

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
FACULDADE DE LINGUAGEM, CIÊNCIAS AGRÁRIAS E SOCIAIS APLICADAS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PONTES E LACERDA
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

DAIANI RODRIGUES DE MACEDO OLIVEIRA

**ENTRE A DOR E O DIREITO: A RESPONSABILIDADE CIVIL EM CASOS DE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

DAIANI RODRIGUES DE MACEDO OLIVEIRA

**ENTRE A DOR E O DIREITO: A RESPONSABILIDADE CIVIL EM CASOS DE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Monografia submetida à Faculdade de linguagem,
ciências agrárias e sociais aplicadas – FALCAS,
Universidade Estadual do Mato Grosso, para
obtenção do título acadêmico de Bacharel em
Direito.

Orientador: Prof. Me. Weder de Lacerda Silva

O48e Oliveira, Daiani Rodrigues de Macedo.

Entre a dor e o direito: a responsabilidade civil em casos de Violência Obstétrica / Daiani Rodrigues de Macedo Oliveira. - Pontes e Lacerda, 2025.

67f.: il.

Universidade do Estado de Mato Grosso "Carlos Alberto Reyes Maldonado", Direito/PLC - Pontes e Lacerda - Bacharelado - Contínua, Campus Universitário De Pontes E Lacerda.

Orientador: Weder de Lacerda Silva.

1. Legislação. 2. Justiça. 3. Violência Obstétrica. I. Silva, Weder de Lacerda. II. Título.

UNEMAT / MTSCB

CDU 396:618.2

DAIANI RODRIGUES DE MACEDO OLIVEIRA

**ENTRE A DOR E O DIREITO: A RESPONSABILIDADE CIVIL EM CASOS DE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Weder de Lacerda Silva
Curso de Direito/UNEMAT
Orientador

Prof. Me. Lincoln Michel Pilquevitch
Curso de Direito/UNEMAT
Convidado

Dr.^a Adrielle dos Santos Bachega
Convidada

Aprovado em: 25/11/2025

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso a Deus, Autor da Vida, que me permitiu e me capacitou para chegar a esse momento. À minha família, em especial aos meus queridos: pai, irmão e cunhada, por todo o apoio, seja com palavras de incentivo, seja com a paciência em ouvir sobre o desenvolvimento da pesquisa e escrita e especialmente à minha mãe, por todo o cuidado com nosso precioso Davi Luiz, para que eu pudesse me concentrar nos estudos. Ao meu amado esposo, por estar sempre ao meu lado, compreendendo meus momentos de ausência, acreditando em mim quando eu mesma duvidava e comemorando cada etapa concluída. A todos vocês, o meu coração será eternamente grato e cheio de amor!

AGRADECIMENTOS

Eu gostaria de externar meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram para a elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso.

À Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT - instituição para a qual retornei após dez anos rumo a uma segunda graduação.

À professora Esp. Adrielle dos Santos Bachega, que no ano de 2021 me orientou com a escrita de um artigo que posteriormente se tornou este Trabalho.

Ao meu ilustre orientador, o Professor Me. Weder de Lacerda Silva, pela prontidão em aceitar o convite para me orientar, pela objetividade nas orientações e pelas valiosas palavras de incentivo em momentos tão necessários.

Ao Professor Dr. Joacir Mauro da Silva Júnior, por todas as ricas orientações de como desenvolver a escrita do modo mais lapidado possível.

De antemão, agradeço à minha banca examinadora, composta por dois professores que ao longo de minha jornada acadêmica, me inspiraram para que eu me dedicasse ainda mais aos estudos: Professor Me. Lincoln Michel Pilquevitch e Professora Esp. Adrielle dos Santos Bachega.

A todos, a minha profunda gratidão!

“Eu vos digo: é necessário ter um caos em si para poder dar à luz uma estrela bailarina.”

Friedrich Nietzsche

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso analisa a Violência Obstétrica no Brasil como fenômeno jurídico e social que afeta diretamente a dignidade, a autonomia e a integridade física e psíquica das mulheres. Parte-se da identificação das práticas abusivas mais recorrentes no ciclo gravídico-puerperal, evidenciando como intervenções desnecessárias, omissões informacionais, condutas desrespeitosas e protocolos institucionais inadequados contribuem para a perpetuação dessa forma de violência. À luz de pesquisa bibliográfica, documental e jurisprudencial, examina-se a ausência de legislação federal específica e a consequente relevância da responsabilidade civil e também da responsabilização penal. Discute-se a imputação de responsabilidade aos profissionais de saúde, às instituições hospitalares e ao Estado, bem como os efeitos sociais e jurídicos decorrentes dessas condutas. Por fim, relatos reais e decisões judiciais são analisados a fim de demonstrar o reconhecimento crescente do tema pelo Poder Judiciário e a necessidade urgente de aprimoramento legislativo para que se possa concretizar a proteção aos direitos das mulheres em ciclo gravídico puerperal.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Responsabilidade Civil; Direitos Fundamentais; Justiça; Legislação.

ABSTRACT

This Final Undergraduate Paper analyzes obstetric violence in Brazil as a legal and social phenomenon that directly affects women's dignity, autonomy, and physical and psychological integrity. The study begins by identifying the most recurrent abusive practices within the pregnancy–childbirth–postpartum cycle, highlighting how unnecessary interventions, lack of information, disrespectful conduct, and inadequate institutional protocols contribute to the perpetuation of this form of violence. Based on bibliographic, documentary, and jurisprudential research, the work examines the absence of specific federal legislation and the resulting relevance of civil liability, as well as the possibility of criminal liability. It discusses the attribution of responsibility to healthcare professionals, medical institutions, and the State, in addition to the social and legal impacts arising from such conduct. Finally, real testimonies and judicial decisions are analyzed to demonstrate the growing recognition of the issue by the Judiciary and the urgent need for legislative improvement to ensure the protection of the rights of women in the pregnancy and postpartum cycle.

Keywords: Obstetric Violence; Civil Liability; Fundamental Rights; Justice; Legislation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL	13
2.1 CONSENTIMENTO INFORMADO	13
2.2 CONCEITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	14
2.3 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	16
2.2.1 Caráter físico	17
2.2.2 Caráter psicológico	18
2.2.3 Caráter sexual	19
2.2.4 Caráter institucional	20
2.2.5 Caráter material	21
2.2.6 Caráter midiático	22
2.4 A FALTA DE INFORMAÇÃO SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL	23
3 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	26
3.1 LEI N.º 11.108/2005 - LEI DO ACOMPANHANTE	27
3.2 VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS	32
3.3 DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	32
3.4 DO DIREITO À INTEGRIDADE FÍSICA, PSÍQUICA E MORAL	33
3.5 DO DIREITO À SAÚDE	33
3.6 DO DIREITO À LIBERDADE E AUTONOMIA	36
3.7 DO DIREITO À INTIMIDADE E PRIVACIDADE	36
3.8 DO DIREITO À INFORMAÇÃO	37
4 RESPONSABILIDADE CIVIL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	39
4.1 DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	39
4.2 DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	44
4.3 DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO	46
4.4 DO DEVER DE REPARAR O DANO	48
4.5 DA RESPONSABILIZAÇÃO NA ESFERA PENAL	50
5 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL À LUZ DE CASOS REAIS	53
5.1 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NARRADA PELAS VÍTIMAS	53
6 CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

1 INTRODUÇÃO

A Violência Obstétrica é uma triste e abrangente realidade no Brasil, tendo em vista que a estimativa é que uma a cada quatro mulheres é vítima desse tipo de violação, sendo que muitas vezes sequer percebe que foi vítima, devido a normalização e a falta de informação a respeito dessas condutas abusivas.

Desse modo, este trabalho tem por propósito analisar o conceito de Violência Obstétrica, identificar quais as práticas mais recorrentes, bem como o impacto que acarretam na vida das mulheres vitimadas, com vistas a promover seu devido esclarecimento.

Busca-se enfatizar que tal prática não constitui um fenômeno natural ou aceitável, embora ainda aconteça de forma recorrente. Pretende-se, ainda, evidenciar que referida conduta configura violação de direitos fundamentais e, portanto, pode ser objeto de responsabilização civil no âmbito judicial.

Nesse sentido, colocar-se-á em debate se a aplicação da responsabilidade civil coíbe essas práticas ou se há a necessidade de elaboração de uma legislação específica para o tema. Outra questão a ser discutida é se os hospitais, unidades de atendimento, clínicas têm responsabilidade solidária quanto a ocorrência de Violência Obstétrica.

A hipótese neste trabalho é a de que uma legislação específica para tipificar a Violência Obstétrica facilitaria a responsabilização de seus agentes, além de desenvolver uma mudança cultural nos atendimentos obstétricos, favorecendo a mitigação desses atos e promovendo segurança jurídica às mulheres em ciclo gravídico puerperal.

Logo, com este escrito, busca-se conceituar a Violência Obstétrica e abordar seus impactos na vida das vítimas, esclarecer que se trata de violação a direitos fundamentais e que são condutas passíveis de responsabilização civil e analisar a relevância de desenvolver uma lei que trate especificamente dessa matéria.

Justifica-se o desenvolvimento desse trabalho em virtude da alta ocorrência de Violência Obstétrica nos ambientes de saúde, sejam públicos ou particulares, em todas as regiões do Brasil, o que torna urgente a adoção de medidas que assegurem às mulheres tratamento digno e respeitoso durante o pré-natal, parto ou pós parto.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 elenca uma série de direitos fundamentais inerentes a todos, dentre eles, a vida, a liberdade, a segurança a fim de garantir a dignidade da pessoa humana e a proteção do indivíduo. Ora, nota-se uma grave violação de direitos humanos fundamentais através da prática de Violência Obstétrica, o que

torna urgente a adoção de medidas para promover a erradicação dessa prática que bem poderia já estar devidamente tipificada como crime.

Desta forma, este Trabalho de Conclusão de Curso será desenvolvido através de abordagem qualitativa e natureza explicativa, combinadas a pesquisa bibliográfica, cujas principais fontes serão: artigos acadêmicos sobre o tema proposto, doutrinas que tratam sobre a responsabilidade civil, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e análise de jurisprudência a fim de observar como o Poder Judiciário tem se posicionado acerca da Violência Obstétrica.

Para tanto, este trabalho será dividido em quatro capítulos, sendo que no primeiro capítulo o foco será na conceituação da Violência Obstétrica e as condutas mais recorrentes, bem como será abordada a Lei n.º 11.108/2005 que, embora não tipifique a Violência Obstétrica, tem um papel bem importante na proteção aos direitos das mulheres gestante ou parturientes. Além disso, nesse capítulo também será tratado sobre como a falta de informação favorece para que essas práticas continuem acontecendo em grandes proporções.

O capítulo seguinte enfatizará sobre a falta de legislação própria sobre Violência Obstétrica e destacará os principais direitos fundamentais que são violados ante essa prática nos ambientes de saúde.

O penúltimo capítulo evidenciará a responsabilidade civil: quais são seus elementos e sua finalidade, tanto contra o profissional de saúde, como da instituição de saúde, como do Estado. Ademais, falar-se-á da possibilidade de responsabilização penal em determinados casos. Note-se que diante da ausência de uma Lei própria, o Poder Judiciário busca respaldo no instituto da responsabilidade civil e no Direito Penal.

Por fim, o último capítulo apresentará alguns relatos de vítimas de violência obstétrica e posicionamento jurisprudencial sobre o tema, com vistas a demonstrar a dimensão social desses abusos e a forma como o Poder Judiciário tem se posicionado e contribuído por meio de suas decisões para promover a Justiça.

Ante o exposto, vê-se que a responsabilização pela prática de Violência Obstétrica é um tema de grande relevância acadêmica e estudá-lo contribui para ampliar o conhecimento de como isso vem acontecendo em grandes proporções e o que pode ser feito para reverter tal cenário.

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

Existe uma série de condutas, tanto de ação como de omissão, que podem ser compreendidas com Violência Obstétrica. Tratam-se de práticas adotadas por profissionais de saúde - médicos, enfermeiros, técnicos e assistentes - praticados contra a mulher em seu ciclo gravídico puerperal, sobretudo no momento do parto.

Essas condutas podem resultar em danos físicos, psíquicos, sexuais e reprodutivos, que repercutem diretamente na vida da vítima e em determinados casos, até mesmo na vida do recém-nascido.

De acordo com a Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa (2012), no Brasil, entre as práticas mais recorrentes estão os procedimentos realizados sem a devida informação e consentimento da mulher, violar direitos garantidos por lei; descumprir normativas e legislação vigente (como a proibição de acompanhante) e os atendimentos humilhantes que desrespeitam a privacidade, a dignidade, a autonomia, entre outros direitos fundamentais devidamente assegurados na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Apesar da gravidade do problema, a Legislação Pátria ainda não dispõe de norma específica para coibir esse tipo de abuso. Essa lacuna legislativa contribui para que essas práticas se perpetuem, mesmo que existam direitos consolidados, como o direito ao acompanhante e a possibilidade de reparação civil perante o profissional ou a instituição de saúde.

Diante desse cenário, é evidente a necessidade de maior regulamentação e efetividade no cumprimento das garantias constitucionais, para assegurar a proteção da mulher nesse momento singular de sua vida.

Neste capítulo, dar-se-á ênfase à conceituação da violência obstétrica e quais as práticas que a caracterizam; será abordado o consentimento informado, a Lei n.º 11.108/2005 e a falta de informação da população acerca dessa problemática. Objetiva-se que dessa forma possa-se conscientizar que a Violência Obstétrica é uma realidade recorrente e preocupante nos atendimentos obstétricos, mas que existem meios para sua prevenção e restrição.

2.1 CONSENTIMENTO INFORMADO

Antes de adentrar a análise da Violência Obstétrica, é importante frisar sobre o consentimento informado. De acordo com o art. 22 do Código de Ética Médica, “é vedado ao

médico: Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”.

Desta forma, compreende-se que o médico não pode adotar ou indicar procedimentos desnecessários ou proibidos pela legislação brasileira, bem como deixar de esclarecer a paciente ou seus familiares sobre quais condutas poderão ser adotadas. A paciente, seu familiar ou representante legal tem o direito de decidir livremente sobre seu corpo e seu bem-estar e estabelecer limites do que pode ou não pode ser feito.

O consentimento somente poderá ser dispensado diante de risco iminente de morte. Desrespeitar esse direito, por si só, corresponde a um ato de Violência Obstétrica.

2.2 CONCEITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

No início do século XXI, diante de legislações e debates em países latino-americanos, o termo “Violência Obstétrica” foi incorporado ao vocabulário brasileiro, de modo que se pode dizer que é uma expressão relativamente nova. Alguns estudiosos como Mariani e Neto (2016) enfatizam que essa expressão foi cunhada pelo Dr. Rogelio Pérez d’Gregório, então presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, e publicado em 2010 no *Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia*.

No Brasil, observa-se que o termo Violência Obstétrica é tema de debate, tendo em vista que, de acordo com o Conselho Federal de Medicina e o Ministério da Saúde, é uma expressão inadequada e ofensiva a determinadas categorias profissionais. Conforme apresentado por Leite *et al.* (2024), os referidos órgãos apresentaram em nota que esse termo possui uma agressividade que beira a histeria, logo, deve-se evitá-lo.

Deste modo, mostra-se necessário estabelecer uma definição clara do que se entende por Violência Obstétrica, evitando que o uso indiscriminado do termo acarrete impactos negativos na prática médica adequada.

É importante pontuar que nem toda intervenção pode ser caracterizada como Violência Obstétrica, sobretudo quando comprovado que foi indispensável para evitar complicações graves na saúde da gestante ou do bebê. Ressalte-se que, ainda que a paciente detenha o direito à informação e tomada de decisão, o profissional de saúde, diante de uma situação emergencial pode decidir por adotar condutas necessárias para preservar a vida e a integridade física, todavia sem negligenciar o dever de informar e agir com respeito.

Para um melhor entendimento do conceito em questão, pode-se recorrer ao que está expresso no art. 2º da Lei Municipal n.º 3363/2013, de Diadema-SP, que, segundo Bonetti e

Fugii (2021) é a primeira lei no Brasil em que está disciplinado o termo Violência Obstétrica: “Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério”. (Bonetti; Fugii, 2021)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) chama atenção para a ocorrência sistemática de práticas abusivas e desrespeitosas no contexto do parto em instituições de saúde:

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. (Organização Mundial de Saúde, 2014, p. 1)

Tais situações ocorrem sem o consentimento da paciente, ou em razão de sua condição de vulnerabilidade, que a leva a priorizar a própria segurança e a do nascituro. Ressalte-se que pode acontecer tanto em entidades públicas quanto privadas e atinge gestantes e parturientes de diferentes idades, etnias, credos, graus de instrução e classes sociais, de forma indiscriminada.

Como consequências há perda de autonomia, constrangimento, dor, traumas físicos ou emocionais ou até mesmo a morte materna. Conforme dados apresentados pelo Ministério da Saúde (2016): “para cada 100 mil nascidos vivos, 64,4 mulheres morreram no parto ou puerpério no Brasil”. No ano de 2021, a Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso do Sul publicou uma Cartilha sobre Violência Obstétrica¹, que aponta esse número elevado de mortalidade materna no Brasil como consequência de má assistência e procedimentos inadequados, invasivos e violentos.

Para se ter um panorama da gravidade da questão, uma pesquisa intitulada “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado” realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC e divulgada em 2010, aponta que, no Brasil, de cada quatro mulheres em ciclo gravídico puerperal, uma já sofreu Violência Obstétrica. Entre 2011 e 2012 a Fiocruz realizou uma pesquisa chamada “Nascer no Brasil”, que contou com

¹Cartilha sobre violência obstétrica. Campo Grande: Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso do Sul, 2021. Disponível em: <https://www.defensoria.ms.def.br/cartilhas>. Acesso em: 05 jul. 2025.

relatos de 24 mil mulheres e o resultado obtido foi que na rede privada, 30% das mulheres atendidas sofreram Violência Obstétrica e no setor público, esse percentual subiu para 45%. Tais dados são corroborados por Leite *et al.* (2024):

O primeiro inquérito nacional que abordou a violência obstétrica foi realizado pela Fundação Perseu Abramo. Essa pesquisa contemplou 1.466 mulheres [...]. A violência obstétrica foi mensurada por meio de dez itens que avaliaram abusos físicos, psicológicos, sexuais e negligência, estimando uma prevalência de 25%. O segundo inquérito nacional [...] foi a pesquisa Nacer no Brasil I, realizada em 2011/2012. Aproximadamente 24 mil mulheres em todo o território nacional foram entrevistadas [...]. Os achados da pesquisa Nacer no Brasil mostraram que 11,1% das mulheres se sentiram desrespeitadas durante todo o processo de nascimento. [...] Cerca de 45% das entrevistadas relataram ter vivenciado pelo menos um ato de violência obstétrica durante o parto, incluindo violência física ou psicológica, tratamento desrespeitoso, falta de informação, privacidade e comunicação com a equipe de saúde, impossibilidade de fazer perguntas e perda de autonomia. (Leite *et al.* 2024, p.4, grifo nosso)

A Violência Obstétrica configura em grave violação aos direitos fundamentais assegurados pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em especial aos princípios da dignidade da pessoa humana, da igualdade, da liberdade e do direito à saúde. Ademais, representa uma afronta aos direitos humanos das mulheres, especialmente à integridade física, psíquica e moral, à autonomia da vontade, à intimidade e à privacidade.

Ante o exposto, é imprescindível lançar luz sobre essa problemática, não apenas sob o aspecto conceitual - para que se tenha conhecimento de sua existência e elevada incidência - mas também para viabilizar a responsabilização dos agentes de tais condutas e fomentar debates com vistas a impulsionar a formulação de políticas públicas. Além disso, é fundamental promover uma mudança cultural em relação ao processo reprodutivo feminino, principalmente o momento do parto, para que seja um momento vivenciado com dignidade e respeito.

2.3 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Inicialmente, é importante que se compreenda de quais maneiras a Violência Obstétrica se manifesta, tendo em conta que uma identificação clara dessas condutas é imprescindível para a conscientização da sociedade, principalmente as mulheres. Nesse diapasão, Oliveira (2023, p. 9) aponta que a informação é muito importante para coibir essas práticas: “Com a maior circulação de informações, evitaria que muitas mulheres passassem por essas situações e saberiam identificar e denunciar essas práticas, é com a informação que podemos conseguir diminuir os números de casos”.

A informação pode ser compreendida com um meio de denúncia, pois além de colaborar para a redução dos casos, viabiliza a responsabilização dos agentes e exerce pressão sobre o Poder Público para que este olhe de forma célere para essa questão, a fim de garantir que as mulheres em seu ciclo gravídico-puerperal estejam de fato amparadas por seus direitos.

Explicitar quais são os tipos de Violência Obstétrica e como elas podem ocorrer é promover visibilidade a essas práticas, que, constantemente, não são percebidas ou se tornam naturais em razão de sua elevada incidência, a ponto de serem socialmente consideradas normais. Nesse ponto, Oliveira (2017, p. 13) faz uma importante reflexão: “As mulheres se submetem a tais procedimentos invasivos e violentos por acreditarem que existe uma real necessidade de intervenção e por confiarem que o médico, e os demais profissionais da saúde que as assistem, utilizam-nas para protegerem sua saúde e a do bebê”.

Sob esse ponto de vista, com a finalidade de conhecer quais são esses procedimentos e expor o quanto são graves, é de importância crucial apresentar o entendimento contido no dossiê da organização Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, de 2012, apresentado à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da violência contra as mulheres. Intitulado Violência Obstétrica: Parirás com dor, o documento² aponta a existência de seis caracteres de Violência Obstétrica, que serão apresentados em seguida.

Vale apontar que esse rol de condutas não esgota todas as práticas existentes, haja vista que, conforme aduz Flach (2024, p. 17), há grande variedade e complexidade, que podem ocasionar em sequelas permanentes tanto a mulher quanto ao recém-nascido, resultando em danos passíveis de ressarcimento por responsabilidade civil, tema que em breve será explanado neste estudo.

2.3.1 Caráter físico

Tratam-se de intervenções realizadas no corpo da gestante, sem recomendação ou embasamento científico e que podem causar dores ou danos físicos, como: a) submetê-la ao jejum de alimentos e água; b) recusa por parte do profissional em administrar analgesia; c) realizar tricotomia (raspagem de pelos das partes íntimas); d) aplicar ocitocina com a finalidade de acelerar as contrações; e) cesariana eletiva, ou seja, cesariana por decisão do

²Dossiê elaborado para a CPMI da Violência contra as Mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012. Disponível em: https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf[https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf]. Acesso em: 6 ago. 2025.

médico, geralmente por conveniência de sua agenda; f) efetuar a manobra de Kristeller, isto é, empurrar a barriga em sua parte superior, com o propósito de facilitar a saída do feto.

Percebe-se que algumas dessas intervenções, além de causar constrangimento e dor física, colocam em risco a vida da parturiente e do nascituro. Chama a atenção a cesariana eletiva, pois, segundo Oliveira *et al.* (2020), essa cirurgia está relacionada a desfechos negativos de curto e longo prazo, tanto para as mulheres quanto para os recém-nascidos e também tem influência no crescimento da morbimortalidade materna, da prematuridade e na chance de óbito fetal e anormalidades placentárias em gestações futuras, além de impactar negativamente a amamentação e o desenvolvimento do sistema imunológico e da microbiota do neonato, aumentando as chances de asma e alergias futuras.

Ressalte-se que, de acordo com Carnieri (2023), o Brasil é o segundo país no *ranking* de realização de cesarianas, atrás apenas da República Dominicana, sendo que em muitos casos essas cirurgias são realizadas sem necessidade, como se pode observar:

Em 2014, 87,7% dos nascimentos no setor privado foram por via cirúrgica, em comparação a 42,9% no setor público. Nas diferentes regiões do país, as cesarianas têm aumentado, proporcionalmente, de acordo com a cobertura dos planos de saúde. No entanto, em ambos os setores, aproximadamente 50% ocorrem de forma eletiva, com agendamento prévio. (Oliveira *et al.*, 2020, p. 428)

Esse alto índice de cesarianas, de acordo com Cunha (2015, p. 21, *apud* Lima, 2020, p. 14) acontece na maior parte dos casos devido a “mercantilização do parto”, haja vista que um parto normal pode durar muitas horas, o que resulta na necessidade de os médicos reagendarem seus compromissos para se dedicarem a um único parto, ao passo que o tempo de uma cesariana é curto, de modo que podem ser realizadas várias em um único dia.

O que se observa é que em todas as situações acima mencionadas, ocorre uma priorização das conveniências institucionais ou profissionais, em detrimento de quem deveria ser o agente principal do parto: a gestante, o que reforça a caracterização de Violência Obstétrica.

2.3.2 Caráter psicológico

A Violência Obstétrica de caráter psicológico consiste na prática de atos verbais ou comportamentais que causem sentimento de insegurança, inferioridade, medo, perda de dignidade, dentre outros. Como exemplos, há as ameaças, grosserias, omissão de informações ou prestar informações em linguagem que dificulte o entendimento, gracejos a respeito da aparência da gestante, comentários maldosos sobre a idade, quantidade de filhos,

crença, orientação sexual, etnia, estado civil.

Sobre esse aspecto, Araújo *et al.* 2020 (*apud* Braga, 2022, p. 31) notabilizam:

[...] a violência moral é a mais associada ao comportamento profissional. Segundo a Fundação Perseu Abramo, pelo menos 23% das mulheres já ouviram algum insulto durante o parto. Também se expressam por meio de comentários abusivos, discriminatórios, insultuosos ou maliciosos sobre qualquer característica. Sendo assim, a violência moral obstétrica parece ser tão real quanto a violência física.

Uma questão que precisa ser destacada é sobre as mulheres em situação de abortamento, que parecem estar mais propensas a sofrerem violência psicológica. Segundo estudos, existe a suposição pessoal da equipe médica de que a paciente provocou o aborto e por isso a tratam com hostilidade. Pode-se expor como exemplo um fato ocorrido no Rio de Janeiro, em 2019:

[...] Chegou ao Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, no RJ, com manchas de sangue na perna. Ela estava grávida do namoro que tinha há cinco anos. No hospital, a enfermeira pediu para que ela fosse ao banheiro para verificar se seu sangue era “de verdade”. [...] chora quando conta que precisou abaixar o short para a enfermeira fiscalizá-la. “Ouvi ela falando para a colega, ‘eu não sei o que essa filha da puta fez’. Me passou remédio e mandou eu ir para casa, dizendo que se o sangramento continuasse era para voltar”. Ela passou três dias indo ao hospital sem ser atendida, até expelir o feto no banheiro da unidade de saúde. “Dizia que estava sentindo dor, mas para as enfermeiras, eu tinha causado aquilo”, diz. (Oliveira, 2024, p. 5)

Esse caso ilustra o que estudos acadêmicos apontam: “No contexto do aborto, são recorrentes as descrições de julgamento moral, adiamento da curetagem e, ainda, baixo controle da dor no cotidiano da assistência” (Madeiro, Rufino, 2017, p. 2772). Observa-se que pode ocorrer mesclagem de caracteres de violência obstétrica em um único atendimento, exatamente como pontuado no Dossiê Violência obstétrica: “Parirás com dor” (2012, p. 61).

Ante ao que foi exposto, é possível concluir que a violência obstétrica de caráter psicológico evidencia não apenas a vulnerabilidade da gestante, mas também a necessidade urgente de fiscalização das práticas hospitalares e responsabilização dos profissionais ou unidades de saúde, bem como a conscientização da sociedade de que essas condutas ferem direitos humanos e fundamentais ou seja, de que não se trata de algo normal da prática obstétrica.

2.3.3 Caráter sexual

Refere-se a realização de procedimentos que violem a intimidade ou pudor da mulher em condição de parturição, acessando ou não suas partes íntimas ou órgãos sexuais, tais como: obrigatoriedade de permanecer em apenas uma posição, geralmente a posição

denominada litotomia; realização de clister, mais conhecida por lavagem intestinal; exames de toque frequentes, agressivos e por mais de um profissional; execução de episiotomia (mais conhecida como “pique”).

Dentre as ações acima mencionadas, destaca-se a episiotomia, que é utilizada de forma rotineira nos partos vaginais e geralmente sem consentimento da gestante e sem anestesia. Consiste em uma incisão na região do períneo, com a finalidade de aumentar a abertura para a passagem do feto no momento expulsivo do parto. Conforme Lima (2020, p. 15), as justificativas para realização dessa intervenção são várias, entre elas: a prevenção das lacerações perineais severas, melhor preservação da função sexual posterior, redução da incidência em continência urinária e fecal e a proteção do recém-nascido.

Nessa vertente, Assunção (2022) salienta:

[...] considerada uma prática violenta, cuja ocorrência deve ser devidamente justificada e anotada em prontuário. A situação é tão crítica e cruel que, comumente, os médicos dão um ponto extra na região aberta, de maneira bárbara, o que popularmente é conhecido como “ponto do marido” [...] com o objetivo de deixar a vagina mais apertada, trazendo danos físicos e psicológicos irreparáveis para a mulher, que ficará sofrendo, por exemplo, com dores na penetração. (Assunção, 2022, p.3)

De acordo com uma pesquisa realizada pela Faculdade de Medicina da UFMG (2024), houve uma mudança positiva nas últimas décadas, com ênfase no fato de que a taxa de episiotomia caiu de cerca de 75% para aproximadamente 20%. Esse é um indicativo de evolução na assistência obstétrica em direção a práticas fundamentadas em evidências científicas, todavia, é indiscutível que se continue a colocar essa temática em debate, com vistas a deter ainda mais essas práticas.

2.3.4 Caráter institucional

A Violência Obstétrica de caráter institucional se materializa através de atos ou formas de organização que dificultam, retardam ou impedem o acesso a direitos já constituídos, como impedir ou dificultar o aleitamento materno, omitir ou violar os direitos da paciente em seu ciclo gravídico puerperal, adotar protocolos internos que impeçam ou contrariem normas vigentes. Destaca-se a questão conhecida como peregrinação por leito, sobre a qual Sens e Stamm (2019) enfatizam:

Desde 2007, a Legislação Brasileira (Lei n.º11.634) dispõe sobre o direito da gestante de ter conhecimento de onde receberá assistência ao parto, no âmbito do SUS. No entanto, a falta crônica de vagas e o fenômeno da peregrinação hospitalar representam ainda um grave problema de saúde pública, anulação dos direitos da gestante e, conseqüentemente, uma forma de violência. (Sens; Stamm, 2019, p.10)

Cabe mencionar com base no exemplo descrito que a Violência Obstétrica de caráter institucional ultrapassa a relação entre profissional de saúde e paciente e manifesta-se na própria estrutura da instituição.

A peregrinação por leito reflete a ausência de garantia concreta de direitos já reconhecidos em lei, e coloca a gestante em situação de vulnerabilidade física e psicológica justamente no momento em que ela necessita de maior acolhimento. Desse modo, observa-se que a violência institucional não se restringe a condutas isoladas, mas resulta também da omissão estatal em garantir condições adequadas de atendimento.

2.3.5 Caráter material

Esse caráter de Violência Obstétrica refere-se a atos praticados com a finalidade de obter recursos financeiros, violando direitos assegurados em lei, como induzir a contratar plano de saúde sob argumentação de que apenas desse modo será possível ter acompanhante no momento do parto. Sabe-se que o direito ao acompanhante está assegurado por lei, independente de o atendimento ser pela rede pública ou privada, todavia, é comum que haja a permissão somente mediante pagamento de alguma taxa, conforme se pode ver no Dossiê Violência Obstétrica: “Parirás com dor” (2012):

É muito comum a prática de cobrança de taxa para a entrada e permanência do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto. Em algumas maternidades havia cobrança da “taxa de paramentação” que variava de 20 a 300 reais, muitas vezes sendo cobrada à vista no momento da internação. Este é um caso típico de violência obstétrica de caráter institucional, psicológico e material. (Parto do Princípio, 2012, p. 73).

É importante esclarecer que a cobrança de taxa mescla três tipos de violência – institucional, psicológica e material – mas o foco nesse contexto é no caráter material pois consiste em exploração econômica da gestante em momento de vulnerabilidade.

No contexto do direito ao acompanhante, outra prática recorrente e igualmente grave é negar esse direito. Conforme Almeida e Ramos (2020) destacam:

Uma das tantas formas de violência obstétrica é a proibição do acompanhante, recomendada pela OMS desde 1985 na Conferência sobre Tecnologia Apropriada Para Nascimento e Parto. Não obstante, o que se percebe é uma prática institucionalizada nos hospitais, no sentido de não permitir a entrada do acompanhante ou não garantindo esse direito de maneira plena, respeitando aquilo que assegura a lei. Como resultado disso, tem-se uma interferência na vida privada, planejamento familiar e no amparo psicológico da parturiente.[...]A lei destaca que o acompanhante deve ser indicado pela própria parturiente (art. 19-J, §1o), pois reconhece a possibilidade, ainda que remota, de que a equipe médica possa subtrair esse direito de escolha. (Almeida; Ramos, 2020, p. 19-20)

O direito ao acompanhante está disposto na Lei Federal n.º 11.108/2005 e negá-lo, por si só, já consiste em Violência Obstétrica, além de violação à Lei, razão pela qual essa temática será melhor abordada em tópico posterior.

2.3.6 Caráter midiático

Compreende-se por Violência Obstétrica de caráter midiático as condutas adotadas por profissionais através de meios de comunicação, que firam psicologicamente as gestantes, parturientes e puérperas, fazendo apologia a práticas cientificamente contraindicadas, com finalidade social, econômica ou de dominação. Como exemplos, cita-se: apologia à cirurgia cesariana sem necessidade clínica, ridicularização do parto normal, *merchandising* de fórmulas de substituição ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce.

Conforme mencionado anteriormente, o rol de condutas consideradas Violência Obstétrica é exemplificativo, logo, pode-se citar neste contexto o caso da médica e *influencer* que teve abrangência nacional ao ser veiculada uma matéria em uma emissora de televisão. A médica em questão, conhecida como Bia Herief, teve seu registro profissional suspenso pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro após a repercussão do caso. A referida médica ficou famosa porque defendia o parto humanizado e questionava a necessidade de cesariana em muitos casos, de modo que muitas seguidoras se tornaram pacientes, contudo, parte dessas pacientes alegam que se tornaram vítimas, como se pode ver no seguinte relato:

[...] suportou um trabalho de parto que durou cinco dias. E, quando recebeu o prontuário da maternidade, diz que se sentiu traída. “Eu vi que ela tinha aplicado a ocitocina, que é um hormônio que aumenta, intensifica as contrações uterinas, sem o meu consentimento. Então, enquanto eu estava lá pedindo socorro, implorando para analgesia, dizendo que eu não aguentava mais, que eu queria uma cesariana, ela tava lá fazendo aquilo que estava intensificando as minhas dores”. (G1, 2025)

Esse caso ilustra que a Violência Obstétrica também pode se manifestar por meio do viés midiático, quando redes sociais ou veículos de comunicação são utilizados para autopromoção enganosa, manipulação ou normalização de práticas prejudiciais às mulheres.

Note-se que em todos os caracteres de violência obstétrica que foram abordados, as vítimas são submetidas a intervenções desnecessárias e dolorosas, são constrangidas, ludibriadas, privadas de autonomia, tratadas com descaso.

Independentemente se são condutas físicas, psicológicas, sexuais, institucionais, materiais ou midiáticas, cada uma delas configura clara violação aos direitos fundamentais garantidos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, quais sejam: o direito

à saúde, direito à integridade física, moral e psíquica, direito à informação e, principalmente, à dignidade da pessoa humana.

Isso posto, pode-se concluir que a Violência Obstétrica não é apenas uma questão de saúde pública, mas um grave ultraje aos direitos humanos das mulheres e precisa ser combatida, seja por meio de informação, seja por responsabilização civil aos seus agentes, como também por pressão ao legislativo para que seja célere ao deliberar sobre o assunto.

2.4 A FALTA DE INFORMAÇÃO SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

A falta de informação é um fator que, indiscutivelmente, favorece o aumento dos casos de Violência Obstétrica e dificulta a concretização do direito das mulheres a um parto digno e seguro. De acordo com Oliveira (2023), a informação é uma ferramenta crucial no combate a práticas desumanas e ilegais durante o ciclo gravídico-puerperal:

[...] é indispensável ações de educação permanente em saúde, levando informação às gestantes incluindo-as participativas no processo. Com a maior circulação de informações, evitariam que muitas mulheres passassem por essas situações e saberiam identificar e denunciar essas práticas, é com a informação que podemos conseguir diminuir os números de casos. (Oliveira, 2023, p. 9)

Freitas e Aragão (2021) apresentam em seu estudo que ao visitarem pouco mais de uma dezena de Unidades Básicas de Saúde (UBSs), nenhuma delas dispunha de informações sobre gravidez e parto, o que reforça a perspectiva de que a falta de conhecimento por parte das gestantes contribui para que a Violência Obstétrica tenha continuidade.

As enfermeiras responsáveis pelas Unidades foram questionadas sobre a inexistência de cartazes sobre as ações e condutas que caracterizam a Violência Obstétrica e as dezessete profissionais afirmaram que nenhum material com este teor foi entregue para distribuição nas Unidades de Saúde do Município desde que elas haviam assumido os equipamentos. As informações que deveriam ser discutidas neste espaço e que poderiam favorecer às usuárias o reconhecimento de ações profissionais que caracterizam a Violência Obstétrica não são veiculadas, o que limita as possibilidades de reconhecimento das mulheres enquanto vítimas deste tipo de violência. (Freitas; Aragão, 2021, p. 6)

Em 2024, Moraes, em seu artigo intitulado “Violência Obstétrica: avanços legislativos e desafios para a proteção das mulheres”, ressalta que nos últimos anos tem ocorrido um crescimento na conscientização sobre a Violência Obstétrica associado a aumento de esforços no combate e prevenção desses abusos. A autora enfatiza que é indispensável que haja uma abordagem centrada na mulher no parto, tornando-as capacitadas para exigir seus direitos.

De fato, a falta de conhecimento torna a mulher ainda mais exposta em um momento que já é naturalmente delicado; ela está em um ambiente no qual deveria estar protegida e

supõe-se que todas as práticas ali realizadas são para manter sua saúde e segurança, bem como a de seu filho.

Ressalte-se que algumas práticas são tão comuns que chegam a ser socialmente aceitas, como a episiotomia (pique) e mesmo que impacte física ou emocionalmente a vida da mulher, ela se cala por acreditar que é um procedimento necessário ou ainda, se cala por medo de sofrer represálias. À vista disso, Souza *et al.* (2021) reforçam:

Parte dos profissionais de saúde naturalizam a violência obstétrica e a praticam de forma rotineira. Entretanto, as puérperas em trabalho de parto e parto não questionam e não se opõem, por medo, autocracia ou por encontrarem-se em um momento único: o seu parto. [...] A falta de informação e o receio em questionar sobre os processos que serão realizados no processo do trabalho é um fator preeminente entre as puérperas, situação que pode surtir num conformismo da exploração de seus corpos por diversos profissionais, assentindo e aceitando passivamente, múltiplas situações desagradáveis. (Souza *et al.*, 2021, p. 2)

Posto isto, é notório que são urgentes medidas para coibir tais práticas e, em consonância com o que foi mencionado, a informação é um elemento fundamental para garantir um atendimento adequado às mulheres em situação de gravidez, aborto, parto ou pós-parto.

Programas de conscientização direcionados às mulheres, como a distribuição de cartilhas informativas sobre Violência Obstétrica são uma boa alternativa, inclusive essa prática já ocorre em alguns Estados como Mato Grosso do Sul e Santa Catarina.

Também, não se pode ignorar que falta preparo por parte dos profissionais de saúde, e esse, inegavelmente é um fator que contribui para que essas práticas continuem, logo, é essencial promover ações de capacitação desses agentes. Por este ângulo, destaca-se a seguinte orientação de Teixeira *et al.* (2020), que reforça a importância de um atendimento humanizado, assim como da capacitação contínua dos profissionais de saúde:

Por fim, como estratégia para evitar que as mulheres sofram esses impactos, deve-se garantir um atendimento livre de qualquer preconceito e discriminação, assim como fornecer a essas mulheres uma orientação satisfatória durante o pré-natal a respeito das fases do trabalho de parto, vias de parto, e direitos das mesmas, e a importância do plano de parto como uma forma documental de resguardo das suas escolhas. Faz-se necessário que profissionais que prestam assistência a esse grupo tenham uma maior adesão a cursos de atualização para um melhor conhecimento científico acerca da assistência. (Teixeira *et al.*, 2020, p.9)

Outro aspecto que corrobora para a perpetuação dessa violação aos direitos das mulheres, além da falta de informação, é a carência na legislação brasileira.

As dificuldades do reconhecimento de uma mulher enquanto vítima de Violência Obstétrica envolvem principalmente a falta de conhecimento sobre esta temática e sobre os direitos de cidadania em sua complexidade. As poucas legislações promulgadas para o combate da Violência Obstétrica também foram apontadas como uma das principais causas da dificuldade em se reconhecer como vítima deste tipo de violência contra a mulher. Diante disto, podemos considerar que o período

gestacional e o parto representam momentos propícios para a disseminação da violência, pois as mulheres tendem a ter sua autonomia negada em detrimento das desigualdades apontadas anteriormente. (Freitas; Aragão, 2021, p. 7)

Constata-se que, ainda que com passos tímidos, o Estado vem percorrendo um caminho voltado à promoção de garantias às mulheres para que possam vivenciar a gravidez, o parto e o pós-parto com dignidade e segurança. No tocante à legislação, essa questão será debatida em capítulo posterior.

3 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Em países vizinhos como Argentina e Venezuela, já existem Leis específicas para tipificar a Violência Obstétrica, o que ainda não há no sistema jurídico brasileiro, de modo que, diante dessa lacuna legislativa, busca-se respaldo em dispositivos constitucionais e infraconstitucionais, tais como o Código Civil e o Código Penal, além de ser suprida por meio da Jurisprudência e da aplicação de normas internacionais de direitos humanos ratificadas pelo Brasil.

É importante salientar que diversas unidades federativas, como Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e Amazonas tem em seu ordenamento jurídico estadual, leis que tratam especificamente do tema Violência Obstétrica.

Além disso, verifica-se, em consulta ao Portal da Câmara dos Deputados, a existência de diversos Projetos de Lei que visam garantir à gestante ou parturiente um atendimento mais digno e respeitoso. Dentre eles, destaca-se o Projeto de Lei n.º 296/2025³, que visa a notificação compulsória de casos de Violência Obstétrica, com vistas a coletar dados e dessa forma traçar um panorama nacional dessa questão e assim formular planos de enfrentamento com base em evidências.

Destaca-se também o Projeto de Lei n.º 1.763/2025⁴ que propõe estabelecer diretrizes voltadas à atenção pré-natal, trabalho de parto, nascimento e puerpério, em todas as instituições de saúde em território nacional, sejam públicas ou privadas. Esse mesmo Projeto de Lei também visa a tipificação penal da Violência Obstétrica.

Diante da gravidade do tema, é urgente e indispensável que o Poder Legislativo direcione atenção célere aos Projetos de Lei em tramitação, a fim de garantir suporte jurídico efetivo às vítimas de Violência Obstétrica e fornecer ao sistema judiciário subsídios adequados para sua atuação.

³ CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n.º 296, de 2025. Dispõe sobre a notificação compulsória de casos de violência obstétrica e traça diretrizes ao Poder Público para o enfrentamento desse agravo à saúde. Brasília, 5 fev. 2025. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2864334&filename=Avulso%20PL%20296/2025. Acesso em: 6 out. 2025.

⁴ CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n.º 1.763, de 2025. Dispõe sobre diretrizes voltadas à atenção pré-natal, ao trabalho de parto, ao nascimento e ao puerpério, bem como estabelece as condições para a tipificação penal da violência obstétrica. Brasília, 2 set. 2025. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2991475. Acesso em: 6 out. 2025.

3.1 LEI N.º 11.108/2005 - LEI DO ACOMPANHANTE

Historicamente, de acordo com Oliveira e Carvalho (2020) o parto acontecia em ambiente familiar e a mulher era assistida por uma mulher mais experiente, denominada parteira, além do que era essencial que houvesse a presença de outras mulheres experientes, como amigas e matronas.

No início do século XVII, o parto começou a ser medicalizado em países europeus e se tornou prática dominante no final do século XIX na Inglaterra, França, Alemanha e Estados Unidos.

No Brasil, no início do século XX a medicalização do parto foi considerada uma das estratégias para a civilização da população. O parto deixava então de ser um evento familiar, entre mulheres, e tornava-se uma prática hospitalar.

Com o avanço da medicina, o parto natural que valorizava a parteira na condução do processo de parir foi sendo substituído por intervenções médicas, ocorrendo a institucionalização do parto de forma gradativa, com a intervenção masculina e a substituição do ambiente familiar pelo hospitalar. No decorrer do tempo o parto e a sua assistência passaram por diversas transformações, ele saiu da residência da gestante ou de alguém de sua confiança, para ser realizado dentro do hospital, deixou de ser realizado pela parteira para ser um evento médico, foi do não uso de medicações à medicalização. O parto deixou de ser natural e passou a ser um evento regado, em razão das diversas transformações desenvolvidas, a mulher deixou de ser sujeito e passou a ser objeto, ou seja, ela passou a decidir pouco ou nada a respeito de como será conduzido o parto. (Oliveira; Carvalho, 2020, p.5)

Pode-se notar que nessa nova realidade, a mulher deixou de ser autônoma no parto e passou a ser mera seguidora do que o médico determinasse, afinal, ele é o detentor do conhecimento acerca do corpo feminino bem como do processo do nascimento de um bebê. Carvalho *et al.* (2020) enfatizam que: “Quando o parto hospitalar foi estabelecido, a maioria das mulheres começou a parir sem a presença de qualquer pessoa que lhe fosse familiar, tornando a parturição um momento de tensão, insegurança, medo e desconforto para a parturiente.”

Nesse cenário, as práticas abusivas encontraram um terreno fértil para prosperar, diante da passividade da mulher e da autoridade incontestável do médico e, com o tempo, a realidade de medicalização extrema e a crescente submissão das mulheres no contexto do parto passou a ser questionada por movimentos sociais, profissionais de saúde e pesquisadores.

Em 1958, aconteceu um movimento no Reino Unido, quando foi implementado uma Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas, muitas feministas reuniram-se e elaboraram textos expressando o seu descontentamento com os partos que as mulheres estavam vivendo, contribuindo assim para a formação de um

racional diferenciado que pensasse e se importasse com as parturientes. (Mendes, 2022, p. 4)

No Brasil, a mobilização em defesa da dignidade no parto remonta à década de 1980, quando foram implantados programas como o PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher), pelo Ministério da Saúde, em 1984, cujo objetivo primordial era atenção à saúde integral da mulher, com ênfase na saúde reprodutiva.

Nesse contexto, é indispensável falar também da ReHuNa (Rede Pela Humanização do Parto e Nascimento), criada em 1993 por iniciativa da sociedade civil e atuante até os dias de hoje, que tem como cerne a assistência ao processo reprodutivo, tanto que essa rede tem papel fundamental na formação do movimento “Humanização do parto / nascimento”.

O Ministério da Saúde, no ano 2000, instituiu o PHPN (Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento), com o propósito de reduzir a mortalidade materna e perinatal, bem como assegurar o acesso e melhorar a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal e assistência ao parto, puerpério e neonatal.

Na seara legislativa, como resultado de mobilizações sociais, sobretudo de uma campanha realizada pela ReHuNa, em 2005 sancionou-se a Lei Federal n.º 11.108, conhecida como Lei do Acompanhante, que assegura à mulher durante o pré natal, em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, o direito a ter um acompanhante por ela escolhido.

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. § 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Brasil, 2005)

Vale destacar que, muito antes da promulgação da Lei n.º 11.108/2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já reconhecia a importância do apoio contínuo à mulher durante o parto. Desde 1985, a entidade recomenda que todas as parturientes tenham o direito de estar acompanhadas por uma pessoa de sua escolha durante o trabalho de parto e nascimento, como forma de garantir apoio físico e emocional e contribuir para uma experiência positiva de parto: “Recomenda-se que todas as mulheres tenham ao seu lado um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de parto e parto” (*World Health Organization*; 2018; p. 3).

Não obstante, a garantia legal não tem sido suficiente para assegurar sua efetividade na prática. Conforme pesquisa conduzida por mestres e doutores da área da saúde, no artigo “O descumprimento da Lei do Acompanhante como agravamento à saúde obstétrica”, foram destacados dois aspectos:

Emergiram duas categorias temáticas: O desconhecimento das mulheres como influência no descumprimento da Lei do Acompanhante; e a Lei do Acompanhante

como instrumento de segurança para as mulheres em processo de parturição. As entrevistadas relataram o descumprimento da citada Lei, pelas instituições de saúde e pelos profissionais durante o parto e nascimento, tornando esse momento permeado por sentimentos negativos resultantes de estresses, desgastes e tensões face ao desrespeito aos direitos reprodutivos do casal. (Rodrigues *et al.*, 2015, p.1)

A presença do acompanhante pode, inclusive, facilitar o processo do parto e inibir ocorrências de Violência Obstétrica, uma vez que a parturiente está amparada com alguém de sua confiança, com quem tem vínculos afetivos e não apenas com os profissionais de saúde, além de ser um direito humano e reprodutivo.

Portanto, a permanência de um acompanhante é capaz de tornar esse momento menos estressante, é uma oportunidade de promoção de um estado de calma. Percebe-se que a presença do acompanhante também propicia benefícios físicos e emocionais, bem como redução do uso de analgesia, a sensação de dor, o uso de fórceps, aumento nos índices de Apgar e a diminuição da duração do trabalho de parto, tornando a parturiente mais segura e autônoma, proporcionando benefícios que estão diretamente relacionados ao processo de humanização. (Carvalho *et al.*, 2020, p. 50)

No sentido de coibir práticas abusivas, a presença do acompanhante também traz benefícios, conforme apontam Almeida e Ramos (2020):

[...] a observância desse direito pode diminuir os demais casos de Violência Obstétrica. Isso porque a presença do acompanhante pode inibir o comportamento de médicos, enfermeiras e de toda a equipe médica, garantindo à paciente um parto abaixo de sua autonomia e seu consentimento. (Almeida; Ramos, 2020, p. 24).

É relevante enfatizar que além dos benefícios para a mãe e o bebê, a instituição de saúde também obtém vantagens quando permite a permanência do acompanhante.

A presença de um acompanhante traz benefícios não somente para a mãe e bebê, mas também para o hospital, pois reflete na boa evolução do trabalho de parto e parto, que resultará em uma diminuição do tempo de internamento no hospital, como também no pós-parto pode contribuir com os cuidados ao recém-nascido, auxiliando a equipe de enfermagem que normalmente está sobrecarregada e não dispõe de tempo suficiente para atender o binômio mãe-filho. (Carvalho *et al.*, 2020, p. 51)

O momento do parto é único e proporciona diversas emoções: a alegria de conhecer o bebê, o medo, a dor física e a insegurança. Por isso, é indispensável a presença de alguém querido e de confiança para garantir apoio emocional e segurança. Negar esse direito, além de violar a Lei n.º 11.108/2005, configura uma forma de Violência Obstétrica, por ignorar a dignidade e autonomia da mulher no processo do parto.

O que se nota é que as instituições e profissionais de saúde que não cumprem essa lei, na verdade não o fazem por olhar com descaso para essa necessidade das parturientes e manterem uma relação de hierarquia com as pacientes e não de acolhimento. Carvalho *et al.* (2020) ilustram que:

Na prática, a Lei nº 11.108/05 é interpretada como se os médicos e os serviços tivessem autoridade para decidir se a mulher tem direito ou não de ter um

acompanhante. Não há sanções caso as autoridades de saúde, gestores ou profissionais se recusam a permitir acompanhantes, ou escolher o acompanhante, justificando seu desrespeito aos direitos com base em sua “autonomia médica”, ou com a falta de privacidade nas enfermarias, ou que eles não tiveram tempo para se adaptar à nova legislação. Isso dificilmente pode ser considerado justificável após o prazo dado para as instituições se adaptarem, e após 14 anos da criação da legislação nacional de 2005. (Carvalho *et al.*, 2020, p. 50)

Frutuoso e Brüggemann (2013, p. 910) enfatizam que determinadas instituições alegam dificuldade em cumprir o que a lei determina em razão da “adoção do modelo de assistência ao parto e nascimento centrado na biomedicina, as deficiências de infraestrutura e a falta de preparo do acompanhante”.

Almeida e Ramos (2020) também apresentam em seu estudo um rol de alegações das instituições para a negativa de acompanhamento, tais como a falta de estrutura física do local, a decisão de permitir ou não permitir ficar a cargo do médico, ou que só é permitido acompanhante se o parto for cesárea, se o acompanhante for mulher, ou se tiver participado de algum curso, ou se pagarem algum valor para poder acompanhar.

A falta de conhecimento a respeito da referida lei é um elemento que certamente favorece ao não cumprimento, ocasionando em inúmeros partos vivenciados por mulheres sem o devido apoio que necessitam e que tem garantido por lei.

Destaca-se ainda, o fato de que está previsto em lei que as instituições de saúde têm obrigação de manter em local visível a informação de que as gestantes têm direito ao acompanhante, conforme esculpido no art. 19-J, § 3º da Lei n.º 14.737/2023: “As unidades de saúde de todo o País ficam obrigadas a manter, em local visível de suas dependências, aviso que informe sobre o direito estabelecido neste artigo.” (Brasil, 2023)

No ano de 1990 foi promulgada a lei n.º 8.080, que entre outras providências, veio dispor acerca de condições para promover, proteger e recuperar a saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes.

Posteriormente, a Lei n.º 8.080/1990 foi alterada pela Lei n.º 11.108/2005, garantindo à parturiente o direito à presença de um acompanhante, conforme já mencionado e, em 2023, com vistas a aumentar a segurança e o bem-estar da mulher em repartições de saúde, sancionou-se a Lei n.º 14.737, que em seu art. 19-J, caput, dispõe: “Em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, toda mulher tem o direito de fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, durante todo o período do atendimento, independentemente de notificação prévia.” (Brasil, 2023)

Note-se que o Judiciário tem tentado proteger a dignidade e os direitos fundamentais das mulheres nesse momento tão delicado de suas vidas, contudo, mesmo com previsão legal,

esses direitos são frequentemente feridos, dando espaço para a Violência Obstétrica. Logo, a informação é uma forma de fazer cumprir a lei e como resultado, combater a Violência Obstétrica, conforme Almeida e Ramos (2020) pontuam:

É importante investir na disseminação da informação por meio de campanhas que visem conscientizar acerca dos direitos das gestantes, assim como é necessária uma urgente edição na lei do acompanhante de modo a prever pena pelo descumprimento dos hospitais em divulgarem o direito ao acompanhante por meio de placas nas paredes – conforme exigido pela lei. A prática de ambas essas medidas pode tornar o direito mais exigível ao ficar mais conhecido e ao fazer com que as instituições saibam que o descumprimento tem condão punitivo. (Almeida; Ramos, 2020, p.21)

O dossiê “Parirás com dor” (2012) aponta a necessidade de alteração na legislação para implementar alguma medida punitiva mediante a negativa de acompanhante, todavia, edições foram feitas na referida legislação, conforme já mencionado, a Lei n.º 14.737, sem nenhuma menção a sanção referente ao não cumprimento.

Uma questão que dificulta a aplicação da Lei 11.108 de 2005 pode ser a falta de previsão de punição para o descumprimento da referida Lei. Para exigir que o seu direito seja cumprido, algumas mulheres procuram o Ministério Público ou chamam a polícia quando dão entrada no serviço de saúde. Outras mulheres relatam o medo de buscar esses dispositivos com medo de desagradar as equipes e sofrer retaliações durante seu atendimento. A vulnerabilidade da mulher na assistência à saúde é evidente e necessita de ações efetivas para sua proteção. (Parto do Princípio, 2012, p. 69).

Em face do exposto, observa-se que, embora a Lei n.º 11.108/2005 seja um marco importante na humanização do parto, sua efetividade ainda encontra diversos obstáculos, principalmente devido à falta de fiscalização e sanção.

A vulnerabilidade das gestantes diante da violação desse direito atesta que é urgente a adoção de medidas que visem a ampla divulgação da existência desse dispositivo legal, bem como inserir penalidades ante o seu descumprimento. Afinal, ter a presença do acompanhante não engloba apenas cumprir o que está na lei, mas garantir dignidade, suporte afetivo e respeito à autonomia da mulher em um dos momentos mais sensíveis de sua vida.

Em vista disso, a concretização desse direito é um passo imprescindível no que toca ao combate à Violência Obstétrica.

3.2 VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Preliminarmente, é necessário aclarar a diferença entre direitos humanos e direitos fundamentais, que por diversas vezes são confundidos como se fossem apenas um. Os direitos humanos cabem a todas as pessoas, são de abrangência internacional, estruturados em tratados, convenções e declarações, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos

(1948). Os direitos fundamentais são direitos humanos incorporados à Constituição do país e seus destinatários são todas as pessoas dentro do ordenamento jurídico daquele país. Essa distinção é indispensável ao se analisar situações em que os direitos fundamentais são desrespeitados, como ocorre nos casos de Violência Obstétrica.

A Violência Obstétrica ultrapassa a esfera de má conduta profissional ou uma falha de atendimento no setor de saúde. É uma prática que fere diretamente os direitos fundamentais da gestante ou parturiente, todos devidamente dispostos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Entre os principais, destacam-se: a Dignidade da Pessoa Humana (Art. 1º, III); Integridade Física, Psíquica e Moral (Art. 5º, III e V); Saúde (Arts. 6º e 196); Liberdade e Autonomia (Art. 5º, caput e II); Intimidade e Privacidade (art. 5º, X); Informação (art. 5º, XIV).

3.3 DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A dignidade da pessoa humana está estabelecida como princípio na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, conforme disposto em seu art. 1º, III: “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: [...] III - a dignidade da pessoa humana”. (Brasil, 1988). Consiste em um princípio muito importante no ordenamento jurídico brasileiro, inerente a todo ser humano, de modo que, diante de qualquer prática de Violência Obstétrica, ocorre uma violação a esse fundamento constitucional.

Na concepção de Soares (2024), esse princípio exige respeito à autonomia individual e ações por parte do Estado para garantir essa dignidade:

[...] a dignidade da pessoa humana não somente expressa a autonomia da pessoa humana que caracteriza os direitos individuais, vinculada à ideia de autodeterminação na tomada das decisões fundamentais à existência, como também requer prestações positivas do Estado, especialmente quando fragilizada ou ausente a capacidade de determinação dos indivíduos no cenário coletivo. (Soares, 2024, p. 138)

No contexto da Violência Obstétrica, observa-se que frequentemente a mulher é privada de obter informações e perde seu direito à voz, bem como sua capacidade de autodeterminação é violada mediante práticas invasivas e autoritárias por parte de quem lhe presta atendimento.

Quanto à responsabilidade do Estado, nota-se uma carência de políticas públicas que visem a humanização do parto e responsabilização dos profissionais envolvidos. Tal carência

denota a omissão estatal em seu dever de garantir um ambiente digno para o nascimento, o que contraria o dever constitucional de zelar pela dignidade humana.

3.4 DO DIREITO À INTEGRIDADE FÍSICA, PSÍQUICA E MORAL

A proteção à Integridade Física, Psíquica e Moral estão fixadas na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 em seu Art. 5º, III e V: “III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;” e “V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem;” (Brasil, 1988).

Um exemplo concreto da violação desses direitos pode ser observado no parto do segundo filho da influenciadora Shantal Verdelho, ocorrido no ano de 2021. Verdelho narrou que sofreu a manobra de Kristeller, apesar de se queixar de fortes dores, foi xingada com palavras de baixo calão, foi pressionada para que fosse feita episiotomia sob alegação do médico de que era apenas isso que faltava para a bebê nascer e teve sua parte íntima rasgada mediante a sua negativa a realização de episiotomia. Diante de todo o ocorrido, Shantal Verdelho ajuizou ação contra o médico, alegando lesão corporal e violência psicológica, contudo, em agosto de 2024, a 5ª turma do STJ rejeitou ação penal movida contra o médico⁵, sob entendimento de que “o ocorrido foi compatível com parto normal”.

3.5 DO DIREITO À SAÚDE

O direito à Saúde, além de ser um direito social, é também um direito fundamental, logo, está previsto no art. 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e que, tamanha importância tem, também encontra-se disposto nos artigos 196 ao 200, a responsabilidade da União para com os cidadãos brasileiros, dos quais se destaca, para fins deste estudo, o 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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil, 1988).

⁵ GAMA, Guilherme. STJ rejeita ação contra Renato Kalil por suposta violência em parto. CNN Brasil, 27 ago. 2024. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/stj-rejeita-acao-contra-renato-kalil-por-suposta-violencia-em-parto/>. Acesso em: 28 out. 2025.

Lanes *et al.* (2018) enfatiza que o direito à saúde está vinculado ao direito à vida e ao princípio da dignidade humana e negar esse direito, prejudica outras áreas da vida do indivíduo.

[...] Buscamos reforçar e demonstrar de forma explicativa que os direitos sociais não estão somente expressos no art. 6º da Constituição Federal de 1988, uma vez que os direitos sociais também fazem parte dos direitos fundamentais e são voltados a diversos âmbitos da vida dos indivíduos. Um desses âmbitos é o direito social à saúde, que se vincula ao direito à vida, bem como ao princípio da dignidade humana. Assim, volta-se para a prestação de assistência médica, de medicamentos, atendimento hospitalar, etc. O indivíduo que fica desassistido pelo Poder Público no seu direito à saúde resta prejudicado nas demais áreas da sua vida. Por isso, não podemos vislumbrar esse direito social dissociado dos outros âmbitos da vida. (Lanes *et al.*, 2018, p. 162)

Como se pode analisar, zelar pela saúde de todos se trata de um dever do Estado e, no contexto da Violência Obstétrica, observa-se que, apesar do elevado índice de casos, ainda não existir uma lei específica para penalizar o agente, denota uma omissão por parte do Estado, que permite que se perpetuem essas práticas abusivas que comprometem diversos aspectos da vida da mulher.

Uma dessas práticas é a episiotomia, que acarreta danos físicos, emocionais e sexuais à mulher. Trata-se de um procedimento cirúrgico no períneo, sem comprovação científica, sendo recomendada pela Organização Mundial de Saúde apenas em partos com alto risco de laceração, porém é ainda muito recorrente e feita muitas vezes sem o consentimento da paciente e até mesmo sem anestesia. Essa intervenção fere a autonomia e a integridade física da mulher e pode deixar graves sequelas como incontinência urinária ou fecal e disfunção sexual que, consequentemente, favorece o desenvolvimento de depressão. Note-se, portanto, uma violação sistemática do direito à saúde em sua esfera física, psíquica e sexual.

Nesta conjuntura, é possível encontrar entendimentos do Poder Judiciário, conforme o que se vê a seguir:

APELAÇÃO. RESPONSABILIDADE CIVIL. AÇÃO INDENIZATÓRIA. DANOS MORAIS, ESTÉTICOS E LUCROS CESSANTES. ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR. ALEGAÇÃO DE FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO PARTO NORMAL. EPISIOTOMIA. LACERAÇÃO DE QUARTO GRAU. ILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM DO PROFISSIONAL DA SAÚDE QUE REALIZOU O ATENDIMENTO. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A CONDUTA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E O ATENDIMENTO COM A SITUAÇÃO EXPERIMENTADA. DEVER DE INDENIZAR CARACTERIZADO. NEGLIGÊNCIA. DANOS MORAIS. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA REFORMADA. 1. Em se tratando de responsabilidade civil por suposta falha na prestação de serviços médicos e hospitalares, em que o atendimento é realizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), através da disponibilização de recursos públicos colocados à disposição da população, a responsabilidade aplicável é a de natureza objetiva, a teor do artigo 37, § 6º, da Carta Federal. 2. Assim, correto o

reconhecimento da ilegitimidade passiva *ad causam* do agente público. Tema nº 940 da repercussão geral do STF. 3. A responsabilidade objetiva, contudo, não dispensa a demonstração do nexo de causalidade entre a conduta do agente e o evento danoso, a ensejar o reconhecimento do dever de indenizar. Nesse passo, necessária a comprovação do dano e do nexo causal, conforme as regras de distribuição do ônus da prova do art. 373 do Código de Processo Civil. 4. Pretensão indenizatória de reparação pelos prejuízos sofridos em razão de atendimento prestado à demandante, por ocasião de parto normal com episiotomia, em que ocorreu laceração de quarto grau na autora. Hipótese em que a sucessão dos fatos ocorridos com a autora, desde o parto ocorrido em 22/11/2006 até as últimas consultas registradas no ano de 2008, demonstram não só a gravidade das lesões sofridas pela demandante, mas o inadequado tratamento médico a ela dispensado — fatores que estão diretamente relacionados com o extenso período de tratamento necessário, e consequente sofrimento, para a correção das lesões sofridas. 5. Possível concluir pela existência de falha na prestação do serviço médico, consistente no tratamento inadequado dispensado à autora, tendo havido omissão e falha no diagnóstico, acompanhamento, tratamento e informação à paciente, que poderiam ter evitado sofrimento prolongado, com problemas ligados à região íntima vaginal e anal, por mais de ano após o parto. 6. Situação vivenciada que permite a caracterização de dano moral passível de indenização. O dano é presumível, a angústia, o abalo psicológico, restando caracterizado o dano *in re ipsa*. 7. Quantum indenizatório fixado em R\$25.000,00, em respeito às características compensatória, pedagógica e punitiva da indenização. 6. Danos estéticos e lucros cessantes descabidos, uma vez que não comprovados. Recurso parcialmente provido. (Apelação Cível, nº 50000969320108210041, Nona Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Eduardo Kraemer, julgado em 08-11-2023, grifo nosso)

Na referida jurisprudência, constata-se aplicação de responsabilidade civil, mediante comprovação do dano causado à parturiente, que sofreu laceração de quarto grau em razão do procedimento de episiotomia.

Nota-se um abuso contra a autonomia, a integridade física e o direito à saúde dessa parturiente, sendo neste caso, caracterizado o ato da episiotomia uma Violência Obstétrica de caráter físico, psicológico e sexual.

O Tribunal identificou a gravidade das lesões e falha na prestação de serviço médico, bem como abalo psicológico em decorrência do longo tratamento que foi necessário. Fixou-se um valor indenizatório no valor de R\$25.000,00 (vinte e cinco mil reais), compatível com o caráter compensatório, pedagógico e punitivo existente na responsabilidade civil.

Desse modo, a decisão reforça que a execução de procedimentos que desrespeitam a dignidade da pessoa humana e seus direitos fundamentais, não permanecem impunes quando submetidos a avaliação judicial.

3.6 DO DIREITO À LIBERDADE E AUTONOMIA

O *caput* e inciso II do art. 5º da Carta Magna dispõem que: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]” e “Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei.” (Brasil, 1988).

Depreende-se que, no âmbito da Violência Obstétrica, quando a mulher tem sua vontade desrespeitada, seja por meio de intervenções forçadas ou com negação de condutas que ela já havia previamente solicitado, há uma violação dos direitos fundamentais de liberdade e autonomia. Sarlet *et al.* (2025) ressaltam:

O reconhecimento e a garantia (proteção) de direitos fundamentais (e, com isso, da liberdade e autonomia individuais), que também operam como modo de limitação jurídica do poder estatal, representam, juntamente com a função de organização do poder, a mais importante função desempenhada pelas constituições modernas, não sendo demais lembrar que, de acordo com o famoso e já referido art. 16 da Declaração francesa de 1789, um Estado que não reconhece e protege os direitos individuais não possui sequer constituição. (Sarlet *et al.*, 2025, p. 46)

Compreende-se, assim, que, embora os direitos fundamentais estejam reconhecidos na Carta Magna, sua proteção efetiva ainda é precária, especialmente diante da ausência de fiscalização estatal com vistas a garantir esses direitos.

3.7 DO DIREITO À INTIMIDADE E PRIVACIDADE

Além da liberdade e autonomia, outro direito fundamental constantemente violado no contexto da Violência Obstétrica é o direito à Intimidade e Privacidade, previsto no art. 5º, inciso X da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabelece: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas [...]” (Brasil, 1988).

Sabe-se que no contexto do parto, pode ocorrer desrespeito à intimidade e a privacidade da gestante de diversas formas, nomeadamente: permitir a presença de terceiros na sala de parto, exames de toque por repetidas vezes e diferentes pessoas, exposição desnecessária do corpo, dentre outras. Tais práticas configuram evidente violação desses direitos fundamentais.

Tavares (2025) pontua que:

Pelo direito à privacidade, apenas ao titular compete a escolha de divulgar ou não seu conjunto de dados, informações, manifestações e referências individuais, e, no caso de divulgação, decidir quando, como, onde e a quem. Esses elementos são todos aqueles que decorrem da vida familiar, doméstica ou particular do cidadão, envolvendo fatos, atos, hábitos, pensamentos, segredos, atitudes e projetos de vida.

O direito à privacidade é compreendido, aqui, de maneira a englobar, portanto, o direito à intimidade, à vida privada, à honra, à imagem das pessoas, à inviolabilidade do domicílio, ao sigilo das comunicações e ao segredo, dentre outros. (Tavares, 2025, p. 452)

Diante dessa observação, compreende-se que a mulher não perde sua condição de sujeito de direitos quando está em ambiente hospitalar. Seu corpo e suas escolhas devem ser respeitadas. Ante ao desrespeito a esses elementos, ocorre afronta direta aos direitos fundamentais consagrados na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

3.8 DO DIREITO À INFORMAÇÃO

O direito à informação está consolidado no art. 5º, inciso XIV da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que dispõe: “é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.” Percebe-se que o referido artigo é claro ao determinar a quem é assegurado o direito à informação: a todos.

Nesse sentido, o profissional de saúde tem o dever de informar à gestante ou parturiente tudo o que lhe for relacionado à gestação ou trabalho de parto, incluindo os procedimentos que podem ou não ser adotados, bem como os riscos envolvidos. É importante frisar que as informações devem ser transmitidas de forma que sejam compreensíveis à gestante ou seu acompanhante, em consonância com seu nível educacional, cultural e etário.

Oliveira (2023) aduz que o direito a informação está ligado à dignidade e o respeito que a gestante tem que ser tratada:

A dignidade da gestante é um direito fundamental e faz com que ela tenha o direito de ser tratada com respeito e dignidade durante todo o processo de gestação, incluindo o direito de ser informada sobre todos os procedimentos médicos a serem realizados e de ter sua privacidade respeitada, assim tendo o direito à informação. (Oliveira, 2023, p. 14)

É notável que a negativa a informações ou a prestação delas em linguagem excessivamente técnica e inacessível, configura uma forma de Violência Obstétrica. Essa violação dá margem a outras práticas igualmente violentas, como a administração de ocitocina para acelerar o parto - o que intensifica as dores - ou a realização de episiotomia sem o devido consentimento.

No tocante ao dever de informar, Sarlet *et al.* (2024) reforçam essa ideia ao afirmar que se trata de um dever de proteção estatal:

O direito de acesso à informação implica, na perspectiva objetiva, tanto a existência de um dever de proteção estatal e correlatos deveres na seara organizatória e procedimental, traduzindo aqui também a função de um dever de natureza prestacional. Isso significa que o Estado, como garante do direito geral de ser informado e do direito de acesso à informação, deve assegurar um sistema informacional funcional, de modo que cada cidadão possa efetivamente ter condições de se informar sobre os assuntos essenciais [...] é possível sustentar, na CF, a existência de um dever constitucional de gestão transparente da informação. (Sarlet *et al.*, 2024, p. 494, grifo nosso)

Desta forma, entende-se que o cumprimento do dever de informar, por parte do profissional de saúde, vai além de uma obrigação meramente ética ou técnica: trata-se da efetivação de um dever constitucional, em que a origem está na própria atuação do Estado em garantir os direitos fundamentais.

Enfim, a análise dos direitos fundamentais violados na prática da Violência Obstétrica - como o direito à integridade física, psíquica e moral, à autonomia, à privacidade e à informação - evidencia que tais condutas não se restringem a desvios éticos ou falhas no atendimento, mas representam ofensas a garantias constitucionais. Trata-se de uma problemática que vai além do campo da saúde, atinge diretamente a dignidade da mulher em um momento tão significativo de sua vida. Com base nessas reflexões, far-se-á uma análise das implicações jurídicas da Violência Obstétrica, bem como as formas de reparação.

4 RESPONSABILIDADE CIVIL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A responsabilidade civil é um instituto regulamentado principalmente pelo Código Civil (Lei n.º 10.406/2002), inserido na parte do Direito das Obrigações. Está prevista nos arts. 186, 187, 188, 389 e 927 do referido ordenamento.

Outros diplomas legais também tratam desse instituto, como a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 - arts. 5º, incisos V e X e art. 37, § 6º- e o art. 14 do Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/1990), que abrange a responsabilidade de hospitais e profissionais da saúde. A finalidade da responsabilidade civil é reparar por meio de indenização ou ressarcimento, o prejuízo causado a alguém, resultante de ações ou omissões dolosas ou culposas do agente.

De acordo com Gonçalves (2025), os elementos da responsabilidade civil são: ação ou omissão do agente (na responsabilidade extracontratual e na contratual), culpa, nexo de causalidade e dano. Deste modo, para que uma pessoa ou instituição seja civilmente responsabilizada, esses são elementos indispensáveis.

No contexto da Violência Obstétrica, a mulher passa a ser credora e o profissional que cometeu o ato, o devedor, que deverá responder seja por indenização ou ressarcimento pelo prejuízo causado. Gonçalves (2025) pontua ainda, que a responsabilidade resultante do dano ou prejuízo, não é apenas material, logo, o direito deve proteger também as vítimas de ofensas morais, em virtude da necessidade de proteção da dignidade da pessoa humana.

4.1 DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

O Código Civil, em seu art. 186, estabelece: “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” (Brasil, 2002).

Em consonância com o art. retro mencionado o Código de Ética Médica, Capítulo III, Art. 1º dispõe que: “É vedado ao médico: Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.” (CEM, 2018, p.19).

Como se vê, a conduta do profissional de saúde, sobretudo do médico, deve ser pautada em parâmetros legais e éticos. A não observância desses parâmetros pode ocasionar em dano, o que acaba por gerar o dever de reparação por quem o cometeu.

Nesse contexto, destaca-se também o dever de informação, que está previsto no Código de Ética Médica, capítulo V, art. 34: “É vedado ao médico: Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a

comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.” (CEM, 2018, p.27). Sobre esse dever, Tartuce (2024) destaca que a sua inobservância pode ensejar em responsabilização civil:

[...] pontue-se que os médicos – e outros profissionais da área de saúde – têm o dever de informar e esclarecer o paciente sobre todos os procedimentos a que ele será submetido, o que atende a vários preceitos previstos no Código de Ética Médica, no Código de Defesa do Consumidor (v.g., arts. 6.º, 30, 31, 46, 48 e 51) e também no Código Civil (arts. 113, 187 e 422), diante do princípio da boa-fé objetiva. Como não poderia ser diferente, o não atendimento desse dever pode ocasionar a responsabilização do profissional, ou mesmo agravá-la. (Tartuce, 2024, p. 1169)

Na realidade obstétrica, pode-se exemplificar como condutas que incorrem em ato ilícito civil, quando o profissional de saúde não respeita a autonomia da paciente, age de forma agressiva, omite informações ou as presta de forma que dificulte a compreensão ou realiza procedimentos sem o devido consentimento. Esses atos ilícitos civis são passíveis de reparação.

É importante pontuar que a responsabilidade civil pode ser objetiva ou subjetiva, sendo que na responsabilidade civil objetiva não é necessário provar a culpa, basta demonstrar a conduta, o dano e o nexo causal, enquanto a responsabilidade civil subjetiva se baseia na culpa do agente e precisa haver a prova da culpa, bem como o dano, o nexo de causalidade e a conduta voluntária.

A responsabilidade civil em relação à violência obstétrica requer uma distinção elementar entre responsabilidade objetiva e subjetiva, o que auxilia na compreensão das dificuldades enfrentadas pelas vítimas. Na responsabilidade subjetiva (envolvendo especialmente profissionais de saúde, diretamente), as vítimas devem demonstrar a culpa dos profissionais de saúde, o que pode ser um obstáculo significativo para a realização da justiça, já que essa exigência pode inviabilizar a punição dos agressores. No entanto, na responsabilidade objetiva (envolvendo especialmente instituições de saúde), a prova de culpa não é necessária, facilitando a reparação dos danos. (Andrade *et al.*, 2024, p. 10)

A exigência de comprovação da culpa, conforme pontuado por Andrade, *et al.* (2024) representa uma dificuldade para as vítimas conseguirem penalizar os agentes, haja vista que diante da necessidade de obter provas, essas mulheres precisam recorrer à própria instituição onde a violação ocorreu, o que, além de representar um desgaste emocional, pode ser dificultado ou até obstruído pelas próprias entidades. Esse entrave somado a condição emocional da vítima que terá que relembrar tudo o que passou naquele local, termina por gerar um desgaste que faz com que em grande parte dos casos haja desistência de judicialização, favorecendo a perpetuação da impunidade.

Destaca-se que em regra, a responsabilidade civil dos médicos é de natureza subjetiva, conforme está delineado no art. 14, § 4º do Código de Defesa do Consumidor (CDC):

O fornecedor de serviços responde independentemente da existência da 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. A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa (Brasil, 1990, grifo nosso)

Dessa forma, para que haja responsabilização civil do profissional de saúde, é necessário comprovar: a existência de uma conduta, por ação ou omissão; a ocorrência de um dano; um nexo de causalidade entre a conduta e o dano – ou seja: há que ser provado que o dano foi decorrente da conduta adotada pelo profissional –; e a culpa, decorrente de negligência, imprudência ou imperícia, definidas dessa maneira por Mourão, *et al.* (2025):

A negligência configura-se na falta de cuidado no acompanhamento da paciente, como, por exemplo, omitir informações relevantes sobre os procedimentos realizados durante o parto. A imprudência ocorre na adoção de práticas médicas perigosas sem a devida cautela, como o uso desnecessário da manobra de Kristeller. Já a imperícia manifesta-se na inaptidão técnica para a realização adequada dos procedimentos obstétricos. (Mourão *et al.*, 2025, p. 229)

Miranda (2024) destaca que diversos autores como Meirelles, Melo, Pontes de Miranda e Neto tratam a responsabilidade civil subjetiva dos profissionais de saúde não como um instrumento de punição, mas como uma forma de garantir ao paciente a reparação dos seus direitos. Além disso, tem caráter de prevenção, pois incentiva que os profissionais tenham cautela em suas atitudes mediante a possibilidade de terem que responder por eventuais erros.

Com o intuito de ilustrar a aplicação prática dessas categorias de culpa, apresentam-se, a seguir, trechos de relatos reais de mulheres que vivenciaram situações de negligência, imprudência ou imperícia durante o parto. Esses depoimentos não são apenas exemplos de condutas ilícitas, mas também mostram os impactos profundos da Violência Obstétrica na vida das vítimas.

Eu estava lá em cima daquela mesa de parto com as pernas para cima com o médico ali me mandando fazer força. A bebê não nascia. Daí o médico disse para eu continuar fazendo força e saiu da sala. Eu sabia que o meu bumbum estava no final da mesa, e que minha filha poderia cair no chão, pois não tinha ninguém na sala para ‘pegar’. Aí eu travei todo o meu corpo durante as contrações. Eu não sabia mais o que fazer. Sandra, atendida na Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES (Parto do Princípio, 2012, p. 133, grifo nosso).⁶

A situação narrada por Sandra configura hipótese clara de negligência por parte do médico, haja vista que ele deixou a parturiente sozinha na sala, expondo mãe e bebê a riscos

⁶ PARTO DO PRINCÍPIO. Violência obstétrica: “Parirás com dor”. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência contra as Mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012. Disponível em: https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf[https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf]. Acesso em: 6 ago. 2025.

seríssimos. Pelo relato, nota-se o desespero dessa mulher em razão de ter sido abandonada em um momento que deveria ser pautado por tranquilidade e confiança no profissional que deveria zelar por ela e por seu filho.

Naquela situação, a autora com as pernas abertas e emborcada, ainda com a cabeça do bebê para fora e nenhum amparo a ela, de maneira desesperada tentava segurar sua filha, pois temia que a mesma caísse, e a médica de longe dizia “tira a mão da cabeça dela, não pode pegar”. Depois de muito sofrimento, dor e desespero por parte da Autora, a médica resolveu fazer a cesariana pois o parto normal não teve o resultado esperado, e para isso a médica em questão empurrou a cabeça da criança para dentro da autora, sem nenhuma delicadeza. Se não bastasse esse absurdo, ainda fez com que a autora fosse para a sala de cirurgia andando, claro andando toda cônica pois era tanta dor que não conseguia ficar ereta. Domada pelo medo, mal conseguiu andar pois tinha medo de sua filha sair para fora e cair. (Brasil, 2018, p. 5, grifo nosso)

A narrativa acima evidencia uma grave ocorrência de Violência Obstétrica, permeada por atos de negligência e imprudência médica. Observa-se evidente negligência na omissão de cuidados imediatos à paciente em trabalho de parto avançado, com a cabeça do bebê exposta.

Revela-se imprudência da médica diante da insistência em manter um parto normal mesmo perante o explícito sofrimento da parturiente e, principalmente, na atitude de empurrar a criança de volta para dentro da mãe quando finalmente optou pela cesariana.

Acrescente-se a isso ao fato de ter constrangido fisicamente e moralmente a gestante ao obrigá-la a ir caminhando até o centro cirúrgico, em condições extremas de dor e vulnerabilidade.

Trata-se, portanto, de um episódio que materializou culpabilidade profissional sob diversos aspectos e agravados devido à natureza desumana e violadora da dignidade da mulher.

A paciente Larissa teve uma gravidez de alto risco. Foi diagnosticada com pré-eclâmpsia, um tipo de hipertensão gestacional. O caso se tornou ainda mais grave porque o bebê também foi afetado. O trabalho de parto durou doze horas -- sem grande progresso nas últimas seis. A doutora Beatriz decidiu usar um aparelho para puxar o bebê, o vácuo-extrator. O manual do aparelho e a literatura médica recomendam no máximo três tentativas de uso do vácuo-extrator. O prontuário do parto de Larissa mostra que as médicas tentaram sete vezes. "Eu não tentei sete vezes. Eu tentei três a quatro vezes, como dizem as diretrizes", diz a médica. Só quando os batimentos cardíacos do bebê diminuíram, ela decidiu fazer a cesariana. (G1, 2025, grifo nosso)⁷

Nesse caso, verifica-se de forma evidente a ocorrência de imperícia médica, haja vista que a médica estava diante de um trabalho de parto com uma gravidez de alto risco e insistiu na indução do parto o qual já se estendia por mais de doze horas, sendo que por seis horas

⁷ G1. Mulheres relatam histórias de violência em partos realizados por médica influencer: "Custou a vida do meu filho". Fantástico, 20 abr. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2025/04/20/mulheres-relatam-historias-de-violencia-em-partos-realizados-por-medica-influencer-custou-a-vida-do-meu-filho.ghtml>. Acesso em: 6 ago. 2025.

sequer houve um bom progresso. Notavelmente, mãe e filho corriam sérios riscos. Soma-se a isso o fato de que quando a médica decidiu utilizar um aparelho para puxar o bebê (o vácuo-extrator), utilizou-o mais do que o recomendado pela literatura médica, o que denota falha técnica ou desconhecimento das boas práticas.

A decisão de realizar a cesariana ocorreu somente após a queda dos batimentos cardíacos do bebê, o que reforça a hipótese de ausência de conduta técnica adequada, potencializando o risco à saúde ou à vida da mãe e do bebê.

A situação acima ilustrada é considerada grave e, já foi objeto de discussão com caso análogo pelo Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso – TJMT. Veja-se:

DEMORA NA CESARIANA - ÓBITO DO BEBÊ EMBARGOS DE DECLARAÇÃO — INEXISTÊNCIA DE CONTRADIÇÃO QUANTO AO DEVER DE INDENIZAR O GENITOR QUE PERDEU SEU FILHO EM DECORRÊNCIA DE IMPERÍCIA DA EQUIPE MÉDICA QUE REALIZOU O PARTO CESÁREA TARDIAMENTE — SUFICIÊNCIA DO EXAME DE QUESTÕES NECESSÁRIAS À DECISÃO DA CAUSA. Acórdão que analisa todas as questões necessárias ao julgamento da causa, com clareza e objetividade, não é contraditório, mormente quanto ao dever de indenizar também o genitor que perdeu seu filho em decorrência da imperícia da equipe médica que realizou o parto cesárea tardiamente. Embargos rejeitados. [...] APELAÇÃO — INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS — CONSTATADA OMISSÃO NA PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE — CONFIGURAÇÃO DA RESPONSABILIDADE CIVIL — EXISTÊNCIA DO DEVER DE INDENIZAR. É possível atribuir à falha do serviço o motivo determinante para o óbito da criança, em virtude de parto cesárea tardio, pelo que existe o dever de indenizar. Recurso do Município de Pontes e Lacerda não provido. Recurso de J. S. L. e P. B. C. provido em parte. (Id. 143393658) (Apelação Cível n.º 1002822-59.2019.8.11.0013, Segunda Câmara de Direito Público e Coletivo, Rel. Des. Luiz Carlos da Costa, julgado em 5-12-2022, grifo nosso)

No caso em análise, observa-se que restou comprovada a responsabilidade civil, ensejando o dever de indenização aos pais do feto, que não sobreviveu ao parto, devido à demora na realização de cesariana. Essa demora no atendimento adequado, denota um desrespeito à dignidade da pessoa humana, ao submeter a parturiente e o nascituro ao sofrimento, bem como uma transgressão ao direito fundamental à saúde e à vida.

O recurso interposto pelo município foi improvido pela segunda instância, que reconheceu a imperícia da equipe médica, que foi fator determinante para a morte do feto. Impôs-se a obrigação de reparar o dano por meio de indenização no valor de R\$15.000,00 (Quinze mil reais) embora reconheça-se que ante a perda do bem mais valioso, que é a vida, não há valor pecuniário que compense.

A responsabilização civil dos profissionais de saúde sobretudo no contexto obstétrico mostra-se de fundamental importância para promover a justiça e prevenir práticas abusivas e desumanas, como essas citadas acima. Embora exista a exigência de comprovação da culpa

em muitos casos, isso não pode ser um entrave para a efetiva reparação das vítimas, de modo que é indispensável que se fortaleça os métodos de fiscalização e que haja mais acolhimento e informação às mulheres.

4.2 DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

O instituto da responsabilidade civil também abrange as instituições de saúde, sejam elas públicas ou particulares. Em razão da relação entre paciente e instituição ser uma relação de consumo, a responsabilidade é objetiva, conforme dispõe o art. 14, § 4º do CDC: “O fornecedor de serviços responde independentemente da existência da 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).

Nessa linha, Moreno e Mourão (2025) reforçam:

Os fornecedores de serviços respondem independente de culpa pelos danos decorrentes de defeitos no serviço. [...] trata-se de uma garantia da legislação de que o serviço será fornecido sem possíveis defeitos ao destinatário final, ou seja, ao consumidor. Nessa linha, o hospital poderá ser responsabilizado em duas hipóteses: quanto aos danos provenientes de defeitos dos serviços exclusivamente hospitalares ou quando houver danos originários de erro médico, decorrente da atividade profissional. Assim, a clínica ou hospital responderá de forma objetiva pelos defeitos de seus serviços prestados. (Moreno; Mourão, 2025, p. 924)

Sob essa perspectiva, é preciso enfatizar que, havendo vínculo entre o profissional de saúde e a instituição hospitalar, configura-se a responsabilidade solidária, ou seja, tanto o hospital quanto o profissional podem ser requeridos pela vítima, respondendo em conjunto pela reparação do dano, independentemente da proporção de culpa de cada um. Trata-se de aplicação do art. 7º, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor, que fixa: “Tendo mais de um autor a ofensa, todos responderão solidariamente pela reparação dos danos previstos nas normas de consumo.” (Brasil, 1990). Como bem esclarece a jurisprudência do STJ (REsp 138059/MG, 3ª Turma, Rel. Min. Ari Pargendler, j. 13 mar. 2001), citada por Filho (2007, p.141): “quem se compromete a prestar assistência médica por meio de profissionais que indica é responsável pelos serviços que estes prestam”.

No que tange às instituições públicas de saúde, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 traz em seu art. 37, § 6º que: “As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.” (Brasil, 1988). Isso significa que tais instituições responderão por danos causados por seus agentes no exercício da função e, após indenizar a vítima,

poderão ingressar uma ação regressiva contra o profissional que atuou com dolo ou culpa e causou o dano.

Outra questão relevante diz respeito aos profissionais de saúde que não possuem relação de subordinação com a instituição de saúde. Um exemplo é o médico que aluga parte da estrutura do hospital para realizar atendimentos particulares. Se esse profissional cometer algum ato ilícito resultando em dano ao paciente, a instituição de saúde não será responsabilizada.

De outro lado, quando se trata de médico autônomo que apenas aluga as dependências do estabelecimento de saúde, para atender seus pacientes particulares, sem manter qualquer vínculo de subordinação, a doutrina defende a ilegitimidade passiva do hospital, não havendo falar em responsabilidade solidária, para este caso, que recai exclusivamente sobre o profissional, de forma subjetiva. (Flach; Tabarelli, 2024, p. 25)

Observe-se que em tal situação, a responsabilidade da instituição de saúde é subjetiva, uma vez que não há vínculo empregatício entre médico e hospital, de forma que a relação do paciente é apenas com o médico. Em tais situações, a instituição só será responsabilizada se contribuir de alguma maneira para o dano, seja por ação ou omissão, como, por exemplo, quando deixa de oferecer condições adequadas de segurança, higiene e equipamentos para a realização do procedimento, ou quando, sabedor da conduta inadequada do profissional, permanece inerte, permitindo a continuidade de práticas lesivas.

Um ponto que se deve observar com relação ao médico que não tem vínculo empregatício com a instituição de saúde, é se existe contrato de prestação de serviços entre o profissional e o estabelecimento. De acordo com Bonho, *et al.* (2018), nesses casos, há responsabilização por parte da instituição. Vê-se:

Quando o médico utiliza simplesmente das instalações para tratamento e internação dos seus pacientes, o hospital não responde pelos danos. Devemos questionar se o médico atua no hospital mediante contrato de prestação de serviços ou não; na primeira hipótese, como preposto, deve o hospital responder pelos seus atos, garantindo o direito de regresso para reaver o que foi pago frente ao causador do efetivo dano (Bonho *et al.*, 2018, p. 322)

Tendo em vista o exposto, reitera-se que a mulher possui uma série de direitos assegurados na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no âmbito do pré-natal, parto, pós-parto imediato, dentre os quais se destacam: o direito ao acompanhante, direito à informação, a proteção à intimidade e privacidade, à liberdade e autonomia, à integridade física, psíquica e moral.

A violação desses direitos configura Violência Obstétrica e, diante da ausência de legislação específica sobre a matéria, tanto os profissionais quanto as instituições de saúde

podem ser responsabilizados civilmente. Tal responsabilização tem por finalidade não apenas reparar os danos que elas sofreram, mas assegurar a efetividade dos direitos fundamentais das mulheres e incentivar a adoção de práticas humanizadas e respeitosas nesse momento singular de suas vidas.

4.3 DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO

Para falar da responsabilidade civil do Estado, é necessário compreender a evolução histórica de sua aplicação no ordenamento jurídico brasileiro. Por muito tempo, aplicou-se a chamada Teoria da Irresponsabilidade do Estado, com base na premissa de que o próprio ente estatal estabelecia as regras e definia o certo e o errado, logo, não reconhecia falhas em sua atuação. Com a evolução das concepções jurídicas, passou-se a admitir, gradualmente, que o Estado poderia ser responsabilizado por danos causados aos cidadãos.

Destarte, Tartuce (2025) enfatiza:

[...] o Estado, que agia irresponsavelmente diante de seus atos, passa a ser responsável em situações pontuais. No Brasil, o reconhecimento dessa responsabilidade ocorreu com o surgimento do Tribunal de Conflitos, em 1873, entretanto ela não era nem geral, nem absoluta, disciplinando-se por regras específicas. E mais uma vez a responsabilidade evoluiu passando a se basear na teoria subjetiva, prevista no Código Civil de 1916, em seu art. 15 [...] a teoria objetiva quanto à responsabilidade estatal é reconhecida desde a Constituição Federal de 1946, o que foi repetido pelos Textos de 1967 e 1969, culminando com a Carta Fundamental de 1988. (Tartuce, 2025, p. 839)

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, conforme reconhecido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seus arts. 6º e 196. Dessa forma, diante da ocorrência de Violência Obstétrica, praticada tanto por instituições públicas de saúde ou por agentes públicos, a responsabilização do Estado sucede em virtude do compromisso de garantir a efetivação dos direitos fundamentais, sobretudo o direito à saúde, à maternidade, à dignidade, à vida.

Vale salientar que, via de regra, a responsabilidade civil do Estado é objetiva e está fundamentada no art. 37, § 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988:

As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa. (Brasil, 1988).

Tal dispositivo adota a teoria do risco administrativo, sobre a qual o Estado responde pelos danos causados por seus agentes independentemente de culpa, devendo indenizar o ato lesivo praticado. Conforme Tartuce (2025), o dever de indenizar resulta do risco assumido pelo Poder Público na prestação de serviços à sociedade.

Importa destacar que existem excludentes do nexo de causalidade na responsabilidade civil, ainda que seja responsabilidade objetiva, que são: culpa exclusiva ou o fato exclusivo da vítima; a culpa exclusiva ou o fato exclusivo de terceiro; o caso fortuito e a força maior. Tartuce (2025) ressalta que:

[...]foram destacadas as expressões exclusiva e exclusivo, pois, havendo culpa ou fato concorrente, seja da vítima ou de terceiro, o dever de indenizar subsistirá. A culpa concorrente ou o fato concorrente da vítima, como exposto, apenas abranda a responsabilização, ou seja, atenua o nexo de causalidade. (Tartuce, 2025, p.313)

Quanto ao risco administrativo, compreende-se que não é necessária comprovação de culpa ou o dolo do agente público para que se configure o dever de indenizar, de modo que basta apenas a demonstração de uma conduta de ação ou omissão, o dano e o nexo causal. É importante destacar que, embora seja esta a regra adotada pelo ordenamento jurídico brasileiro, existe também a teoria do risco integral, aplicada de forma excepcional. Nas palavras de Tartuce (2025, p. 498): “[...] evidenciada nas situações em que não há excludente de nexo de causalidade ou responsabilidade civil a ser alegada, como nos casos de danos ambientais, segundo os autores ambientalistas e a posição da jurisprudência superior brasileira (art. 14, § 1.º, da Lei n.º 6.938/1981).”

No caso da Violência Obstétrica, a responsabilização do Estado se insere no âmbito da teoria do risco administrativo, uma vez que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e a legislação infraconstitucional não preveem a aplicação do risco integral para condutas praticadas no contexto da prestação de serviços de saúde. Aplica-se a responsabilidade objetiva devido a posição de compromisso que o Estado assume no que se refere à garantia de prestação de serviços de saúde.

Desse modo, diante de tratamentos degradantes - xingamentos, exposição de partes íntimas sem necessidade - ou negativa de direitos - como proibir a entrada de acompanhante sob a justificativa de falta de vestimenta cirúrgica - caracterizam situações em que o Estado poderá ser responsabilizado independente de culpa, tendo apenas a possibilidade de posteriormente ajuizar uma ação de regresso contra o agente causador.

A responsabilização civil do Estado tem mais do que a função de reparação econômica: é uma forma de advertir para que tais condutas violadoras de direitos como as de Violência Obstétrica não se perpetuem, ou seja, desempenha também um papel de proteção. Nesse sentido, Miranda e Filardi (2024) enfatizam:

Portanto, a responsabilidade civil objetiva do Estado se consolida como um mecanismo essencial de proteção dos direitos dos cidadãos no Brasil, equilibrando o poder coercitivo estatal com a obrigação de reparar os danos causados. A doutrina destaca a importância de garantir que o Estado atue de maneira responsável e que, ao

causar prejuízos, ele assume seu papel reparador, fortalecendo assim o Estado de Direito e a confiança do cidadão nas instituições públicas. (Miranda; Filardi, 2024, p.23)

Por conseguinte, compreende-se que a responsabilidade civil objetiva do Estado, inclusive no contexto da Violência Obstétrica, é meio não apenas de reparação, mas de afirmação dos direitos fundamentais e serve como fundamento para o dever de reparar o dano, que será analisado a seguir.

4.4 DO DEVER DE REPARAR O DANO

Preliminarmente, é importante conceituar o que se compreende por dano. De acordo com Cavalieri Filho (2023), não há uma definição legal expressa, o que favorece para o que o autor em questão chama de “avalanche de novos danos” e pontua que essa abertura possivelmente se dá em virtude de o dano ser definido por suas consequências e não por suas causas, e que, ao seu entender, o critério mais adequado para a conceituação seria pelas causas, atentando para o bem jurídico atingido.

Correto, portanto, conceituar o dano como sendo lesão a um bem ou interesse juridicamente tutelado, qualquer que seja a sua natureza, quer se trate de um bem patrimonial, quer se trate de um bem integrante da personalidade da vítima, como a sua honra, a imagem, a liberdade etc. Em suma, dano é lesão de um bem jurídico, tanto patrimonial como moral[...] (Cavalieri Filho, 2023, p. 94)

Para que haja a responsabilização civil, é obrigatório que haja o dano, pois é ele que dá origem ao dever de reparação, não havendo possibilidade de indenização em sua ausência. Tal compreensão está embasada no art. 927 do Código Civil: “Aquele que, por ato ilícito causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”.

Nesse sentido, Cavalieri Filho (2023) enfatiza:

Indenização sem dano importaria enriquecimento ilícito; enriquecimento sem causa para quem a recebesse e pena para quem a pagasse, porquanto o objetivo da indenização, sabemos todos, é reparar o dano sofrido pela vítima, reintegrá-la ao estado em que se encontrava antes da prática do ato ilícito. E, se a vítima não sofreu nenhum dano, a toda evidência não haverá o que ressarcir. Daí a afirmação, comum praticamente a todos os autores, de que o dano é não somente o fato constitutivo, mas, também, determinante do dever de indenizar. (Cavalieri Filho, 2023, p. 93)

No contexto da Violência Obstétrica, a exigência de comprovação do dano adquire especial relevância, posto que o dever de reparação não resulta da prática de conduta lesiva, mas sim da efetiva ocorrência de prejuízos suportados pela vítima. Esses prejuízos podem se manifestar em múltiplos aspectos, tais como: físico, por meio de lesões corporais e sequelas decorrentes de intervenções desnecessárias; psicológico, com o desencadeamento de traumas

emocionais ou transtornos decorrentes da experiência de parto; e moral, quando há violação da honra, da intimidade ou da autonomia da pessoa.

Destarte, nota-se que a responsabilização civil se fundamenta não apenas em danos de ordem patrimonial, mas também em violações a direitos da personalidade, como a integridade física, a liberdade reprodutiva e a dignidade humana, elementos estes amplamente protegidos pelo ordenamento jurídico brasileiro.

A responsabilidade civil não tem apenas a função compensatória, mas possui papel reparador e preventivo, funcionando como uma advertência de que condutas configuradas como Violência Obstétrica não serão toleradas pelo Poder Judiciário. Ademais, exerce também função pedagógica e punitiva, no sentido de desestimular que tais condutas se repitam tanto por profissionais como instituições de saúde, quer sejam públicas ou privadas, reforçando o caráter protetivo do Estado à dignidade da pessoa humana, à saúde e à vida.

Sobre esse aspecto, sobretudo no que concerne ao dano moral, Tartuce (2024) destaca que existem três entendimentos distintos:

Para a primeira corrente, amplamente majoritária, a indenização por danos morais tem o mero intuito reparatório ou compensatório, sem qualquer caráter disciplinador, pedagógico ou mesmo punitivo. [...] Para a segunda corrente, a indenização tem um caráter punitivo ou disciplinador, tese supostamente adotada nos Estados Unidos da América, com o conceito de *punitive damages*. Essa corrente não vinha sendo bem aceita pela nossa jurisprudência, que identificava perigos na sua aplicação. No entanto, nos últimos tempos, tem crescido o número de adeptos a essa teoria. [...] Para a terceira e última corrente, a indenização por dano moral está revestida de um caráter principal reparatório e de um caráter pedagógico ou disciplinador acessório, visando a coibir novas condutas. (Tartuce, 2024, p. 401)

Compreende-se que no âmbito da Violência Obstétrica, adotar a terceira corrente mostra-se o mais adequado, uma vez que não apenas assegura a compensação da vítima pelos danos experimentados, mas também exerce função preventiva e pedagógica. Quando se reconhece o caráter disciplinador da indenização, busca-se coibir a perpetuação de condutas abusivas e promover práticas que de fato respeitem a autonomia, a integridade e a dignidade da mulher.

Diante de todo o exposto até o momento, resta comprovado que no contexto da Violência Obstétrica, a responsabilidade civil pelos danos causados por atos comissivos ou omissivos pode ser aplicada ao médico, à instituição de saúde e demais profissionais de saúde que fazem parte da equipe de trabalho e tem a função não só de compensação monetária, mas é também um instrumento de transformação, uma vez que sua aplicação reafirma os direitos fundamentais já tutelados e previne a repetição dessas violações.

4.5 DA RESPONSABILIZAÇÃO NA ESFERA PENAL

Como se sabe, a legislação brasileira ainda não contempla uma norma específica relacionada a Violência Obstétrica, de modo que, diante de algumas situações, o Código Penal (Decreto-Lei n.º 2.848/1940 - CP) pode ser aplicado de forma subsidiária.

Como exemplos, o art. 129 em caso de lesão corporal de natureza grave, em que se pode citar quando ocorre quebra de costela da parturiente em decorrência de realização de manobra de Kristeller e art.129 §1º, IV, especificamente se houver prejuízo à integridade e à saúde, tendo como resultado a aceleração do parto.

Além disso, privar a parturiente de se alimentar ou beber água pode se enquadrar no crime de maus tratos (art. 136, CP); e injúria (art. 140, CP) quando ocorrem comentários humilhantes como, quando a mulher em trabalho de parto se queixa de dor e escuta: “na hora de fazer estava bom”, bem como no crime de constrangimento ilegal, disposto no art. 146.

O profissional pode responder também por homicídio (art. 121, CP). A esse respeito, é relevante ressaltar um caso ocorrido no Distrito Federal, em 23 de outubro de 2021, em que um médico foi condenado por homicídio culposo:

[...]o réu, de forma negligente e imprudente e com inobservância das regras técnicas de sua profissão, deu causa ao óbito de um bebê. Consta no processo que o médico utilizou vácuo extrator para realizar o parto da paciente e que havia contra indicação para a utilização do instrumento, que causou lesões no bebê, as quais foram determinantes para a sua morte. A defesa sustenta que não ficou evidenciado erro médico e que as provas indicam que a atuação do acusado está de acordo com a literatura médica. [...] O magistrado ainda cita documento elaborado pelo corpo técnico do Ministério Público, no qual os profissionais mencionam que a indicação do parto vaginal operatório não seguiu os preceitos técnicos exigidos pela literatura médica e que havia “contra indicação absoluta” para o uso do vácuo extrator.[...] “Houve, indubitavelmente, uma assistência obstétrica inadequada durante o trabalho de parto, fazendo exsurgir a responsabilidade penal do acusado”.(TJDFT, 2023).

Viana (2024) observa que o art. 61, inciso II, alínea *h* do Código Penal dispõe que praticar crime contra uma gestante implica em agravante e, portanto, intensificará a penalidade que for aplicada.

Importante pontuar que, na esfera penal, pode haver a responsabilização tanto na modalidade culposa ou dolosa. Ocorre a culpa quando não houve intenção de cometer determinado delito, geralmente por imprudência, imperícia ou negligência, todavia, há o resultado danoso. Quanto ao dolo, Sousa e Jayme (2023, p. 440) esclarecem que há divisão em duas modalidades, sendo o dolo direto e o dolo eventual: “O dolo direto ocorre quando o autor age pelo desejo de obter determinado resultado. No dolo eventual o autor prevê a

ocorrência de um resultado típico, e embora não deseje que ele venha a acontecer, ele aceita a produção do resultado”.

Destarte, pontua-se que ainda que não exista uma legislação federal específica sobre Violência Obstétrica, a aplicação subsidiária do Código Penal permite que profissionais de saúde sejam responsabilizados por atos que resultem em dano à gestante ou ao nascituro. Essa responsabilização pode ser tanto na modalidade culposa, em virtude de imperícia, negligência ou imprudência, como na modalidade dolosa, quando há intenção ou aceitação do resultado danoso.

Casos como o citado do Distrito Federal demonstram que o Judiciário reconhece a gravidade da conduta e a necessidade de responsabilização penal.

Cumprе salientar que na Câmara dos Deputados existem Projetos de Lei em tramitação com a finalidade de tipificar a Violência Obstétrica como crime, dentre os quais pode-se destacar o Projeto de Lei n.º 2.350/2024⁸, que enfatiza a importância do caráter preventivo, que é uma das funções do Direito Penal e que qualquer valor de indenização é irrelevante diante de uma perda materna. Há também o Projeto de Lei n.º 3346/2024⁹, que visa acrescentar o art. 129-A ao Código Penal, estabelecendo:

I – utilizar termos depreciativos para se referir aos processos naturais do ciclo gravídico-puerperal; II – ignorar as demandas da mulher relacionadas ao cuidado e à manutenção de suas necessidades básicas, desde que não coloquem em risco a sua saúde e a da criança; III – recusar atendimento à gestante, parturiente ou puérpera; IV – transferir a gestante, parturiente ou puérpera para outra unidade de saúde sem que haja garantia de vaga e tempo hábil para sua chegada ao local; V – impedir a presença de acompanhante durante o pré-parto, o parto, o puerpério e as situações de abortamento; VI – impedir que a gestante, a parturiente ou a puérpera se comunique com pessoas externas ao serviço de saúde, impossibilitando-a de conversar e receber visitas quando suas condições clínicas permitirem; VII – deixar de aplicar, quando requerido pela parturiente e as condições clínicas permitirem, anestesia e medicamentos ou métodos não farmacológicos disponíveis para alívio da dor na unidade de saúde; VIII – impedir o contato da criança com a mãe logo após o parto, ou impedir o alojamento conjunto, impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira hora de vida, salvo se a mulher ou criança necessitar de cuidados especiais; IX – submeter a mulher a exames e procedimentos cujos propósitos sejam pesquisa científica, salvo quando autorizados por comitê de ética em pesquisa com seres humanos e pela própria mulher mediante termo de consentimento livre e esclarecido; X – empregar na gestante, na parturiente ou na puérpera manobras, técnicas, procedimentos ou métodos em desacordo com as diretrizes estabelecidas pelas autoridades de saúde; XI – deixar de informar a gestante, no atendimento pré-natal, sobre: a) os riscos e benefícios das diversas

⁸CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n.º 2.350, de 2024. (Do Sr. Adail Filho). Tipifica o crime de violência obstétrica. Brasília, 12 jun. 2024. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2436652&filename=PL%202350/2024. Acesso em: 7 out. 2025.

⁹CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n.º 3.346, de 2024. (Da Sra. Tabata Amaral). Acrescenta o art. 129-A ao Código Penal, a fim de tipificar o crime de violência obstétrica. Brasília, 28 ago. 2024. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2470837&filename=PL%203346/2024. Acesso em: 7 out. 2025.

práticas e intervenções durante o trabalho de parto e o parto; b) a possibilidade de escolha de um acompanhante para apoio durante o parto; c) as estratégias e os métodos para controle da dor disponíveis na unidade de saúde, e seus riscos e benefícios; d) os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe de saúde em cada estágio para auxiliar a gestante em suas escolhas; e) o direito gratuito à realização de ligadura de trompas nos hospitais públicos e conveniados com Sistema Único de Saúde (SUS) para os casos previstos em lei; XI - manter algemada, durante o trabalho de parto e o parto, a mulher que cumpre pena privativa de liberdade, exceto em casos de resistência por parte da mulher ou de perigo a sua integridade física ou de terceiros e em caso de fundado receio de fuga. Pena – reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa. (Brasil, 2024, p.2-4)

Assim, pode-se deduzir que se aplica a responsabilização penal não apenas como forma de punir o agente, mas também como instrumento de proteção da dignidade e direitos da gestante e do nascituro. Sancionar uma Lei Federal que tipifique a Violência Obstétrica, é uma forma de garantir essa proteção de forma mais efetiva.

5 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL À LUZ DE CASOS REAIS

Neste capítulo serão analisados alguns relatos de mulheres que foram vítimas de Violência Obstétrica e estudo de jurisprudência sobre o tema, com o intuito de demonstrar a dimensão social desses abusos e a forma como o Poder Judiciário tem se posicionado a respeito.

Faz-se essencial essa análise de casos concretos para compreender não apenas a experiência vivida pelas vítimas, mas também para evidenciar como a Justiça tem contribuído por meio de suas decisões, para construir parâmetros de proteção e responsabilização.

5.1 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NARRADA PELAS VÍTIMAS

Antes de passar a análise dos relatos, é importante lembrar que algumas práticas consideradas Violência Obstétrica sequer tem comprovação de que traz benefícios, porém são corriqueiramente praticadas na maior parte das maternidades, em razão de práticas arraigadas, de comodidade institucional ou da conveniência médica.

Os fatos narrados a seguir ocorreram entre os anos de 2016 e 2022 e em todos pode-se notar o sentimento de vulnerabilidade, dor e tristeza implícitos nas palavras, atestando que os efeitos emocionais perduram juntamente com determinadas sequelas físicas ou, ainda mais grave, quando se perde o bebê.

A classificação do tipo de Violência Obstétrica que elas sofreram, está em consonância com as informações contidas no dossiê Violência Obstétrica “Parirás com dor” (2012).

Nessas experiências observa-se claras violações à Dignidade da Pessoa Humana, bem como a direitos fundamentais, que serão devidamente discutidos.

Relato 1 - E2:

Passei por momentos durante o pré-natal em que ouvia inúmeras vezes, quando relatava o meu medo do parto, frases do tipo: “entrou vai ter que sair, não adianta ter medo, tinha que ter tido medo antes de fazer”, “na hora que estiver no hospital, não fica gritando e fazendo escândalo, porque o pessoal não gosta”, “na hora de fazer, gostou né?”, “tá com medo de quê? Toda mulher passa por isso”. Na época eu não tinha a menor ideia de que isso era um tipo de violência. Colocaram medicação no soro para adiantar o parto, fizeram vários toques (desagradável e dolorido) e fizeram um corte na minha parte íntima para que a passagem do bebê fosse mais rápida. (E2) (Lima *et al.*, 2022, p. 543, grifo nosso)

Relato 2 - Rebeca:

Sentia uma fome e uma sede absurda, estava tão fraca, a boca totalmente seca, me contorcendo de dor quando senti uma lâmina me rasgando. Imediatamente eu perguntei que porra era aquela, se ele tinha me cortado, porque eu senti uma dor absurda e parecia que era um mega talho da vagina até o ânus, essa era a sensação que eu tive na hora. Ele não respondeu absolutamente nada (Rebeca). (Matos *et al.*, 2021, p.8, grifo nosso)

Observe-se que no caso narrado por “E2”, a violência começou já no pré natal, de forma verbal e psíquica, por meio de diversos comentários depreciativos, que só tendem a agravar a tensão de quem está em uma situação que lhe causa temores, logo, não houve acolhimento por parte dos profissionais que a atenderam durante o pré- natal e, no momento do parto, essa gestante ainda sofreu Violência Obstétrica física, de, ao menos, três formas: 1) aplicação de ocitocina, que acelera as contrações para abreviar o parto, de modo que as dores se intensificam; 2) realização de múltiplos exames de toque, de forma abrupta; e 3) realização de episiotomia que, além de ser uma violência de caráter físico, associa-se também a violência de caráter sexual, pois pode ter como consequências para a mulher, dores nas relações sexuais (Parto do Princípio, 2012, p. 82).

Todos esses atos ocorreram aparentemente sem consentimento informado, o que caracteriza violação do direito à informação e à autonomia e configuram em Violência Obstétrica de caráter institucional, tendo em vista que se presume que E2 foi submetida a procedimentos padrão da instituição, sem justificativas clínicas e sem benefícios a ela ou a criança.

Quanto a outra vítima, Rebeca, sofreu violência de caráter físico, sexual e psíquico com a realização da episiotomia sem o seu consentimento. Atente-se a dor e a indignação explícitos em suas palavras (algumas de baixo calão: “que porra era aquela”) para tentar mensurar a dor física que ela sentiu e que sequer teve uma resposta por parte do médico, do motivo para essa intervenção em seu corpo.

Rebeca também sofreu violência física e institucional com a privação de alimentos e água, que é uma prática comum, mas sem respaldo científico, o que reforça o caráter abusivo do atendimento prestado. Inclusive, sobre tal prática, o Governo do Distrito Federal (2024), em Nota Técnica, aponta que:

A restrição da alimentação líquida e sólida durante o trabalho de parto constitui uma rotina comum na assistência hospitalar atual. [...]. Sabe-se, ainda, que a restrição alimentar não garante a redução do conteúdo gástrico e que o bem-estar da pessoa durante o trabalho de parto pode ser afetado pela impossibilidade de beber ou ingerir alimentos, uma vez que o desenvolvimento de cetose pelo jejum prolongado durante o parto pode causar náuseas, vômitos, cefaleia e exaustão materna, prejudicando a experiência do parto. (Governo do Distrito Federal, 2024, p.1-2)

Note-se que uma série de direitos fundamentais dessas duas mulheres foram feridos, a saber: direito à autonomia e consentimento informado, ao intervirem no corpo delas, sem justificativas clínicas e sem autorização prévia, tirando seu protagonismo e rebaixando-as a um simples instrumento do parto; Direito à informação: efetuaram procedimentos sem nenhuma explicação, mesmo mediante questionamento; Integridade física e psíquica: as

intervenções físicas, sobretudo a episiotomia, que podem causar sérias complicações físicas e consequentemente, psicológicas; Direito à saúde: ao causar prejuízos físicos e psicológicos, evidentemente, fere-se o direito à saúde.

Relato 3 - Gisele:

Passei as piores 9 horas da minha vida sozinha naquele hospital, internada sem ninguém ao meu lado...Entrei aos prantos no centro cirúrgico. Perguntei pelo meu médico e não tive resposta. Eu não conhecia aqueles rostos que estavam me operando... Passei mal a cirurgia inteira. NÃO DEIXARAM meu marido entrar para a cirurgia. (Gisele) (Matos *et al.*, 2021, p.7, grifo nosso)

Perceba-se que Gisele não obteve resposta a uma pergunta simples, sobre onde estava o seu médico, o que denota que ela era um mero objeto onde devia ser a protagonista: no parto. Essa conduta indica violência verbal ao omitir uma informação tão importante para a paciente, além do que, o seu direito à informação não foi respeitado. Gisele também foi vítima de violência de caráter institucional, ao ter negado o direito de ter o marido lhe acompanhando, direito já consolidado pela Lei n.º 11.108/2005. É preciso ainda destacar, que passar nove horas sem nenhuma companhia e entrar aos prantos em um centro cirúrgico, reforçam a sensação de medo, desamparo e intensa ansiedade, ou seja, nesse cenário, a falta do acompanhante além de violar um direito já consolidado, caracterizou Violência Obstétrica psíquica.

No tocante a recusa de permitir o acompanhante e suas implicações, depreenda-se o seguinte entendimento jurisprudencial:

FAZENDA PÚBLICA. PARTO EM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA DISTRITAL (HMIB). INJUSTIFICADA RECUSA DE ACOMPANHAMENTO DO PARTO PELO GENITOR. DANO MORAL CARACTERIZADO. RECURSO IMPROVIDO. I. No caso concreto, a 2ª requerente/recorrida foi admitida, em trabalho de parto, no Hospital Materno Infantil de Brasília, HMIB, em 13.5.2018. Na ocasião, o 1º requerente/recorrido (cônjuge e genitor) foi impedido de acompanhar o parto, ao argumento do hospital não ter roupas adequadas para o marido adentrar ao centro cirúrgico. A par da negativa de acesso, o 1º requerente solicitou a filmagem do parto, especialmente porque o bebê possuía diagnóstico de Dislasia esquelética Tanatofórica (condição incompatível com a vida), o que igualmente foi negado. Recurso do DISTRITO FEDERAL contra a sentença de procedência do pedido de reparação por danos extrapatrimoniais (R\$ 3.000,00 para cada requerente/recorrido). II. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 acompanhante, por ela indicado, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei n. 11.108/2005, Art. 19 J, § 1º). III. No âmbito distrital, o Estatuto do Parto Humanizado elenca, entre os direitos da mulher no estado gravídico-puerperal, "dispor de acompanhante de sua escolha, independentemente do sexo, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto (Lei Distrital n. 5.534/2015 (Art. 2º, III). IV. Patente, portanto, a grave falha na prestação do serviço a cargo do ente público ao impedir, sem justificativa plausível, o cumprimento de direito assegurado por lei. V. Comprovados, portanto, os elementos caracterizadores da responsabilidade civil (conduta, nexo e resultado) e ausente demonstração de causas excludente, impõe-se ao requerido o dever de indenizar os requerentes pelos danos extrapatrimoniais experimentados. (CF, Art. 5º, V e X e Art. 37, §6º, CF). Com efeito, a situação vivenciada supera os limites do mero

aborrecimento (genitor não pôde acompanhar o momento único do parto; parturiente se viu sozinha em situação de fragilidade emocional; hospital não forneceu justificativa válida ao impedimento; descaso absoluto à condição especial da parturiente acompanhada pelo nosocômio - bebê com diagnóstico de doença incompatível com a vida - inclusive com indicação de interrupção da gestação). VI. Em relação ao quantum do dano moral, deve-se prestigiar a estimativa razoavelmente fixada (R\$ 3.000,00 a cada requerente), uma vez que guardou correspondência com o gravame sofrido (CC, Art. 944), além de sopesar as circunstâncias do fato, a extensão e gravidade do dano, tudo com esteio no princípio da proporcionalidade. Não se evidencia, no caso, ofensa à proibição de excesso, apta a subsidiar a pretendida redução. VII. Recurso conhecido e improvido. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Sem custas processuais (isenção legal), nem honorários advocatícios à míngua de contrarrazões. (Tribunal de Justiça. Acórdão n.º 1177946, Juiz Rel. Fernando Antônio T. Lima, 3ª Turma Recursal dos Juizados Especiais do Distrito Federal, julgado em 12-06-19, grifo nosso).

A jurisprudência supramencionada refere-se a uma ação com pedido de danos morais, em razão de um atendimento realizado em um hospital público do Distrito Federal, ocorrido no ano de 2018. O ponto central debatido é a restrição de acompanhante à parturiente, sobretudo por se tratar de um parto com condição atípica pelo fato de o bebê apresentar uma condição incompatível com a vida. Tal negativa configura violação à Lei Federal n.º 11.108/2005, e em âmbito distrital, à Lei n.º 5.534/2015 (Estatuto do Parto Humanizado) bem como fere o princípio da dignidade da Pessoa Humana e o Direito Fundamental à Saúde.

Nesse sentido, o Colegiado entendeu que houve descaso absoluto no atendimento por parte do hospital, deixando a parturiente sozinha em momento tão vulnerável, o que certamente aumentou seu sofrimento e atentou contra sua integridade psíquica e moral, que são direitos fundamentais inerentes a todos ser humano, conforme assegurado pela Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988.

Dessa forma, aplicou-se o instituto da responsabilização civil da instituição e validou-se a condenação ao pagamento de indenização por dano extrapatrimonial, no valor de R\$3.000,00 (três mil reais) para cada requerente. O recurso foi improvido, e a sentença confirmada por seus próprios fundamentos.

Com base nesse julgado, reforça-se o entendimento de que impedir que a mulher esteja acompanhada em seus atendimentos configura Violência Obstétrica, o que impõe ao Estado um posicionamento, a saber: o dever de indenizar devido ao dano causado e fiscalizar para que as instituições hospitalares prestem atendimento de acordo com a legislação, visando alcançar, no âmbito do pré-natal, parto e puerpério, atendimentos realmente pautados na humanização.

Os dois últimos depoimentos que serão apresentados neste capítulo, ilustram situações também muito graves, sendo que em um deles, o bebê faleceu.

Relato 4 - Eva:

Aos 7 meses de gestação a bolsa estourou. Na primeira ida à maternidade, fui internada por dois dias e depois mandada para casa. Ao voltar ao hospital, três dias depois, conforme orientação que havia recebido, fui atendida com críticas e reclamações. Ouvi ‘por que não veio mais cedo?’, ‘queria forçar um parto normal?’, e ‘quem manda no procedimento sou eu’. Sem explicar nada, uma enfermeira deitou sobre minha barriga. Reagi e amarraram minhas mãos. O bebê não sobreviveu. Assumi a culpa pela morte do meu filho. Meu casamento quase acabou. Parei de trabalhar e abandonei o mestrado. Tem gente que acha que venci por ter outros filhos. Quem disse? Nunca fui ao cemitério onde meu filho está enterrado. Tenho medo de não sair viva de lá.” – Eva Maria Cordeiro, em depoimento à revista Época. (Mulher.com.br., 2016, grifo nosso) ¹⁰

Observe-se que Eva sofreu, ao menos, quatro tipos de violência: 1) violência verbal ao ouvir críticas e reclamações; 2) ao ser informada que quem manda no procedimento é o profissional, houve um claro desrespeito a sua autonomia de vontade; 3) Violência física quando a enfermeira fez a manobra de Kristeller; 4) violação a sua liberdade, associada a violência física, quando lhe amarraram por ela ter reagido a manobra de Kristeller. O desfecho desse parto que aparentemente foi todo violento, se deu com a morte do recém-nascido e as consequências na vida de Eva, com prejuízos no casamento, trabalho, estudos e uma grande seqüela psicológica.

Relato 5:

Tive meu filho tarde, com 43 anos, na véspera de um feriado. O hospital estava lotado, e fiquei seis horas sentada num banquinho de plástico só esperando o atendimento. Estava com contrações, mas a médica que me acompanhava disse que era melhor fazer cesárea, porque ela ia viajar em seguida. Não fui acompanhada na hora do parto, e depois da cirurgia me deixaram por horas largada no corredor do hospital. Depois demoraram muito a levarem meu filho pra mim. Quando levaram, ele já tinha sido amamentado com mamadeira, o que dificultou a pega no peito. E prossegue: “o problema maior veio depois. Fui liberada do hospital com menos de 24 horas de internação, sem nenhuma receita de medicação: nem antibióticos, nem anti-inflamatórios ou analgésicos. Achei que talvez tivessem me dado algo venoso de longa duração. Liguei pra médica e ela só me disse que a dor era assim mesmo, porque eu já tinha idade avançada. Precisei voltar ao hospital três dias depois, praticamente alucinando, e só aí perceberam que tinha acontecido algo de errado. (Mazacoli, 2021, grifo nosso) ¹¹

Nesse último relato, é importante enfatizar a indicação da médica para a realização da cesariana em virtude de que viajaria em seguida. Trata-se de clara violência obstétrica, tanto de caráter físico quanto institucional, pois a paciente estava em trabalho de parto e poderia ter dado à luz por via natural. No entanto, foi submetida a uma cirurgia de grande porte por

¹⁰ Violência obstétrica: 8 relatos fortes e chocantes de quem passou por isso. Mulher.com.br, 30 jun. 2016.

Disponível em:

<https://www.mulher.com.br/familia/gravidez-e-bebes/violencia-obstetrica-8-relatos-fortes-e-chocantes-de-quem-passou-por-isso>. Acesso em: 27 ago. 2025.

¹¹ MAZACOLI, E. Mulheres relembram episódios de violência obstétrica em Juiz de Fora. Tribuna de Minas, Juiz de Fora, 31 dez. 2021. Atualizada em 31 dez. 2021. Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/31-12-2021/mulheres-relembra-episodios-de-violencia-obstetrica-em-juiz-de-fora.html>. Acesso em: 27 ago. 2025.

conveniência da agenda médica, e não por necessidade clínica. Sabe-se que a cesariana deve ser indicada apenas em situações de risco para a mãe ou o bebê, e não de forma eletiva. De acordo com a cartilha elaborada pela Defensoria Pública de São Paulo (2017, p.9) a cesariana aumenta o risco não só de infecções, mas de diversas complicações, como maior risco de hemorragia, complicações da anestesia (podendo ocasionar a morte), risco de a placenta aderir ao útero, risco de placenta prévia e de endometriose, além de problemas com a fertilidade.

Outro aspecto relevante é a demora em levar o recém-nascido para a mãe, já tendo sido alimentado com mamadeira. Essa conduta caracteriza violência institucional, na medida em que dificultou a amamentação, direito garantido à parturiente e ao neonato. Nesse sentido, Sousa *et al.* (2020) *apud* Pereira (2024) destacam:

A literatura aponta para a importância da amamentação na primeira hora de vida, pois ela representa um combo de estímulos positivos para a mãe e o bebê. Levando-se em conta o estado mais alerta do recém-nascido o início da mamada pode ser facilitado, a ingestão do colostro confere uma proteção natural para criança, a microbiota tanto do trato gastrointestinal e da pele na pele é promovida de forma positiva, além da estabilização da frequência cardíaca e respiratória e da temperatura do bebê; o primeiro contato contribui para a liberação de ocitocina e o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê (Sousa *et al.*, 2020, *apud* Pereira, 2024, p. 51-52,).

Além da violação ao direito à saúde previsto nos arts. 6º e 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, observa-se afronta a Lei n.º 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que em seu art. 7º, assegura à criança o direito à vida e à saúde, e no art. 9º determina que o poder público, as instituições e os empregadores devem propiciar condições adequadas à gestante e à lactante, garantindo o aleitamento materno.

Portanto, a prática hospitalar narrada vai de encontro não apenas às garantias constitucionais, mas também à legislação infraconstitucional que visa proteger a relação mãe-bebê. A paciente ainda relata que permaneceu por seis horas sentada em um banquinho de plástico, em trabalho de parto, aguardando atendimento, o que se pode compreender por violência de caráter psicológico, ante ao sofrimento que lhe foi imposto nessas horas de espera, com dores físicas, sem nenhum conforto.

Após a cesariana, recebeu alta em menos de 24 horas, sem prescrição de qualquer medicamento, precisando retornar ao hospital com dores intensas. A resposta da médica, ao afirmar que a dor era “normal em razão da idade avançada”, reforça a negligência no atendimento e caracteriza Violência Obstétrica de caráter físico, verbal e institucional.

Nesse contexto, constata-se uma série de falhas graves, possivelmente justificadas pelo hospital como consequência da superlotação, mas que, na prática, não anula o fato de que resultaram na violação de diversos direitos, que serão discurridos em seguida.

Dentre os direitos fundamentais violados, observa-se o direito à saúde, comprometido pela cesariana desnecessária, pela alta em menos de 24 horas e pela ausência de prescrição medicamentosa; a dignidade da pessoa humana, diante das condições indignas de espera e abandono; a integridade física e psíquica, ao ser submetida a uma cirurgia de grande porte sem necessidade real; à igualdade, violada pela conduta discriminatória da médica ao minimizar a dor em razão da idade da paciente; a autonomia e o consentimento informado, desrespeitados pela imposição de um procedimento por conveniência médica e, ainda, o direito ao convívio materno-infantil e à amamentação, ao se separar mãe e bebê e oferecer mamadeira antes da amamentação materna.

Conforme tratado anteriormente neste estudo, pode-se notar que os caracteres de Violência Obstétrica se mesclam, de modo que uma só conduta pode ser tanto física, quanto psíquica e institucional e o mesmo ocorre com relação aos direitos fundamentais transgredidos.

Ante a tudo o que fora discutido com base nesses depoimentos, é inegável que a prática de Violência Obstétrica deixa graves consequências, principalmente físicas, psicológicas e sociais, o que evidencia a urgência de maior conscientização profissional, respeito a legislação, informação às mulheres gestantes e seus familiares (informação como meio de defesa) e resposta firme do legislativo diante das solicitações de endurecimento na legislação no tocante a essa temática.

6 CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo compreender o que é Violência Obstétrica e demonstrar os impactos que ela causa na vida das mulheres vítimas desses atos. Além disso, colocou-se em evidência o fato de que tal conduta configura violação de direitos fundamentais e que, embora haja respaldo no Código Civil e no Código Penal, inexistente um dispositivo legal específico sobre o tema em âmbito nacional. Apesar da existência de algumas leis estaduais, permanece a necessidade urgente de uma legislação federal que trate diretamente da matéria.

Ao longo dos capítulos, constatou-se que a Violência Obstétrica ocorre de diversas formas, desde condutas físicas e verbais até práticas psicológicas e institucionais, todas capazes de resultar em sérios danos à saúde física e emocional das mulheres. Observou-se também que tais atos além de ferir a dignidade da pessoa humana, violam direitos fundamentais previstos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, tais como a integridade física e psíquica, a autonomia da vontade e o direito à saúde. Desse modo, restou comprovado que a responsabilização civil se mostra como uma alternativa para, pelo menos, assegurar a reparação dos prejuízos sofridos e coibir a continuidade dessas práticas.

É importante frisar que, ao longo das décadas, houve avanços significativos no atendimento às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. Entre eles, pode-se mencionar a elaboração de cartilhas voltadas à informação das gestantes e seus familiares, a criação de leis em alguns Estados, como Mato Grosso do Sul e Santa Catarina, bem como a promulgação da Lei n.º 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante e a apresentação do Projeto de Lei n.º 7.817/2017, que dispõe sobre medidas de proteção contra a Violência Obstétrica. Sabe-se que tais iniciativas, embora insuficientes para erradicar essas práticas, representam passos relevantes na busca pela redução dos casos e pela proteção da dignidade das mulheres.

No estudo de jurisprudência constatou-se que o Poder Judiciário tem atuado de forma constante e reconhecido que as condutas denunciadas como Violência Obstétrica de fato têm acarretado sérios prejuízos às vítimas, sobretudo no âmbito da saúde. Como resposta, os tribunais têm aplicado a responsabilização civil tanto aos profissionais de saúde quanto, quando cabível, às instituições.

Este trabalho contribui para o debate acadêmico e jurídico ao enfatizar a necessidade de uma lei federal não apenas para tipificar a Violência Obstétrica e punir seus agentes, como para garantir às mulheres o efetivo cumprimento dos direitos já assegurados, mas nem sempre

respeitados. Sugere-se que futuras pesquisas voltem seu olhar para o estudo de quais os impactos que essas práticas causam no nascituro e promovam uma reflexão acerca da necessidade de atualização do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA - nesse contexto.

É importante ressaltar que a Legislação na esfera penal tem dado passos significativos, embora lentos, rumo a tipificação da Violência Obstétrica como crime, o que representa um avanço animador para a prevenção dessas práticas, haja vista a existência de projetos de lei nesse sentido.

Destaque-se que uma legislação específica sobre Violência Obstétrica é essencial para suprir a lacuna legal e agilizar a resposta do Poder Judiciário, tendo em vista que haverá um reconhecimento formal sobre a gravidade dessa conduta e quais as medidas adequadas para combatê-la.

Os projetos de lei existentes são promissores, mas é crucial que o Poder Legislativo seja célere na aprovação. Essa ação demonstraria compromisso com os direitos fundamentais das mulheres e com a promoção de uma sociedade mais justa, ao promover um processo de pré-natal, parto e pós-parto com dignidade e livre de violência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, R. M. A.; GAMA, G. B. A. C. V. R. N.; MEDRADO, L. C. A omissão legislativa do estado e o impacto na dignidade da mulher: uma análise sobre a ausência de tipificação penal da violência obstétrica no Brasil. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, , Brasil, São Paulo, v. 7, n. 15, p. e151510, 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i15.1510. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1510>. Acesso em: 6 ago. 2025.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO PARANÁ. Violência obstétrica atinge uma a cada quatro mulheres no Brasil. Curitiba: ALEP, 07 ago. 2019. Disponível em: <https://www.assembleia.pr.leg.br/comunicacao/noticias/violencia-obstetrica-atinge-uma-a-cada-quatro-mulheres-no-brasil>. Acesso em: 28 ago. 2025.

ASSUNÇÃO, N. T. de. Violência obstétrica sob a ótica do caso Shantal Verdelho. Conteúdo Jurídico, 2022. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigo/60041/violencia-obstetrica-sob-a-otica-do-caso-shantal-verdelho>. Acesso em: 04 Mai 2025.

BONETTI, I. J.; FUGIL, S. Y. A violência obstétrica em suas diferentes formas. Migalhas – de Peso, 22 jan. 2021. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/339310/a-violencia-obstetrica-em-suas-diferentes-formas>. Acesso em: 16 ago. 2025.

BONHO, L. T.; CARVALHO, F. T. de; ARAÚJO, M. de A.; e outros. Responsabilidade civil . Porto Alegre: SAGAH, 2018. E-book. pág.322. ISBN 9788595024199. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595024199/>. Acesso em: 06 out. 2025.

BRAGA, G. C. A violência obstétrica à luz dos direitos humanos. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Faculdade Única de Ipatinga, Ipatinga, 2022. Orientador: Vitor Martins Cortizo. Disponível em: <https://revistaft.com.br/a-violencia-obstetrica-a-luz-dos-direitos-humanos/>. Acesso em: 19 ago. 2025.

BRASIL. Código Civil (Lei n.º 10.406/2002). Vade Mecum. São Paulo: Saraiva, 2024.

BRASIL. Código Penal (Lei n.º 2.848/1940). Vade Mecum. São Paulo: Saraiva, 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Vade Mecum. São Paulo: Saraiva, 2024.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069/1990). Vade Mecum. São Paulo: Saraiva, 2024.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Mato Grosso. 1ª Vara Cível de Pontes e Lacerda. Processo n.º 1712-76.2018.8.11.0013. Petição inicial. T. M. R. x Fundação Médico Assistencial do Trabalhador Rural e D. V. B. Pontes e Lacerda, 2018.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Mato Grosso. 2ª Câmara de Direito Público e Coletivo. Apelação Cível n.º 1002822-59.2019.8.11.0013. Relator: Des. Luiz Carlos da Costa. Julgado em 5 dez. 2022, publicado no DJE em 5 dez. 2022. Pontes e Lacerda, MT. Disponível em:

<https://consultaprocessual.tjmt.jus.br/?numeroUnico=10028225920198110013> . Acesso em: 31 ago. 2025.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n.º 2.350, de 2024. (Do Sr. Adail Filho). Tipifica o crime de violência obstétrica. Brasília, 12 jun. 2024. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2436652&filename=PL%202350/2024. Acesso em: 7 out. 2025.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n.º 3.346, de 2024. (Da Sra. Tabata Amaral). Acrescenta o art. 129-A ao Código Penal, a fim de tipificar o crime de violência obstétrica. Brasília, 28 ago. 2024. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2470837&filename=PL%203346/2024. Acesso em: 7 out. 2025.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n.º 296, de 2025. Dispõe sobre a notificação compulsória de casos de violência obstétrica e traça diretrizes ao Poder Público para o enfrentamento desse agravo à saúde. Brasília, 5 fev. 2025. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2864334&filename=Avulso%20PL%20296/2025. Acesso em: 6 out. 2025.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei n.º 1.763, de 2025. Dispõe sobre diretrizes voltadas à atenção pré-natal, ao trabalho de parto, ao nascimento e ao puerpério, bem como estabelece as condições para a tipificação penal da violência obstétrica. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2959738&filename=Tramitacao-PRL%201%20CMULHER%20=%3E%20PL%201763/2025. Acesso em: 6 out. 2025.

CARNIERI, H. Iniciativas para que o Brasil deixe o ranking de países com mais cesáreas desnecessárias. Valor Econômico, Eu &, Curitiba, 06 jul. 2023. Disponível em: <https://valor.globo.com/eu-e/noticia/2023/07/06/iniciativas-para-que-o-brasil-deixe-o-ranking-de-paises-com-mais-cesareas-desnecessarias.ghhtml>. Acesso em: 25 ago. 2025.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL. Cartilha sobre violência obstétrica. Campo Grande: Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso do Sul, 2021. Disponível em: <https://www.defensoria.ms.def.br/cartilhas>. Acesso em: 05 jul. 2025.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Violência obstétrica — você sabe o que é? São Paulo: Escola da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (EDEPE), Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher, Associação Artemis, abr. 2017. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/documents/20122/f60e278a-4bd2-0094-2917-e9fc0c74d310>. Acesso em: 29 ago. 2025.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça. Acórdão n.º 1177946, Juiz Rel. Fernando Antônio Tavernard Lima, 3ª Turma Recursal dos Juizados Especiais do Distrito Federal, julgado em 12 jun. 2019, publicado no DJe em 17 jun. 2019. Hospital público – recusa de acompanhante no parto – direito garantido pelas Leis Federal 11.108/2005 e Distrital 5.534/2015 – falha na prestação do serviço – dano moral configurado. Informativo de Jurisprudência n.º 395, TJDF. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/informativos/2019/informativo-de-jurisprude>

ncia-n-395/hospital-publico-2013-acompanhamento-de-parto-pelo-pai-2013-recusa-injustificada-2013-dano-moral. Acesso em: 31 ago. 2025.

FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG. Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFMG investiga impactos da episiotomia na qualidade de vida pós-parto. Belo Horizonte, 4 nov. 2024. Faculdade de Medicina da UFMG. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/pesquisa-da-faculdade-de-medicina-da-ufmg-investiga-impactos-da-episiotomia-na-qualidade-de-vida-pos-parto/>. Acesso em: 20 ago. 2025.

FILHO, M. M. Responsabilidade civil: aspectos processuais . Rio de Janeiro: Atlas, 2007. *E-book*. pág.141. ISBN 9788522472567. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788522472567/>. Acesso em: 08 ago. 2025.

FLACH, S. F. Violência obstétrica e responsabilidade civil: algumas reflexões a partir do julgamento da Apelação Cível n.º 0619613-73.2017.8.04.0001 – *AM*. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Escola de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2024. Orientadora: Liane Tabarelli. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/27134/1/2024_2_SOPHIA_FRANZOI_FLACH_TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 3 ago. 2025.

G1. Mulheres relatam histórias de violência em partos realizados por médica influencer: "Custou a vida do meu filho". Fantástico, 20 abr. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2025/04/20/mulheres-relatam-historias-de-violencia-e-m-partos-realizados-por-medica-influencer-custou-a-vida-do-meu-filho.ghtml>. Acesso em: 6 ago. 2025.

GAMA, G. STJ rejeita ação contra Renato Kalil por suposta violência em parto. CNN Brasil, 27 ago. 2024. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/stj-rejeita-acao-contra-renato-kalil-por-suposta-violencia-em-parto/> . Acesso em: 28 out. 2025.

GONÇALVES, C. R. Responsabilidade Civil - 24ª Edição 2025. 24. ed. Rio de Janeiro: SRV, 2025. *E-book*. p.15. ISBN 9788553624973. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788553624973/>. Acesso em: 04 ago. 2025.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica n.º 2/2024 – SES/SAIS/COASIS/DASIS/GESNUT: Padronização da prescrição dietética das parturientes atendidas na rede da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF, 13 mar. 2024. 6 p. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/620159/SEI_GDF___135766804___Nota_Tecnica___Parturientes.pdf. Acesso em: 28 ago. 2025.

LANES, M. C S.; FERNANDES, R. F.; ANTUNES, R. M. de M. e S.; e outros. Direito Constitucional I. Porto Alegre: SAGAH, 2018. *E-book*. pág.162. ISBN 9788595024458. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595024458/>. Acesso em: 30 jul. 2025.

LEITE, T. H.; MARQUES, E. S.; CORRÊA, R. G.; LEAL, M. do C.; OLEGÁRIO, B. da C. D.; COSTA, R. M. da; MESENBURG, M. A. Epidemiologia da violência obstétrica: uma

revisão narrativa do contexto brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, e12222023, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024299.12222023. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>. Acesso em: 17 ago. 2025.

LIMA, L. C.; SILVA, C. N.; RIBEIRO, L.B.; LOPES, A.C.S.; SOUZA, C.R.; SILVA, C.S.; FERREIRA, M. V. R.; BOMTEMPO, P. W. B. Violência Obstétrica: relatos de experiência vivenciada. *REVISA*. [S. l.], v. 11, n. 4, p. 538–547, 2022. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/208>. Acesso em: 27 ago. 2025.

LIMA, M. A. de S. G. Violência obstétrica: violação aos direitos da parturiente. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus Pantanal, 2020. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elaine Dupas. Disponível em: https://cpan.ufms.br/files/2020/12/Artigo_Cientifico_2305788_VIOLENCIA_OBSTETRICA_Monique_Lima.pdf. Acesso em: 3 ago. 2025.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2771–2780, ago. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017228.04252016. SciELO Saúde Pública. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8Vxx7RwsWCYJLcTPHmvVbcP/?format=html&lang=pt> . Acesso em: 3 ago. 2025.

MARIANI, A. C.; NETO, J. O. N. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *cad. esc. dir. rel. int. (unibrasil)*, Curitiba-pr | vol. 2, nº 25, jul/dez 2016, p. 48-60. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernosdireito/article/view/3060> Acesso em: 08 Ago. 2025

MATOS, M. G.; MAGALHÃES, A. S.; FÉRES-CARNEIRO, T. Violência Obstétrica e Trauma no Parto: O Relato das Mães. *Psicologia: Ciência e Profissão*, São Paulo, v. 41, e219616, 2021. DOI: 10.1590/1982-3703003219616. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/XSKSP8vMRV6zzMSfqY4zL9v/>. Acesso em: 3 set. 2025.

MAZOCOLI, E. Mulheres relembram episódios de violência obstétrica em Juiz de Fora. *Tribuna de Minas*, Juiz de Fora, 31 dez. 2021. Atualizada em 31 dez. 2021. Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/noticias/cidade/31-12-2021/mulheres-relembra-episodios-de-violencia-obstetrica-em-juiz-de-fora.html>. Acesso em: 27 ago. 2025.

MIRANDA, B. F.; FILARD, M. F. Violência obstétrica e a responsabilidade civil do estado e do profissional médico. *REVISTA DELOS*, [S. l.], v. 17, n. 62, p. e3010, 2024. DOI: 10.55905/rdelos.17.n.62-019. Disponível em: <https://ojs.revistadelos.com/ojs/index.php/delos/article/view/3010> . Acesso em: 6 ago. 2025.

MOURÃO E. C.; SILVA, L. N.; SILVA M. F. P.; Violência obstétrica sob a perspectiva da responsabilidade civil. *JNT Facit Business and Technology Journal*. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2025 – MÊS DE MAIO - Ed. 62. VOL. 01. Págs. 220-233. Disponível em: <https://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/3460/2318> Acesso em: 05 ago. 2025

NIETZSCHE, F. Assim falava Zaratustra. 3. ed. São Paulo: Vozes, 2014. E-book. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 03 out 2025.

OLIVEIRA, C. F.; BORTOLI, M. C.; SETTI, C.; LUQUINE J.C.D.; TOMA, T. S. Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 427–439, fev. 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022272.41572020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PCcP8QgG6tpcCRxnJMfs6RK/abstract/?lang=pt> Acesso em: 21 ago. 2025.

OLIVEIRA, G. Mulheres que sofrem aborto espontâneo relatam maus-tratos por profissionais de saúde. *Jornal de Brasília*, Brasília, 09 jul. 2024. Disponível em: <https://jornaldebrasil.com.br/noticias/saude/mulheres-que-sofrem-aborto-espontaneo-relata-m-maus-tratos-por-profissionais-de-saude/>. Acesso em: 19 ago. 2025.

OLIVEIRA, L. G. S. M. Violência Obstétrica e Direitos Humanos dos pacientes. TCC, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11826/1/21312131.pdf> .Acesso em: 30 jun. 2025.

OLIVEIRA, N. S. A Responsabilidade Civil dos Profissionais da Saúde nos casos de Violência Obstétrica. Pucgoiás, 2023. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/7297/3/TCC%20-%20NATH%20c3%81LIA%20SANTOS%20%20%281%29.pdf> . Acesso em: 30 Jun. 2025.

PARTO DO PRINCÍPIO. Violência obstétrica: “Parirás com dor”. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência contra as Mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Cível n.º 000096-93.2010.8.21.0041. Nona Câmara Cível, Rel. Des. Eduardo Kraemer, julgado em 8 nov. 2023. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br>. Acesso em: 31 ago. 2025.

SANTOS, R.S. Médico é condenado por homicídio culposo cometido durante parto em maternidade do DF. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios – TJDF, Brasília, 23 nov. 2023. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/2023/novembro/medico-e-condenado-por-homicidio-culposo-cometido-durante-parto-em-maternidade-do-df>. Acesso em: 02 set. 2025.

SARLET, I.; MARINONI, L. G.; MITIDIERO, D. Curso de Direito Constitucional - 13ª Edição 2024. 13. ed. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2024. E-book. p.494. ISBN 9788553621163. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788553621163/>. Acesso em: 03 ago. 2025.

SARLET, I. W.; MARINONI, L. G.; MITIDIERO, D. Curso de Direito Constitucional. 14. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Revista dos Tribunais, 2025. E-book. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788553626885/>. Acesso em: 01 ago. 2025. p. 46. ISBN 978-85-536-2688-5.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. F. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. *Interface* (Botucatu), São Paulo, v. 23, e170915, 2019. DOI: 10.1590/Interface.170915. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2019.v23/e170915/>. Acesso em: 20 ago. 2025.

SOARES, R. M. F. O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. 2. ed. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2024. *E-book*. p.iii. ISBN 9786553625068. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786553625068/>. Acesso em: 29 jul. 2025.

SOUSA, S. S.; JAYME, F. R. Responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica. *JNT – Facit Business and Technology Journal*, Curitiba, v. 1, n. 45, p. 433–447, set. 2023. ISSN 2526-4281. Disponível em: <https://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/2424>. Acesso em: 2 set. 2025

TARTUCE, F. Responsabilidade Civil - 6ª Edição 2024. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2024. *E-book*. p.1150. ISBN 9788530995492. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788530995492/>. Acesso em: 04 ago. 2025.

TAVARES, A. R. Curso de Direito Constitucional - 23ª Edição 2025 . 23. ed. Rio de Janeiro: SRV, 2025. *E-book*. pág.452. ISBN 9788553624416. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788553624416/>. Acesso em: 30 jul. 2025.

VIANA, L. M. Da sala de parto ao tribunal: a responsabilidade jurídica dos profissionais de saúde diante de casos de violência obstétrica. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2024. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Micheli Pereira de Melo. Disponível em: [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/256087/TCC%20-%20LUIZA%20METZKER%20VIANA%20\(5\).pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/256087/TCC%20-%20LUIZA%20METZKER%20VIANA%20(5).pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 02 set. 2025.

Violência obstétrica: 8 relatos fortes e chocantes de quem passou por isso. *Mulher.com.br*, 30 jun. 2016. Disponível em: <https://www.mulher.com.br/familia/gravidez-e-bebes/violencia-obstetrica-8-relatos-fortes-e-chocantes-de-quem-passou-por-isso>. Acesso em: 27 ago. 2025.