecida juridicamente no Brasil, mas cada vez mais presente em debates acadêmicos, redes sociais e relatos de mulheres. No cenário internacional, alguns países já avançaram em seu reconhecimento: na Venezuela, a Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, de 2003, a tipifica como crime, impondo sua prevenção, punição e erradicação; na Argentina, a Lei Nacional nº 26.485, de 2009, também a contempla, ainda que sem tipificação expressa dos delitos. No Brasil, contudo, inexistente previsão legal específica, embora seus efeitos sejam amplamente constatados na prática cotidiana dos serviços de saúde.

A violência obstétrica manifesta-se por meio de condutas desumanizadas e abusivas praticadas por profissionais da saúde, que expõem a mulher a intervenções desnecessárias, omissão de informações e atitudes autoritárias que afrontam seus direitos sexuais e reprodutivos. Toda gestante tem direito a um pré-natal de qualidade e a um parto digno, pautado no respeito à sua integridade física e psicológica. No entanto, quando tais garantias são violadas, a experiência que deveria representar acolhimento e cuidado transforma-se em trauma, marcado por sentimentos de impotência, medo, angústia e desrespeito (Zanardo et al., 2017).

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a violência obstétrica como forma de violação dos direitos fundamentais das mulheres, investigando suas práticas, consequências e as possibilidades de responsabilização civil e penal.

## **II. Materials And Methods**

Para o alcance dos objetivos estabelecidos, utilizou-se o método dedutivo de abordagem científica, o qual parte de premissas gerais para a análise de situações específicas, permitindo chegar a conclusões igualmente particulares. Assim, foram examinadas as normas jurídicas, doutrinas e documentos relacionados ao tema, possibilitando a compreensão da violência obstétrica sob a perspectiva dos direitos fundamentais.

A escolha do método dedutivo justificou-se pela necessidade de partir de fundamentos teóricos e normativos amplos, como a Constituição Federal, o Código Civil, o Código Penal e tratados internacionais de direitos humanos, para então analisar situações concretas e específicas ligadas à prática da violência obstétrica. Essa abordagem permitiu identificar a compatibilidade, bem como as lacunas, entre o ordenamento jurídico brasileiro e a realidade vivenciada pelas mulheres.

Quanto à técnica de pesquisa, adotou-se a documentação indireta, realizada por meio do exame de fontes secundárias. Foram consultados documentos oficiais, legislações, obras doutrinárias, artigos científicos e materiais disponíveis em bases digitais de pesquisa acadêmica. Essa etapa possibilitou reunir diferentes perspectivas teóricas e normativas sobre o tema, assegurando maior consistência e profundidade à análise.

Além disso, a pesquisa bibliográfica fundamentou-se na seleção criteriosa de referências nacionais e internacionais, permitindo não apenas identificar a evolução conceitual da violência obstétrica, mas também comparar experiências jurídicas em distintos países. Desse modo, a metodologia aplicada possibilitou construir um estudo crítico e reflexivo, voltado para a compreensão da violência obstétrica como uma forma de violação de direitos fundamentais e para a análise das possibilidades de responsabilização civil e penal.

### **III. Results And Discussion**

#### **Análise Evolutiva sobre o Parto e a Violência Obstétrica**

O parto, enquanto fenômeno biológico e social, sofreu transformações significativas ao longo da história, refletindo concepções culturais, religiosas e científicas de cada época. Na antiguidade, era considerado um evento natural e feminino, restrito ao espaço doméstico e sob responsabilidade das parteiras, mulheres que acumulavam experiências transmitidas oralmente e desempenhavam papel central nas comunidades. Contudo, a partir da influência da Igreja Católica, consolidou-se uma visão de que a dor no parto era uma punição divina pelo pecado original, justificando a ausência de intervenções destinadas a minimizar o sofrimento da mulher. Essa concepção histórica permanece como substrato cultural em diversas práticas que negam à parturiente o direito à dignidade, ao protagonismo e ao alívio da dor durante o processo de nascimento (Mott, 2005).

Com o advento da modernidade, principalmente a partir do século XVII, o parto deixou de ser compreendido apenas como um processo fisiológico e passou a ser medicalizado, com a introdução dos cirurgiões e posteriormente dos médicos na assistência. Nesse contexto, a presença masculina redefiniu o parto como um ato cirúrgico, afastando as parteiras tradicionais e consolidando a perspectiva da parturiente como paciente, sujeita ao controle institucional e médico. Tal mudança contribuiu para a transformação do parto em um evento hospitalar, marcado pela imposição de técnicas e procedimentos que, muitas vezes, desconsideravam a autonomia da mulher (Palharini; Figueirôa, 2018).

Durante o século XX, com o desenvolvimento de técnicas como a cesariana, a anestesia e a esterilização, a obstetrícia ampliou seu campo de atuação, promovendo avanços inegáveis em termos de segurança em casos de risco. No entanto, tais inovações também contribuíram para a marginalização do parto normal e para a disseminação de práticas intervencionistas muitas vezes desnecessárias. A cesariana, em especial, tornou-se um procedimento culturalmente valorizado no Brasil, superando em larga escala as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que orienta um índice ideal de 10 a 15% dos nascimentos. Esse cenário revela uma inversão da lógica natural do parto, sendo a escolha frequentemente determinada por conveniências médicas ou pressões sociais (WHO, 2018).

O processo de institucionalização do parto também reforçou práticas que podem ser caracterizadas como formas de violência obstétrica, definidas como intervenções desnecessárias, condutas desumanizadoras e abusos físicos ou psicológicos contra a parturiente. Entre os exemplos mais recorrentes estão a episiotomia sem consentimento, a manobra de Kristeller, a restrição hídrica e alimentar, além de comentários ofensivos ou práticas que ignoram o direito da mulher à informação e à escolha. Tais condutas, ao invés de promoverem cuidado e acolhimento, resultam em experiências traumáticas, muitas vezes silenciadas por não serem socialmente reconhecidas como violência (Diniz et al., 2015).

A Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, dispõe sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher, em seu artigo 7º traz um rol exemplificativo de formas de violência, são elas: violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

Art. 7º - São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (Brasil, 2006).

No Brasil, embora o termo "violência obstétrica" ainda não seja juridicamente tipificado, a literatura especializada e os movimentos sociais têm buscado visibilizar essas práticas como violações de direitos humanos e de saúde reprodutiva. A ausência de legislação específica contrasta com avanços em países latino-americanos, como a Venezuela e a Argentina, que já reconhecem a violência obstétrica como crime. A lei venezuelana, por

exemplo, prevê sanções administrativas, civis e penais contra os profissionais que submeterem mulheres a práticas desumanizadoras, sinalizando uma postura mais rigorosa de enfrentamento ao problema (Meira et al., 2023).

Nesse cenário, destaca-se que a violência obstétrica não se restringe às práticas médicas, mas também reflete um padrão estrutural de desigualdade de gênero. A subordinação da mulher no espaço hospitalar, a imposição de condutas sem consentimento e a negação de informação representam formas contemporâneas de controle sobre o corpo feminino, reiterando heranças históricas de opressão. Trata-se, portanto, de um fenômeno que exige análise interseccional, articulando gênero, classe social e raça, visto que mulheres pobres e negras são as mais afetadas pela desumanização do parto no Brasil (Aguiar; D'oliveira; Schraiber, 2013).

Paralelamente, cresce no país a defesa do parto humanizado, que não se confunde necessariamente com o parto normal, mas que se fundamenta no respeito à autonomia, na garantia de informações claras e na valorização da experiência subjetiva da parturiente. O parto humanizado pressupõe práticas baseadas em evidências, como o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, a liberdade de posição da gestante e o incentivo ao contato pele a pele imediato entre mãe e bebê. Esse movimento surge como resposta crítica ao modelo intervencionista, buscando devolver à mulher o protagonismo do processo (Leal et al., 2014).

A análise evolutiva do parto também evidencia um processo de disputa entre saberes tradicionais e biomédicos. Se por um lado o conhecimento científico trouxe avanços na redução da mortalidade materna e infantil, por outro, deslegitimou práticas históricas das parteiras e reduziu o parto a um evento técnico, esvaziado de sua dimensão social e cultural. Atualmente, políticas públicas como a Rede Cegonha buscam resgatar a valorização do cuidado integral, incentivando o protagonismo feminino e o retorno de práticas menos invasivas, embora ainda enfrentem resistência institucional e cultural (Brasil, 2001).

No contexto global, a OMS tem desempenhado papel crucial na formulação de recomendações para a melhoria da qualidade da assistência obstétrica, enfatizando a necessidade de reduzir práticas prejudiciais e fortalecer aquelas baseadas em evidências científicas. Entre as diretrizes estão a eliminação da episiotomia de rotina, da tricotomia e do enema, e a promoção de métodos não invasivos de alívio da dor. Apesar disso, a implementação dessas recomendações enfrenta desafios em países como o Brasil, onde a cultura médica intervencionista e a lógica de conveniência hospitalar ainda prevalecem (WHO, 2018).

Por fim, a violência obstétrica deve ser compreendida como resultado da tensão histórica entre a naturalização do sofrimento feminino e a medicalização excessiva do parto. A evolução do cuidado ao longo dos séculos mostra que, apesar dos avanços tecnológicos, persiste a necessidade de reposicionar a mulher no centro do processo, garantindo-lhe respeito, autonomia e dignidade. O reconhecimento jurídico e social desse tipo de violência constitui passo fundamental para transformar a assistência obstétrica em uma prática efetivamente humanizada, baseada em evidências científicas e em direitos humanos (Sena; Tesser, 2017).

### **Perspectivas sobre o Reconhecimento da Violência Obstétrica**

Os atos caracterizadores da violência obstétrica abrangem um conjunto de condutas praticadas contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, cometidas por profissionais de saúde, servidores públicos ou técnico-administrativos de instituições públicas e privadas. Essas práticas violam princípios éticos e legais, configurando-se em diferentes dimensões que comprometem a integridade física, psicológica, sexual, institucional, material e simbólica das parturientes, revelando-se como um fenômeno complexo que precisa ser analisado de forma crítica e multidisciplinar.

No que concerne ao caráter físico, verifica-se a adoção de procedimentos que incidem diretamente sobre o corpo da mulher, muitas vezes sem respaldo científico ou indicação clínica. A imposição de determinadas posições durante o parto, a interdição da movimentação, a realização de tricotomia, o uso rotineiro de ocitocina, a prática indiscriminada de cesarianas eletivas e a ausência de anestesia em situações indicadas configuram exemplos de intervenções que, além de dolorosas, podem gerar danos permanentes. Tais práticas, amplamente criticadas pela literatura científica, evidenciam a prevalência de um modelo tecnocrático de assistência ao parto que privilegia a intervenção médica em detrimento do respeito ao processo fisiológico natural.

A episiotomia, também conhecida como “pique”, é uma intervenção cirúrgica caracterizada pela incisão no períneo com o objetivo de ampliar o canal de parto. Embora historicamente introduzida no século XVIII como medida de auxílio em situações de parto complicado, sua utilização disseminou-se amplamente no século XX, especialmente em países latino-americanos e nos Estados Unidos, em um contexto de crescente medicalização do nascimento. Essa difusão esteve associada a concepções equivocadas de que o parto deveria ser tratado como processo patológico, passível de constantes intervenções médicas para prevenção de complicações. Leal et al., (2014) reforçaram tal prática ao recomendarem, de forma sistemática, a episiotomia e o uso de fórceps em primíparas, difundindo uma visão desprovida de respaldo científico que se consolidou em diversos tratados de obstetria e influenciou a formação profissional por décadas.

Contudo, movimentos sociais e estudos clínicos a partir da década de 1970 passaram a questionar a prática rotineira da episiotomia, evidenciando sua ausência de benefícios comprovados para mãe e recém-nascido, além de riscos físicos e psicológicos associados, como dor intensa, maior necessidade de sutura, infecções,

desconforto sexual, trauma perineal e comprometimento da integridade corporal da mulher. Apesar das recomendações da Organização Mundial da Saúde, que restringem seu uso a cerca de 10% dos casos em que há real necessidade clínica, o Brasil ainda figura entre os países que mais realizam episiotomias, muitas vezes sem consentimento da parturiente. A banalização do procedimento, sua ausência em registros oficiais e a persistência de práticas hospitalares tecnocráticas revelam um cenário de naturalização da violência obstétrica, em que a dignidade da mulher é sistematicamente violada.

Nesse contexto, destacam-se relatos registrados por Simone G. Diniz, Alessandra S. Chacham e Melania Amorim, os quais se revelam particularmente relevantes para a compreensão crítica da prática da episiotomia e de seus impactos sobre a experiência da parturiente

Eu sei que não deveria fazer a episiotomia como rotina. Conheço a evidência científica. Mas quando vejo a cabeça do bebê na vulva... minha mão vai sozinha.  
(Médico, S. Paulo).

Senti-me invadida, roubada, desrespeitada. Era meu corpo, era meu parto, era meu momento esperado durante nove meses. Passei a gravidez toda me preparando para ter um lindo parto natural e chega uma pessoa sem me consultar e sem ao menos me informar e corta um pedaço do meu corpo, porque ela simplesmente faz isso rotineiramente. Eu tinha preparado meu períneo com repetitivos exercícios diariamente para que não precisasse de intervenções desnecessárias e simplesmente por ter sido atendida numa maternidade que representa o modelo tecnocrático-mecanicista, fizeram uma episiotomia em mim... Uma marca em meu corpo que ficará para sempre acompanhada de várias outras marcas em minhas lembranças, marcas da insensibilidade humana, marcas de um momento no qual o ser humano deveria ser visto como mais humano do que nunca, pois nunca vivi algo mais natural, ancestral e primitivo como o meu parto e mesmo assim, ele foi tratado como mecânico e meu corpo como máquina, coisificado, objetificado.  
(Luna Maia, psicóloga).

A episio? Ahhh, ela? Bem, ela virou minha companheira de vida... Converso com ela todos os dias, quando ela repuxa e eu sinto uma sutil dor, que é uma mensagem dela para mim, dizendo assim: estou aqui, sou resultado da falta de respeito com vc, sou consequência da abstração total de sua dignidade como mulher, como mãe, como ser humano.  
(Ana Paula Gomes).

Eu teria um parto domiciliar. Fiz massagem no períneo para evitar lacerações. Estava devidamente preparada. Mas como a pequena resolveu nascer antes do tempo (35 semanas. Na verdade, acho que ela nasceu na hora dela mesmo, ela estava pronta, horas!) tive que parir no hospital. A minha parteira esteve o tempo todo do meu lado, mas como estava dentro do hospital não tinha voz ativa. Plantonista “fez o parto”. Não chamei o obstetra que me acompanhava pois ele iria cortar também se fizesse o parto. Já tinha deixado isso bem claro para mim nas consultas. Mesmo gritando, urrando, berrando “não corta, não precisa, por favor, eu assumo, deixa rasgar”. Ela cortou. Disse que “só sabia fazer cortando”. Eu chorei, minha parteira chorou. Perdi. Me sinto mutilada, invadida. É como ser abusada. É a mesma coisa. Dá pra ver, dá pra sentir. Dá pra lembrar a cada “namoro” com o marido.  
(Pamela Moreli Benoni).

É difícil observar o treinamento de episiotomia sem sentir pena da mulher. Ela está deitada ali tendo contrações e eles têm que tentar várias vezes com a agulha até achar o lugar certo para a anestesia. E depois do nascimento, há uma longa espera até que se faça a sutura, alguns mal sabem segurar os instrumentos cirúrgicos ou dar o nó de sutura.  
(Médico, Rio de Janeiro).

A episiotomia, por si só, caracteriza-se como um trauma de segundo grau, uma vez que atinge estruturas mais profundas do que as lesões de primeiro grau, envolvendo músculos superficiais do períneo e o corpo perineal. Apesar disso, muitos profissionais ainda defendem a prática sob a justificativa de que sua não realização acarretaria lacerações graves, argumento que carece de respaldo científico. Do mesmo modo, a alegação de que a episiotomia teria como efeito a prevenção da incontinência urinária e fecal também não encontra fundamento na literatura, sendo, ao contrário, amplamente refutada por pesquisas que apontam para o agravamento desses quadros em decorrência do procedimento. Entre as complicações mais frequentemente relacionadas à sua prática destacam-se dor intensa, infecção, deiscência de suturas, sangramentos, dispareunia, risco aumentado de lacerações em partos subsequentes, cicatrizes insatisfatórias e hematomas, condições que, somadas, repercutem em traumas físicos e psicológicos duradouros na vida das mulheres.

Diante dessas evidências, a episiotomia sistemática e sem consentimento é amplamente reconhecida como uma forma de violência obstétrica, de caráter físico, psicológico e sexual, configurando ainda uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos e da integridade corporal feminina. Diversos autores a classificam como uma espécie de mutilação genital, dado o impacto negativo sobre a saúde e a dignidade da mulher, além de ser considerada um grave desrespeito aos direitos humanos na assistência obstétrica. Em razão do temor gerado por essa prática, muitas mulheres acabam preferindo a cesariana como forma de evitar a episiotomia, o que revela

não apenas a gravidade da intervenção, mas também a necessidade urgente de revisão das condutas médicas que a naturalizam no cenário hospitalar brasileiro.

Em relação ao caráter psicológico manifesta-se quando as ações verbais ou comportamentais do profissional de saúde produzem na gestante sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, medo e insegurança. Nesse contexto, humilhações, chantagens, informações omitidas ou transmitidas em linguagem inacessível, além de ofensas e ameaças, contribuem para a perda da dignidade da parturiente. Esses atos acarretam impactos emocionais duradouros, reforçando relações de poder assimétricas que desconsideram a autonomia da mulher no processo de parto.

Já o caráter sexual refere-se às práticas que violam a intimidade e a integridade sexual e reprodutiva da gestante, ocorrendo com ou sem acesso às suas partes íntimas. Incluem-se nessa categoria a episiotomia realizada sem consentimento, os exames de toque excessivos e dolorosos, a lavagem intestinal e até mesmo situações de assédio. Essas intervenções não apenas configuram abusos, mas também podem ser compreendidas como uma forma de violência sexual institucionalizada, na medida em que se dão em um contexto de vulnerabilidade e sem a possibilidade real de recusa por parte da mulher.

O caráter institucional é evidenciado quando a própria estrutura organizacional e administrativa dos serviços de saúde cria obstáculos ao exercício dos direitos das mulheres. Exemplo disso são os impedimentos de acesso aos serviços, a omissão ou violação de direitos durante o parto e a ausência de fiscalização por parte dos órgãos competentes. Tais práticas revelam falhas sistêmicas que perpetuam desigualdades e comprometem a efetividade das políticas públicas de atenção humanizada à saúde materna.

O Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.418 de 2005, considerando a lei acima citada, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, resolve:

Art. 1º Regular, 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.

É disposto também na Resolução RDC (Resolução de Diretoria Colegiada) nº 36/2008 da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária): “O Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Brasil, 2005)

Portanto, diante de tantos benefícios comprovados por meio de uma simples intervenção, quais seriam os motivos de impedir a entrada, bem como permanência de um acompanhante que a parturiente escolheu? Ao nosso ver, nenhuma. Mas, infelizmente, o impedimento acontece, no desrespeito às normas e diante dos seguintes argumentos por parte dos profissionais de saúde:

“O anestesista não deixa entrar”, “Não tem estrutura”, “Aqui é SUS, não tem luxo não”, “Se quiser, pode pagar pra ter, aí paga tudo particular”, “Essa lei só vale pro SUS, aqui é particular”, “O hospital tem suas próprias regras”, “Só pode acompanhante durante o horário de visita”, “A norma do hospital não permite acompanhante para quem não paga quarto.”

Tratam-se de “desculpas” e constituem violência obstétrica de caráter institucional e conseqüentemente a de caráter psicológico. Não é raro acontecer em instituições particulares o estabelecimento de protocolos superiores à legislação vigente, como também nas instituições públicas ou conveniadas com o SUS, alegarem que desconhecem o dispositivo, atribuindo ao direito de acompanhante um privilégio que só existe no setor privado, dessa forma, infringindo a Lei nº 11.108/2005. O que dificulta a aplicação da Lei é a falta de punição caso seja descumprida. Relatos de que já foi vítima do desrespeito no dossiê Violência Obstétrica “Parirás com dor”:

Além dessa conduta, há também outras capazes de configurar violência obstétrica, como o atendimento desumanizador e degradante. É raro e aparentemente, não faz parte da rotina obstétrica no Brasil o bom atendimento, o que chega até a ser considerado como sorte quando há. A percepção é de algo negativo, porém, chegando a ser visto como maus-tratos. Vários são os maus-tratos como: a peregrinação em busca de vaga, causa principal de mortalidade materna. É obrigação do profissional de saúde procurar encontrar vaga para a parturiente em caso de urgência ou emergência, segundo o que dispõe a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da ANVISA:

5.6.5 Na recepção à mulher, o serviço deve garantir:

5.6.5.6 transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002 (Brasil, 2008).

Outra causa que caracteriza maus-tratos é a omissão de informações, pois algumas mulheres fazem perguntas aos profissionais de saúde sobre quais procedimentos serão feitos com ela e com o bebê e nem sempre obtém esclarecimento, e quando conseguem, é inadequado. O que causa um sentimento de submissão ao poder do profissional. Há a presença também do descaso e abandono, do desprezo e humilhação, da ameaça e coação, do preconceito e discriminação, homofobia, estigmatização, assédio, sadismo, culpabilização, chantagem e desconsideração dos padrões culturais. Passagens descritas em dossiê já citado:

Você deveria vir aqui e me perguntar sobre fralda, sobre chupeta, mamadeira!

Não devia me perguntar sobre procedimento no bebê!!!

Fala atribuída a médica neonatologista em resposta ao questionamento da gestante sobre os procedimentos a serem realizados no bebê ao nascer.

A.D., atendida através de plano de saúde, Vitória-ES.

Eu digo pras grávidas: “se não ficar quieta, eu vou te furar todinha” Eu aguento esse monte de mulher fresca?

T., técnica de enfermagem relatando o procedimento de colocar o soro durante o trabalho de parto, Itaguaí-RJ.

Uma enfermeira me disse pra parar de falar e respirar direito se não meu bebê iria nascer com algum retardo por falta de oxigenação.

Aline Pereira Soares, atendida na rede pública em Curitiba-PR.

Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclampsia, é droga! fala atribuída ao anestesista que foi chamado durante a madrugada (plantão de sobreaviso) para atender a uma cesárea de emergência de uma gestante adolescente com eclampsia cujo parceiro estava preso por tráfico de drogas.

Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES.

Ligaram do Hospital Dório Silva pro Conselho Tutelar para denunciar a parturiente, pois ela se declarou lésbica.

F. funcionária do hospital Dório Silva, na Serra-ES.

Faço parto normal no público. No privado nunca fiz. As mulheres não querem. Elas são muito preguiçosas.

P. médica ginecologista obstetra em Vitória-ES.

Me deitei e lá vinha ela de novo com aquela luva de toque. Nesse momento ela falou “Você tá sentindo dor assim porque perde tempo gritando, pára de gritar... Uma vez fiz um parto de uma menina de 15 anos, que não deu um grito sequer e que conversava com o filho pedindo que ele não a machucasse... Foi o parto mais lindo que já vi e não me deu trabalho nenhum...”. Pronto, vários pesos na consciência (por não conversar com minha filha, por gritar e por ter minha filha “me machucando”).

Lorena Andrade, atendida através de plano de saúde em Juiz de Fora-MG.

Quando eu estava me arrumando para ir embora da maternidade, uma mulher da equipe de enfermagem me disse: “Tchau! Até o ano que vem!”. Estranhei, e perguntei o porquê. Eu deveria voltar para maternidade no ano seguinte para realizar alguma outra avaliação? E ela continuou: “Você volta sim, vocês são tudo assim, ano que vem você vai ter outro”. Meio sem entender, me despedi e só quando cheguei em casa entendi a ofensa.

Gabriela, atendida através da rede pública na Maternidade Pró-Matre em Vitória-ES.

Tais relatos são sinônimos de descasos e de violência obstétrica, que acontecem diariamente em instituições públicas e privadas de saúde por parte de seus profissionais, gerando ofensa aos direitos fundamentais das mulheres de terem um parto tranquilo e saudável.

Além disso, observa-se o caráter material, que ocorre quando a assistência obstétrica é instrumentalizada para fins econômicos, com a imposição de cobranças indevidas por parte de planos de saúde ou profissionais. Esse tipo de violência associa-se à mercantilização do parto, transformando um direito fundamental em uma oportunidade de exploração financeira, o que reforça as desigualdades de acesso e qualidade no atendimento.

Por fim, o caráter midiático revela-se nas práticas de comunicação que, direta ou indiretamente, violam os direitos das mulheres em processo reprodutivo. Isso se observa na apologia à cesariana sem justificativa científica, na ridicularização do parto normal e na difusão de informações distorcidas sobre os riscos e benefícios das diferentes formas de parto. A mídia, nesse sentido, atua como um espaço de reprodução simbólica da violência obstétrica, influenciando percepções sociais e contribuindo para a manutenção de práticas nocivas à saúde da mulher.

### **Reflexo da Violência Obstétrica na Dignidade da Pessoa Humana e a Possibilidade de Responsabilização pelo Dano Causado**

A violência obstétrica enfrenta grandes entraves de reconhecimento e judicialização, principalmente pela dificuldade de prova, já que a denúncia deve partir da mulher e os atos são revestidos de autoridade médica. Além disso, muitas parturientes desconhecem seus direitos, o que perpetua práticas abusivas. A jurisprudência ainda é escassa, não havendo tipo penal específico para enquadrar a conduta, sendo possível apenas a aplicação de crimes

já existentes, como ameaça, constrangimento ilegal e lesão corporal, bem como a reparação civil com base no Código Civil, Código Penal, Código de Defesa do Consumidor, tratados internacionais e resoluções.

No âmbito jurídico, a Constituição Federal de 1988 representou um marco para a garantia dos direitos das mulheres, ao consolidar a dignidade da pessoa humana como princípio fundamental, assegurar a igualdade entre homens e mulheres e resguardar direitos como vida, liberdade, segurança, honra e imagem. O princípio da dignidade da pessoa humana, tratado como norma jurídica fundamental, orienta a proteção da autonomia e da integridade física e psíquica, coibindo condutas que possam degradar ou reduzir a pessoa a mero objeto, o que se aplica diretamente às práticas de violência obstétrica (Brasil, 1988).

A violação de dispositivos constitucionais decorrente da violência obstétrica pode configurar inclusive formas de tortura, ao impor dor, sofrimento e constrangimento às mulheres. A Constituição também garante indenização em casos de danos materiais e morais, abrangendo prejuízos econômicos e lesões extrapatrimoniais. Além disso, o texto constitucional ampliou o alcance dos direitos ao reconhecer a incorporação de tratados internacionais de direitos humanos, como o Pacto de San José da Costa Rica, conferindo-lhes hierarquia constitucional e reforçando a proteção jurídica das mulheres contra práticas violentas (Brasil, 1988).

Com a promulgação da Emenda Constitucional 45/2004 (Reforma do Judiciário), os tratados relativos aos direitos humanos passaram a ser equiparados às normas constitucionais e a vigorar de imediato, devendo ser aprovados em dois turnos, por pelo menos três quintos dos votos na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. Ou seja, eles não ingressam no ordenamento jurídico brasileiro na qualidade de leis ordinárias, não podendo o legislador comum revogar os atos de direito das pessoas relativos a direitos humanos. Como exemplo de tratado, podemos citar o Pacto de San Jose da Costa Rica (Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992), que foi ratificado pelo Brasil em setembro de 1992, com o objetivo de consolidar entre os países americanos um regime de liberdade pessoal e de justiça social, pautado no respeito aos direitos humanos essenciais, independentemente da naturalidade da pessoa. Merecendo destaque para nossa pesquisa o artigo 5º:

Artigo 5º – Direito à integridade pessoal

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.
2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada da liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.

Vislumbra-se, portanto, de mais um dispositivo desrespeitado quando há a configuração da violência obstétrica, seja por meio de atos ou procedimentos caracterizadores. Não é levado em consideração a integridade física, psíquica nem moral quando o corpo de uma mulher é invadido por terceiros, com procedimentos sem evidência científica que prejudicam a saúde tanto da parturiente como do bebê. Trata-se de uma verdadeira tortura, repleta de maus tratos e ações desumanas.

A saúde pela primeira vez foi elevada à condição de direito fundamental no artigo 196 da Constituição:

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Assim afirma Bulos (2011, p. 1537): “O intuito dos textos constitucionais é formidável. Mas nem sempre se concretiza, principalmente no Brasil, onde a incolumidade do ser humano ainda é uma esperança”. O direito à saúde além de ser enquadrado como direito fundamental que assiste a todas as pessoas é também uma representação constitucional indissociável do direito à vida. Não é admissível que esse direito seja desrespeitado, pois a vida do ser humano é um bem maior que deve ser preservado. O parto é um momento em que a parturiente deve estar em completo bem-estar físico, mental e espiritual.

O artigo 186 do Código Civil consagra uma regra universalmente aceita que é a de que todo aquele que causa dano a outrem é obrigado a repará-lo: “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”. Analisando esse artigo, evidencia que quatro elementos são essenciais para a configuração da responsabilidade civil: ação ou omissão, culpa ou dolo do agente, relação de causalidade e o dano experimentado pela vítima (Brasil, 2002).

A ação ou omissão pode ser derivada de ato próprio ou de ato de terceiro que esteja sob a guarda do agente, como por exemplo, as pessoas jurídicas de direito privado, por seus empregados, e as de direito público, por seus agentes. Trazendo ao tema do nosso trabalho, temos como exemplo tanto a responsabilidade dos profissionais de saúde, como a responsabilidade dos hospitais públicos e privados.

A conduta, de natureza culposa é o ato humano voluntário dirigido, em geral, à realização de um fim lícito, mas que, por imprudência, imperícia ou negligência, ou seja, por não ter o agente observado o seu dever de cuidado, dá causa a um resultado que não queria.

Enquanto o dolo consiste na vontade de cometer uma violação de direito, violação essa deliberada, consciente e intencional do dever jurídico. No que tange a forma de atuação do agente, Gonçalves (2012, p. 316), leciona que:

Se a atuação desastrosa do agente é deliberadamente procurada, voluntariamente alcançada, diz-se que houve culpa lato sensu (dolo). Se, entretanto, o prejuízo da vítima é decorrência de comportamento negligente e imprudente do autor do dano, diz-se que houve culpa strictu sensu.

Para obter a reparação do dano, a vítima geralmente tem de provar dolo ou culpa *strictu sensu* do agente, de acordo com a teoria subjetiva adotada em nosso Código Civil. Porém, como essa prova muitas vezes se torna difícil de ser conseguida, é admitido, em hipóteses específicas, alguns casos de responsabilidade sem culpa, que é a responsabilidade objetiva, pautada na teoria do risco.

Outro elemento essencial é a relação de causalidade, que é a relação de causa e efeito entre a ação ou omissão do agente e o dano verificado. Sem ela não existe a obrigação de indenizar. Por último, temos o elemento dano, indispensável à responsabilidade civil. O dano pode ser material (aquele que atinge o patrimônio) ou moral (aquele que ofende ou viola os bens de ordem moral)

A responsabilidade civil biparte-se em responsabilidade civil subjetiva e responsabilidade civil objetiva. Por responsabilidade civil subjetiva entendemos que é aquela que se esteia na ideia de culpa. Sendo provada a culpa do agente, é essencial que o dano seja indenizável. Portanto, a responsabilidade do causador do dano somente se configura se agiu com dolo ou culpa, devendo haver nexo de causalidade entre o dano indenizável e o ato ilícito praticado pelo agente. Em nosso ordenamento jurídico, a cláusula geral da responsabilidade subjetiva está prevista no artigo 186 c/c o artigo 927 do Código Civil e é vista como regra (Brasil, 2002).

A lei impõe, entretanto, a certas pessoas, em determinadas situações, a reparação de dano independente de culpa. Quando isto acontece, diz-se que a responsabilidade civil é objetiva ou legal. É caracterizada por prescindir de culpa e bastar o dano e o nexo de causalidade. Essa teoria, chamada de objetiva ou do risco, tem como premissa que todo dano é indenizável e deve ser reparado por quem a ele se liga por um nexo de causalidade, independentemente de culpa. Esta pode ou não existir, mas será sempre irrelevante para a configuração do dever de indenizar. O que se torna indispensável é tão somente a relação de causalidade entre a ação e o dano.

A responsabilidade objetiva não substitui a subjetiva, mas fica circunscrita aos seus justos limites. Adverte Gonçalves (2012, p. 50):

[...] a regra geral, que deve presidir à responsabilidade civil, é a sua fundamentação na ideia de culpa; mas, sendo insuficiente esta para atender às imposições do progresso, cumpre ao legislador fixar especialmente os casos em que deverá ocorrer a obrigação de reparar, independentemente daquela noção. Não será sempre que a reparação do dano se abstrairá do conceito de culpa, porém quando o autorizar a ordem jurídica positiva [...].

A responsabilidade objetiva está evidenciada em nosso ordenamento jurídico no parágrafo único do artigo 927 do Código Civil que diz: “Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, riscos para os direitos de outrem”. Essa inovação trazida é um avanço para o ordenamento jurídico pátrio em matéria de responsabilidade civil, pois a admissão da responsabilidade sem culpa pelo exercício de atividade que, por sua natureza, representa risco para os direitos de outrem, da forma genérica como consta o texto, possibilitará ao Judiciário uma ampliação dos casos de dano indenizável (Brasil, 2002).

Nos casos de violência obstétrica, podemos enquadrar as duas espécies de responsabilidade civil. A responsabilidade objetiva para o Estado, pessoa jurídica de direito público, por ser civilmente responsável por atos dos seus agentes em instituições públicas de saúde e diretamente responsável pelos serviços prestados por instituições privadas de saúde, com o dever permanente de regular e monitorar tais instituições. Pode ser visto como responsabilidade objetiva a das instituições privadas, se o profissional de saúde for contratado do hospital. A responsabilidade subjetiva é do agente causador, o próprio profissional de saúde.

A responsabilidade civil do Estado é descrita pelo artigo 43 do Código Civil, in verbis: “As pessoas jurídicas de direito público interno são civilmente responsáveis por atos dos seus agentes que nessa qualidade causem danos a terceiros, ressalvado direito regressivo contra os causadores do dano, se houver, por parte destes, culpa ou dolo”. Segundo Gonçalves (2012, p. 150):

Não existe comportamento culposo do funcionário, basta que haja o dano, causado por agente do serviço público agindo nessa qualidade, para que decorra o dever do Estado de indenizar. Essa responsabilidade abrange as autarquias e as pessoas jurídicas de direito privado que exerçam funções delegadas do Poder Público, como as permissionárias e concessionárias do serviço público.

Foi adotada pela Constituição Federal a teoria da responsabilidade objetiva do Poder Público, porém, sob a modalidade do risco administrativo, permitindo que a responsabilidade do Estado possa ser atenuada, provada a culpa parcial e concorrente da vítima, e até mesmo excluída, provada a culpa exclusiva da vítima. Portanto, não foi adotada a teoria da responsabilidade objetiva na modalidade do risco integral, que obrigaria o Estado a indenizar sempre, sem nenhuma excludente.

O Brasil foi condenado em 2011 pelo primeiro caso de mortalidade materna denunciado à Organização das Nações Unidas (ONU) e julgado pelo Comitê de Acompanhamento da Implementação da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), incumbido de monitorar o cumprimento pelos Estados-parte da Convenção relativa aos Direitos das mulheres, adotada pelas Nações Unidas em 1979. A única condenação do Estado brasileiro proveniente de um órgão do Sistema Universal de Direitos Humanos foi paga depois de dez anos à mãe de Alyne Silva Pimentel, Maria de Lourdes Pimentel.

Alyne, 28 anos de idade, vendedora, afrodescendente e de baixa renda, aos seis meses de gestação, sentiu-se mal e procurou a maternidade em que fazia pré-natal em Belford Roxo, na Baixada Fluminense e foi transferida para um hospital sem ficha médica, passando oito horas no corredor. Morreu em 2002, cinco dias depois de dar entrada num hospital da rede pública por falta de atendimento adequado, pré-natal precário, instituições sucateadas e médicos despreparados. Uma morte que deveria ter sido evitada, caso ela tivesse acesso a um atendimento básico de obstetria de qualidade, o que é responsabilidade do Estado. Com crises de vômito e dores, procurou uma clínica e foi medicada com medicamentos para náusea, vitamina B12 e cremes vaginais.

Voltando ao ambulatório, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), dois dias depois, foi informada que seu bebê já não estava mais vivo. Para evitar também a morte da parturiente, Alyne, que estava com hemorragia, foi levada para um hospital referência para a Baixada Fluminense, aonde chegou com parada respiratória, tendo que ser reanimada. Entrou em coma e morreu no dia seguinte. Em entrevista ao Jornal "Estadão", a mãe de Alyne diz:

Ainda escuto os gritos da minha filha. O bebê estava morto e os médicos resolveram induzir o parto. Ela não acreditava que a Ester tinha morrido. Ela dizia: "Mas eu sinto mexer". Induziram o parto e muito depois fizeram a curetagem. Enterrei minha neta e me chamaram no hospital. O médico disse que minha filha estava com uma hemorragia digestiva. Perguntou se eu não tinha uma clínica para levá-la. Quando ela foi transferida, não mandaram a ficha médica. Ninguém sabia o que ela tinha passado, quanto tempo de gravidez tinha, nada. Os médicos tiveram de reanimar minha filha. Aí já não a vi mais. Levam a vida das pessoas na brincadeira. Isso é uma coisa muito séria: receber uma vida e tirar uma vida. Essa condenação foi muito boa para o Brasil ter mais cuidado. Tem de preparar os médicos, tem de ter hospital para as pessoas irem. No hospital eu estava desesperada, mas quando falaram que ela morreu, senti uma paz. Parecia que não tinha acontecido nada. Nem acreditei. O marido dela, Adriano, ficou desesperado. Mas eu estava calma. Contei tudo para a Alice (filha de Alyne), não escondi nada. Ela tinha 5 anos. Parecia que não havia entendido. Mas, depois, ela não comia. Ela começou a ter tudo. Precisou de fonoaudiólogo. Ela ficou gaga. Queria falar e não conseguia, parecia que a voz ia faltar. Ficou com dificuldade de aprendizagem. Hoje, está com 16 anos e cursa o 8º ano. Alice queria me chamar de mãe, mas eu não deixei. "Você tem a sua mãe", eu dizia para ela. Começou a chamar a Ana Paula, minha filha caçula, de mãe. A Ana Paula também ficou traumatizada. Ela queria ter filho e não engravidava porque ficava com medo de morrer. Ficou três anos tentando. A Alice ainda não foi indenizada, mas a indenização dela vai vir. O dinheiro não é muito e nem dá para comprar uma casa. Mas vou fazer um plano de saúde para mim. Também vou fazer reparos na casa e ajudar a Alice nos estudos. Quando as ONGs me procuraram, achei que podia ter justiça para a minha filha. Mas fiz mais pelo futuro das outras mães. A gente não sabe o que acontece porque as pessoas não abrem a boca para denunciar. Ainda penso que minha filha vai entrar pela porta a qualquer hora. São tantas mães que ficam sem suas filhas, tantas crianças que crescem sem suas mães. Por meio dessa ONU, muita coisa vai vir à tona. Tem de acreditar que vai mudar.

A reparação tem natureza compensatória, proporcionalmente às violações constatadas. O Comitê decidiu que o Estado violou o direito à saúde de qualidade, o direito ao acesso à justiça, o direito a ter as atividades dos serviços privados de saúde regulados pelo Estado e o direito de não ser discriminada. Para o Comitê, o Estado é responsável de uma forma direta pelos serviços prestados por instituições privadas de saúde, ou seja, é dever estatal regula e monitorar de forma permanente as instituições privadas de saúde.

Houve ainda, segundo o Comitê, a ausência de serviços apropriados de saúde materna e discriminação, pelo fato de ser mulher, afrodescendente e de baixa renda. Ainda, afirmou que o Estado não assegurou proteção judicial contra os que causaram diretamente a morte de Alyne e foi responsável pela demora no julgamento da ação indenizatória, não cumprindo, assim, sua obrigação de assegurar proteção e ação judicial efetiva.

Não está incluso no caso relatado, mas é importante frisar que o profissional de saúde, servidor público, responde regressivamente perante o ente público condenado a indenizar o dano, se demonstrada sua culpa. É o chamado direito de regresso, conforme dispõe o artigo 43 do Código Civil:

Art. 43 As pessoas jurídicas de direito público interno são civilmente responsáveis por atos dos seus agentes que nessa qualidade causem danos a terceiros, ressalvando o direito regressivo contra os causadores do dano, se houver, por parte destes, culpa ou dolo (Brasil, 2002).

Outra questão importante que surge é se as instituições privadas de saúde têm responsabilidade objetiva, submetendo-se ao disposto no inciso III do artigo 932 do Código Civil:

Art. 932 São também responsáveis pela reparação:

[...]

III - o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele (Brasil, 2002).

A responsabilidade adotada pelo Código Civil de 2002 adotou a mesma forma de responsabilidade que o Código de Defesa do Consumidor já havia adotado, a responsabilidade objetiva, independentemente de culpa, em relação aos prestadores de serviço em geral (Brasil, 2002).

Quando as instituições particulares de saúde prestam serviço aos que as procuram, criam uma relação contratual, entre fornecedor e consumidor, ou seja, uma relação consumerista, sendo regulada por norma infraconstitucional. O hospital responde pelos atos médicos dos profissionais que o administram (diretores, supervisores) e dos médicos que sejam seus empregados. O hospital firma um contrato hospitalar com o paciente, assumindo obrigação de fornecer serviços médicos, paramédicos (medicamentos, instalações, instrumentos, pessoal de enfermagem etc) e de hospedagem. O caput do artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor estabelece a responsabilidade objetiva do fornecedor de serviços:

Art. 14 O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos (Brasil, 1990).

O estabelecimento de saúde privado também terá o direito de regresso, reavendo do profissional de saúde mediante ação regressiva contra o causador direto do dano, quando provado sua culpa. O hospital não responderá na hipótese de o médico ou qualquer profissional de saúde utilizar suas instalações para internação e tratamento de pacientes, não sendo, assim, preposto, mas profissional independente, sem vínculo de subordinação com o hospital, na utilização do mesmo por interesse ou conveniência do paciente ou dele.

Trata-se, portanto da chamada responsabilidade subjetiva. Há um contrato entre o paciente e o médico, quando este o atende, não tem como objeto contratual a cura, a obrigação de resultado, mas a proceder de acordo com as regras e os métodos da profissão, prestação de cuidados contenciosos, de acordo com as aquisições da ciência, configurando-se, assim, uma obrigação de meio. Serão responsabilizados civilmente quando ficar provada qualquer modalidade de culpa: imprudência, negligência e imperícia.

Ao prejudicado incumbe a prova de que o profissional agiu com culpa, conforme dispõe o artigo 951 do Código Civil:

Art. 951 O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho (Brasil, 2002).

No mesmo sentido dispõe o artigo 14, § 4º, do Código de Defesa do Consumidor: “A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”. Essa prova é, na maioria das vezes, muito difícil de ser encontrada, tornando-se um verdadeiro tormento para as vítimas. Mas, por se tratar de uma relação de consumo, há no Código de Defesa do Consumidor a possibilidade de inversão do ônus da prova em favor do consumidor. É o que dispõe o inciso VIII do artigo 6º:

Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

[...]

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências (Brasil, 1990).

A ideia é que com a inversão do ônus da prova, a hipossuficiência do consumidor, não só econômica, mas também técnica, já que o profissional médico se encontra em melhores condições de apresentar aos autos, elementos de prova necessários à análise de sua responsabilidade, o consumidor tenha a facilitação na defesa dos seus direitos.

Na prática é de grande dificuldade ser provado um ato de violência obstétrica por parte dos profissionais de saúde, já que é oculto o que a parturiente precisa, a começar pelas informações, e sem informações dos procedimentos médicos, ela não poderá identificar se aquilo a que está se submetendo é desnecessário e causa risco à sua saúde ou à de seu bebê. Existe uma espécie de “autoridade” revestida nos profissionais de saúde, onde não há cabimento para a opinião da mulher no que é melhor para a sua saúde e a do seu filho.

Ainda existem poucos casos de responsabilidade civil, gerando indenização por danos morais e materiais. É uma prática que precisa ser disseminada na tentativa de diminuir práticas abusivas por profissionais de saúde contra as mulheres. Desse modo, o tema torna-se inesgotável, e certamente, será motivo de muitas discussões no mundo jurídico, cujo objetivo, é buscar uma forma de preservar a integridade física e moral da parturiente, sendo necessária a participação do poder público, buscando responsabilizar civil e penalmente quem

atentar de forma desumana e incoerente contra a saúde física e mental da mulher, através de manobras obstétricas e incompatíveis com a dignidade humana feminina.

No caso da responsabilidade penal, o agente infringe uma norma de direito público. O interesse lesado é o da sociedade, diferente do interesse na responsabilidade civil, que é diretamente lesado o privado, onde o prejudicado poderá pleitear ou não a reparação. Se ao causar dano, o agente transgredir, também, a lei penal, ele se torna, ao mesmo tempo, obrigado civil e penalmente. Tendo que responder perante o lesado e perante a sociedade. Há distinções entre a responsabilidade civil e penal: a primeira é que esta é pessoal e intransferível, respondendo o réu com a privação de sua liberdade, enquanto aquela é patrimonial, é o patrimônio do devedor que responde por suas obrigações. A segunda distinção é quanto a tipicidade, pois é um dos requisitos genéricos do crime, sendo necessário que haja perfeita adequação do fato concreto ao tipo penal, enquanto no cível, qualquer ação ou omissão pode gerar a responsabilidade civil, desde que viole direito e cause prejuízo a outrem. Como última distinção temos que a culpabilidade é bem mais ampla na área cível, enquanto na esfera criminal nem toda culpa acarreta a condenação do réu, pois se exige que tenha um certo grau ou intensidade.

O fato de a violência obstétrica não constituir um tipo penal, não se torna motivo de exclusão da possibilidade de enquadrar os atos dos agressores em outros tipos preexistentes no Código Penal Brasileiro. As condutas dos profissionais de saúde que atentam contra a honra e dignidade das mulheres podem ser classificadas como crimes de lesão corporal e/ou constrangimento ilegal.

A lesão corporal é descrita no artigo 129 do Código Penal de três formas: lesão corporal leve (caput), lesão corporal grave (§2º) e lesão corporal gravíssima (§3º). As que irão influenciar o nosso estudo serão as de natureza leve e grave. Aduz o artigo 129:

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Pena - detenção, de três meses a um ano.

§ 1º Se resulta:

[...]

IV - aceleração de parto

[...]

Pena - reclusão, de dois a oito anos (Brasil, 1940).

Lesão corporal consiste em todo e qualquer dano produzido por alguém, sem animus necandi, à integridade física ou à saúde de alguém. É capaz de abranger qualquer ofensa à normalidade funcional do organismo humano, numa visão anatômica, física ou psíquica. Sendo, portanto, impossível uma perturbação mental sem um dano à saúde, ou um dano à saúde sem uma ofensa corpórea. O bem jurídico tutelado pelo tipo penal é a integridade corporal e a saúde da pessoa humana, a incolumidade do indivíduo. O sujeito ativo pode ser qualquer pessoa, não requerendo nenhuma condição particular, pois se trata de um crime comum, e o tipo penal não faz qualquer referência relativa ao sujeito ativo. Da mesma forma ocorre com o sujeito passivo, que pode ser qualquer pessoa humana viva, com exceção da figura qualificativa presente no inciso V do §1º, que de forma especial, admite que somente a mulher grávida pode figurar na condição de sujeito passivo do crime de lesão corporal, sendo de natureza grave.

Tem-se como conduta típica a ofensa, que significa lesar, ferir a integridade corporal ou a saúde de outrem. Ofender a integridade corporal compreende a alteração, anatômica ou funcional, interna ou externa, do corpo humano, como, por exemplo, os procedimentos inapropriados e dispensáveis da episiotomia, da tricotomia, do uso da ocitocina e da manobra de Kristeller. Ofender à saúde compreende a alteração de funções do organismo ou perturbação psíquica. A consumação se dá com a lesão efetiva à integridade ou à saúde de outrem; consuma-se no momento exato em que se produz o dano resultante da conduta ativa ou omissiva.

A lesão corporal não é apenas ofensa à integridade corpórea, mas também à saúde. A lesão à saúde abrange tanto a saúde do corporal como a mental. Se alguém, à custa de ameaças, provoca em outra, por exemplo, à gestante, repressões, humilhações, deboches com relação à etnia, classe social, crenças e seus desejos para o parto, excesso de toques ginecológicos e realização de exames dolorosos e contra indicados, pratica lesão corporal, que pode ser leve ou grave, dependendo de sua intensidade.

Não existe definição específica precisa da lesão corporal leve, entende-se que por exclusão, que é aquela não for definida em lei como grave ou gravíssima. O §1º relaciona quatro hipóteses que qualificam a lesão corporal, pois lhe atribuem novos parâmetros, máximo e mínimo, de pena, que são de 1 a 5 anos de reclusão. O que interessa ao nosso estudo é o inciso IV, que diz respeito à gestante. Trata a aceleração do parto como uma forma de lesão corporal, por ser uma antecipação do nascimento do feto com vida. É indispensável que o feto esteja vivo, nasça com vida e continue a viver, caso contrário, se morrer, no útero ou fora dele, configurar-se-á aborto, e a lesão corporal será qualificada como gravíssima (§2, V). É necessário que o agente tenha conhecimento da gravidez da vítima, pois só assim a aceleração do parto pode ser produto de culpa, uma vez que será no mínimo consciente.

O crime de constrangimento ilegal é descrito no artigo 146 do Código Penal:

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: Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa (Brasil, 1940).

O bem jurídico tutelado é a liberdade individual ou pessoal de autodeterminação, ou seja, a liberdade do indivíduo de fazer o que quiser, dentro dos limites legais. A liberdade que se protege é a psíquica (livre formação da vontade, sem coação) e a física. O que se viola no crime de constrangimento ilegal é a liberdade e o direito de querer e atuar. O sujeito ativo pode ser qualquer pessoa, não requerendo nenhuma qualidade ou condição particular, tratando-se de um crime comum. O sujeito passivo pode ser qualquer pessoa, desde que capaz de sentir a violência e motivar-se com ela. O núcleo do tipo é constranger, que significa obrigar, forçar, compelir, coagir alguém a fazer ou deixar de fazer alguma coisa a que não está obrigado.

As formas de realização do constrangimento ilegal estabelecidas pela lei e que interessa à nossa pesquisa são mediante violência (força física, real) e mediante grave ameaça (violência moral, intimidação). Mediante violência significa a força física, material, a vis corporalis, com a finalidade de vencer a resistência da vítima, podendo ser produzida pela própria energia corporal do agente, podendo também ser empregada através de omissão. Mediante grave ameaça constitui uma forma típica da “violência moral”, é a vis compulsiva, exercendo uma força intimidativa, inibitória, anulando ou minando a vontade e o querer do ofendido, procurando, assim, inviabilizar eventual resistência da vítima. A violência moral pode materializar-se em gestos, palavras, atos, escritos ou qualquer outro meio simbólico.

Exemplo típico é a omissão por parte dos profissionais de saúde de informações necessárias às parturientes sobre o estado em que estão e por quais procedimentos irão submeter-se. Outro exemplo é a anulação da escolha feita pela gestante do tipo de parto ao qual quer submeter-se e o profissional de saúde, na maioria das vezes, o médico, escolher outra forma por conveniência própria.

#### **IV. Conclusion**

No início da pesquisa, buscou-se analisar a evolução do parto, seu histórico e conceito, bem como a violência obstétrica enquanto forma de violência contra a mulher. Trata-se de um termo ainda pouco difundido na sociedade brasileira, sendo debatido com maior frequência apenas em mídias sociais, ao contrário de países como Venezuela e Argentina, que reconhecem a violência obstétrica como uma categoria específica de violência contra a mulher, sendo, no caso venezuelano, tipificada como crime a ser prevenido, punido e erradicado.

Constatou-se que a violência obstétrica se manifesta de diversas formas durante o processo de parturição, conforme discutido no terceiro capítulo do presente trabalho. Essas práticas vão desde a ausência de explicação e de consentimento para a realização de procedimentos até ofensas verbais proferidas pelos profissionais de saúde, cujo objetivo, muitas vezes, é inibir a manifestação de sentimentos e percepções das mulheres durante o trabalho de parto. Nesse contexto, a parturiente torna-se alvo de posturas autoritárias, que transformam o sonho de um parto respeitoso e saudável em um episódio traumático, com consequências físicas e psicológicas duradouras.

Destacou-se, ainda, que a violência obstétrica permanece pouco reconhecida como ato violento, pois, no momento em que ocorre, as mulheres vivenciam emoções intensas que, em geral, as silenciam. Por essa razão, torna-se fundamental a abordagem dos direitos da mulher no período gestacional, no parto e no pós-parto, sobretudo nas consultas de pré-natal. Esses momentos configuram oportunidades privilegiadas para esclarecer a gestante acerca de seus direitos e para instrumentalizá-la no processo de tomada de decisões sobre seu corpo e sua parturição, possibilitando, assim, que ela possa reivindicar e denunciar eventuais situações de desrespeito.

Nesse contexto, a violência obstétrica configura-se como uma grave violação aos direitos fundamentais das mulheres, atingindo diretamente sua dignidade, autonomia e integridade física e psicológica. Tal prática, ainda pouco reconhecida e judicializada, exige maior visibilidade no campo jurídico e social, de modo a consolidar mecanismos efetivos de proteção e reparação. A responsabilização civil e penal dos agentes envolvidos revela-se não apenas viável, mas necessária, sobretudo diante do arcabouço normativo que ampara a mulher em sua condição de sujeito de direitos, assegurando-lhe indenização por danos morais e materiais decorrentes das práticas abusivas.

Os relatos de vítimas e as evidências científicas demonstram que muitos procedimentos obstétricos, historicamente naturalizados, são desprovidos de respaldo técnico e configuram violações dos direitos reprodutivos, em desacordo com recomendações internacionais, como as da Organização Mundial da Saúde. Nesse cenário, a conscientização da sociedade e a incorporação de políticas públicas eficazes tornam-se instrumentos indispensáveis para a erradicação de práticas desnecessárias e potencialmente danosas, reforçando o dever estatal de coibir a violência e assegurar a equidade de gênero no campo da saúde.

Diante disso, a pesquisa contribui para o fortalecimento do debate sobre a violência obstétrica ao evidenciar a necessidade de reconhecimento jurídico, social e cultural desse fenômeno, promovendo não apenas o amparo às vítimas, mas também a transformação das práticas profissionais e institucionais que perpetuam tais

violações. O enfrentamento da violência obstétrica, portanto, deve se consolidar como prioridade, de modo a garantir às mulheres o pleno exercício de seus direitos fundamentais e a efetividade de um parto digno, seguro e humanizado.

### References

- [1]. Aguiar, J. M.; D'oliveira, A. F. P. L.; Schraiber, L. B. Violência Institucional, Autoridade Médica E Poder Nas Maternidades Sob A Ótica Dos Profissionais De Saúde. *Cadernos De Saúde Pública*, V. 29, N. 11, P. 2287-2296, 2013.
- [2]. Andrade, P. O. N.; 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*, Recife, V. 16, N. 1, P. 29-37, 2016.
- [3]. Brasil. Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988. Diário Oficial Da União: Seção 1, Brasília, Df, 5 Out. 1988. Disponível Em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso Em: 8 Set. 2025.
- [4]. Brasil. Decreto-Lei Nº 2.848, De 7 De Dezembro De 1940. Código Penal. Diário Oficial Da União: Seção 1, Rio De Janeiro, Rj, 31 Dez. 1940. Disponível Em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del2848.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm). Acesso Em: 8 Set. 2025.
- [5]. Brasil. Lei Nº 10.406, De 10 De Janeiro De 2002. Institui O Código Civil. Diário Oficial Da União: Seção 1, Brasília, Df, 11 Jan. 2002. Disponível Em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10406.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm). Acesso Em: 8 Set. 2025.
- [6]. Brasil. Lei Nº 11.340, De 7 De Agosto De 2006. Cria Mecanismos Para Coibir A Violência Doméstica E Familiar Contra A Mulher E Dá Outras Providências. Diário Oficial Da União: Seção 1, Brasília, Df, 8 Ago. 2006.
- [7]. Brasil. Lei Nº 8.078, De 11 De Setembro De 1990. Dispõe Sobre A Proteção Do Consumidor E Dá Outras Providências. Diário Oficial Da União: Seção 1, Brasília, Df, 12 Set. 1990. Disponível Em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8078.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm). Acesso Em: 8 Set. 2025.
- [8]. Brasil. Parto, Aborto E Puerpério: Assistência Humanizada À Mulher. Ministério Da Saúde. Brasília: Ministério Da Saúde, 2001. Disponível Em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso Em: 28 Ago. 2025.
- [9]. Brasil. Portaria Nº 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 Sistema Único De Saúde – Sus. Ministério Da Saúde. Diário Oficial Da União: Seção 1, Brasília, Df, 5 Dez. 2005.
- [10]. Brasil. Resolução Nº 36, De 3 De Junho De 2008. Dispõe Sobre Regulamento Técnico Para Funcionamento Dos Serviços De Atenção Obstétrica E Neonatal. Ministério Da Saúde. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Diário Oficial Da União: Seção 1, Brasília, Df, 4 Jun. 2008.
- [11]. Bulos, U. Curso De Direito Constitucional. 6. Ed. São Paulo: Saraiva, 2011.
- [12]. Diniz, S. G.; Et Al. 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*, São Paulo, V. 25, N. 3, P. 377-384, 2015.
- [13]. Ferreira, I. Medo, Desamparo E Solidão: Impactos Da Violência Obstétrica Em Gestantes Adolescentes Do Nordeste. *Jornal Da Usp*, São Paulo, 19 Out. 2023. Disponível Em: <https://jornal.usp.br/ciencias/medo-desamparo-e-solidao-impactos-da-violencia-obstetrica-em-gestantes-adolescentes-do-nordeste/>. Acesso Em: 28 Ago. 2025.
- [14]. Gonçalves, C. R. Direito Civil Brasileiro, Volume 4: Responsabilidade Civil. 7. Ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
- [15]. Leal, M. C.; Et Al. Intervenções Obstétricas Durante O Trabalho De Parto E Parto Em Mulheres Brasileiras De Risco Habitual. *Cadernos De Saúde Pública*, Rio De Janeiro, V. 30, N. 1, P. S17-S32, 2014.
- [16]. Meira, D. S.; Et Al. Violência Obstétrica Como Violação Dos Direitos Humanos. *Revista Foco*, V. 16, N. 11, E3769, 2023.
- [17]. Mott, M. L. Parteias: O Outro Lado Da Profissão. *Niterói*, V. 6, N. 1, P. 117-140, 2005.
- [18]. Nascimento, S. L.; Et Al. Conhecimentos E Experiências De Violência Obstétrica Em Mulheres Que Vivenciaram A Experiência Do Parto. *Enfermeria Actual De Costa Rica*, San José, N. 37, P. 1-16, 2019.
- [19]. Palharini, L. A.; Figueirôa, S. F. De M. Gênero, História E Medicalização Do Parto: A Exposição “Mulheres E Práticas De Saúde”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio De Janeiro, V. 25, N. 4, P. 1039-1061, 2018.
- [20]. Sena, L. M.; Tesser, C. D. Violência Obstétrica No Brasil E O Ciberativismo De Mulheres Mães: Relato De Duas Experiências. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, V. 21, N. 60, P. 209-220, 2017.
- [21]. Who. Recommendations: Intrapartum Care For A Positive Childbirth Experience. World Health Organization, 2018. Disponível Em: <https://www.who.int/publications/l/item/9789241550215>. Acesso Em: 28 Ago. 2025.
- [22]. Zanardo, G. L. P.; Et Al. Violência Obstétrica No Brasil: Uma Revisão Narrativa. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, V. 29, P. E155043, 2017.