

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS:  
ENTRE A MATERNIDADE E O GÊNERO**

*OBSTETRIC VIOLENCE AS A VIOLATION OF HUMAN RIGHTS: BETWEEN  
MOTHERHOOD AND GENDER.*

*LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS  
HUMANOS: ENTRE LA MATERNIDAD Y EL GÉNERO.*

**Kamyla Vitória da Silva**

Graduanda em Direito pela Universidade Estadual de Goiás (UEG)

E-mail: [kamylavitoria1910@gmail.com](mailto:kamylavitoria1910@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4993-2920>

**Profa. Dra. Isabella Christina da Mota Bolfarini**

Doutora em Direito Político e Econômico pela Universidade Presbiteriana Mackenzie

E-mail: [Isabella.bolfarini@ueg.br](mailto:Isabella.bolfarini@ueg.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0089-0341>

**Vitória Martins Fernandes**

Graduanda em Direito pela Universidade Estadual de Goiás (UEG)

E-mail: [vfdireito00@aluno.ueg.br](mailto:vfdireito00@aluno.ueg.br)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0077-5850>

---

**RESUMO**

O artigo analisa a violência obstétrica como uma violação dos direitos humanos das mulheres, destacando suas dimensões jurídicas, sociais e de gênero. A pesquisa, de natureza qualitativa e bibliográfica, examina práticas institucionais que desrespeitam a autonomia das gestantes e comprometem seus direitos fundamentais. No primeiro momento, aborda-se a configuração jurídico-social da violência obstétrica, com base em tratados internacionais e normas nacionais de proteção à mulher. Em seguida, discute-se como as

relações de poder entre profissionais de saúde e gestantes, marcadas por desigualdades de gênero, raça e classe, reforçam a medicalização e a desumanização do parto. Conclui-se que o enfrentamento da violência obstétrica exige reconhecimento jurídico, responsabilização institucional e políticas públicas que garantam um parto digno e respeitoso.

**Palavras-chave:** Violência obstétrica. Direitos humanos. Gênero. Saúde reprodutiva. Dignidade humana.

### ABSTRACT

This article analyzes obstetric violence as a violation of women's human rights, highlighting its legal, social, and gender dimensions. The research, qualitative and bibliographic in nature, examines institutional practices that disrespect the autonomy of pregnant women and compromise their fundamental rights. First, it addresses the legal and social framework of obstetric violence, based on international treaties and national standards for the protection of women. Then, it discusses how power relations between health professionals and pregnant women, marked by gender, race, and class inequalities, reinforce the medicalization and dehumanization of childbirth. It concludes that confronting obstetric violence requires legal recognition, institutional accountability, and public policies that ensure a dignified and respectful childbirth.

**Keywords:** Obstetric violence. Human rights. Gender. Reproductive health. Human dignity.

### RESUMEN

Este artículo analiza la violencia obstétrica como una violación de los derechos humanos de las mujeres, destacando sus dimensiones legales, sociales y de género. La investigación cualitativa y bibliográfica examina las prácticas institucionales que vulneran la autonomía de las mujeres embarazadas y comprometen sus derechos fundamentales. En primer lugar, aborda la configuración legal y social de la violencia obstétrica, basada en tratados internacionales y normas nacionales para la protección de las mujeres. Posteriormente, analiza cómo las relaciones de poder entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, marcadas por las desigualdades de género, raza y clase, refuerzan la medicalización y la deshumanización del parto. Concluye que para afrontar la violencia obstétrica se requiere reconocimiento legal, rendición de cuentas institucional y políticas públicas que garanticen un parto digno y respetuoso.

**Palabras clave:** Violencia obstétrica. Derechos humanos. Género. Salud reproductiva. Dignidad humana.

---

Recebido em: 17/03/2026  
Aceito em: 20/05/2026  
Publicado em: 11/06/2026



## INTRODUÇÃO

O parto, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014, p. 2), não é apenas um processo fisiológico que pode ocorrer por via normal ou cesariana, mas também uma experiência singular na vida da mulher, que deve ser conduzida com respeito, escuta e cuidado. A obstetrícia, enquanto especialidade médica responsável pela assistência ao parto, tem o dever de assegurar às pessoas condições de segurança e acolhimento. No entanto, com frequência, falha nesse propósito ao adotar práticas desnecessárias e de caráter autoritário, retirando das mulheres o protagonismo sobre seus corpos e decisões.

A violência obstétrica é considerada uma grave violação aos direitos humanos das pessoas que possuem sistema reprodutor feminino. Vale ressaltar que, embora o termo “violência obstétrica” seja frequentemente associado exclusivamente às mulheres cisgênero, é importante reconhecer que ele também pode afetar homens transgêneros e pessoas não binárias com capacidade gestacional. Mesmo após processos de transição social e/ou cirúrgica, muitos indivíduos preservam o sistema reprodutivo feminino e podem engravidar. Nessas situações, estão igualmente sujeitos a práticas desrespeitosas, discriminatórias ou coercitivas no contexto da assistência obstétrica, muitas vezes agravadas por preconceitos transfóbicos ou pela negação de suas identidades de gênero. Portanto, o enfrentamento à violência obstétrica deve considerar uma perspectiva interseccional e inclusiva, contemplando todas as pessoas gestantes, independentemente de sua identidade de gênero. Trata-se, portanto, de uma questão que se situa na junção entre gênero, saúde e justiça social.

Embora os direitos reprodutivos tenham avançado nas últimas décadas, muitas/os gestantes ainda sofrem e enfrentam práticas abusivas durante a assistência ao parto, incluindo intervenções médicas desnecessárias, tratamento desrespeitoso e, muitas vezes, negação de autonomia sobre seus próprios corpos (Diniz, 2017). Essa forma de violência de gênero está enraizada em relações de poder assimétricas entre profissionais de saúde e gestantes, refletindo estruturas sociais mais amplas que acabaram intensificando a

discriminação contra mulheres, especialmente negras, indígenas e de baixa renda (Aguiar; D'Oliveira, 2011).

É a partir dessa perspectiva de análise que o presente artigo se propõe a analisar a violência obstétrica não apenas como um problema de saúde pública, mas sim como uma violação sistemática de direitos fundamentais, tais como a dignidade humana, a integridade física e psicológica e a autonomia reprodutiva das/os gestantes.

Este estudo utiliza uma perspectiva interdisciplinar, conectando reflexões sobre gênero, saúde e direitos humanos para compreender as raízes históricas e sociais desse fenômeno. A metodologia baseia-se em revisão bibliográfica crítica, abrangendo desde legislações, para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher e gestantes, até estudos feministas e relatórios de organismos internacionais (ONU Mulheres, 2018).

Ao inserir a violência obstétrica no marco dos direitos humanos, busca-se não apenas denunciar sua ocorrência, mas também apontar a necessidade de caminhos para que políticas públicas interseccionais garantam um parto digno e respeitoso para todas/os gestantes (Scavone, 2008).

Diante disso, o problema de pesquisa que orienta este estudo busca entender de que maneira a violência obstétrica se configura como uma violação dos direitos humanos e quais os desafios jurídicos, sociais e institucionais para seu reconhecimento e enfrentamento no Brasil?

Os principais referenciais teóricos utilizados para a análise são autores que abordam a interseção entre gênero, saúde e poder, como Michel Foucault (1984), que analisa as práticas disciplinares e o controle dos corpos; Silvia Federici (2023), que reflete sobre a exploração reprodutiva e a desigualdade de gênero; Lélia Gonzalez (2020), que denuncia o racismo estrutural e o sexismo institucional; e Cecília Diniz (2017), que discute a violência obstétrica como expressão das desigualdades de gênero na saúde pública.

A pesquisa tem como objetivo analisar a violência obstétrica como uma violação dos direitos humanos, buscando compreender suas raízes estruturais, históricas e jurídicas. Para isso, o estudo propõe uma abordagem interdisciplinar e crítica, articulando o Direito, a Sociologia e os Estudos de

Gênero, com base em revisão bibliográfica de documentos normativos, tratados internacionais, relatórios e estudos científicos sobre o tema.

No item 1, será examinada a configuração jurídico-social da violência obstétrica, apresentando sua origem conceitual, sua tipificação nas legislações internacionais e o tratamento normativo no Brasil, relacionando-a com os direitos fundamentais. O item 2 analisará as relações de poder e as práticas institucionais que sustentam essa violência, discutindo como o racismo, o sexismo e a desigualdade de classe reforçam a medicalização do parto e a perda de autonomia das gestantes.

Assim, o estudo busca demonstrar que a violência obstétrica não é apenas uma questão de saúde pública, mas também uma expressão das desigualdades estruturais de gênero e raça, exigindo políticas públicas interseccionais e a efetiva proteção dos direitos humanos das mulheres.

Além disso, este artigo contou com o apoio de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), como o ChatGPT, utilizadas de forma auxiliar, especialmente na revisão textual, incluindo correções ortográficas e gramaticais, ajustes em referências bibliográficas e aprimoramento da coerência e coesão do texto.

Ressalta-se que o uso dessas ferramentas ocorreu de maneira ética, responsável e complementar, não substituindo a autoria intelectual, o pensamento crítico nem a responsabilidade acadêmica das autoras pelo conteúdo apresentado.

### **1. Entre o Direito e a realidade: fundamentos da violência obstétrica e sua configuração jurídico-social**

O termo 'violência obstétrica' foi elaborado pelo Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, e publicado em 2010 no Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia onde a violência obstétrica é tipificada. (D'Gregorio, 2010, p. 201-202). Trata-se de um conceito que engloba três momentos distintos do cuidado nos serviços de saúde, a saber, o pré-parto, o parto e o pós-parto e, em todos

eles, a participação ativa da/o gestante no processo decisório é de extrema importância uma vez que há estudos que indicam que a sensação de não ser adequadamente informada/o e a ausência de oportunidade para tomar decisões estão diretamente relacionadas à insatisfação com o atendimento recebido (Nascimento Neto, 2016).

De acordo com García, Diaz e Acosta (2013 p. 727) a violência obstétrica é uma realidade que tem sido observada na América Latina há algumas décadas. Na região, é comum que as/os gestantes enfrentem a falta de informação e tenham medo de perguntar sobre os procedimentos realizados durante o trabalho de parto, resultando na aceitação de situações desconfortáveis ou invasivas, permitindo que seus corpos sejam manipulados por diferentes pessoas sem questionamento. (Da Guia Costa, Castro, Rodrigues, 2023).

Em vista disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) reconhece que muitas pessoas ao redor do mundo, são frequentemente vítimas de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto dentro das instituições de saúde. Conforme destacado por Zanardo, Uribe, Nadal e Habigzang (2016), na pesquisa “Violência Obstétrica No Brasil: Uma Revisão Narrativa”, esse tipo de tratamento é especialmente preocupante porque o parto é um momento de grande fragilidade física e emocional para a mulher. Essas condutas podem trazer consequências negativas tanto para a mãe quanto para o bebê.

Apesar de a violência obstétrica ser um grande problema social e precisar de atenção urgente, ainda não existe uma definição sólida sobre esse tipo de violência, o que gera impactos e algumas distorções conceituais. Alguns autores, como D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002, p.1685) classificam a violência obstétrica em quatro tipos principais: negligência, quando há omissão de cuidados e atendimento adequado; violência psicológica, caracterizada por atitudes hostis, gritos, ameaças ou humilhações intencionais; violência física, como a negação injustificada do alívio da dor; e violência sexual, que inclui situações de assédio e abuso sexual. Essas práticas, infelizmente, ainda estão presentes em diversos contextos hospitalares e refletem uma relação de poder desequilibrada entre profissionais de saúde e gestantes.

Ademais, a violência obstétrica pode se manifestar de diversas formas, dentre as quais algumas delas são constantemente normalizadas no ambiente hospitalar, apesar de ferirem diretamente os direitos, a dignidade e a integridade física e emocional da/o gestante (Pimentel, Silva, Silva, Queiroz, Sousa, 2020, p. 25) Entre os exemplos mais comuns, destacam-se o tratamento desrespeitoso, agressivo, sem empatia ou com zombarias durante o trabalho de parto, a infantilização feminina, os comandos autoritários dos profissionais da saúde, os apelidos diminutivos ou tratamentos que indicam incapacidade da/o gestante de compreender sua própria experiência. Além disso, é frequente a realização de procedimentos dolorosos, invasivos ou constrangedores sem necessidade clínica ou consentimento da/o paciente, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos e colocação em posição ginecológica com portas abertas que resulta na exposição física desnecessária (Santos, 2018, p. 69). A liberdade de comunicação também pode ser cerceada quando a/o gestante é impedida/o de telefonar, usar o celular ou se locomover livremente. Atitudes como debochar de características físicas (como obesidade, presença de pelos, estrias ou episódios de evacuação) ou de comportamentos emocionais (como chorar, gritar, sentir medo ou vergonha) também configuram formas de violência (Duarte, 2015, pg. 329).

É fundamental destacar que, em muitos casos, a violência obstétrica configura crime. Isso acontece quando as atitudes dos profissionais de saúde causam danos físicos ou psicológicos à mulher ou ao bebê durante o parto. O tipo de crime depende do que foi feito e da gravidade da ação. Se a conduta da equipe médica causar a morte da gestante ou do bebê, mesmo sem intenção, pode ser enquadrada como homicídio culposo (art. 121, §3º, do Código Penal). A pena pode ser aumentada se o profissional não seguir regras técnicas, não prestar socorro ou fugir do local (§4º do mesmo artigo). Esse é o caso mais grave, pois atinge o bem mais importante, a vida. Outro exemplo muito claro, quando o profissional realiza procedimentos invasivos e dolorosos, como episiotomia<sup>1</sup> sem necessidade ou sem consentimento, manobra de Kristeller

---

<sup>1</sup> A episiotomia é o corte que envolve vários tecidos importantes do aparelho reprodutor feminino responsáveis pela contenção urinária e fecal.

<sup>2</sup>(empurrar a barriga da mulher) ou uso incorreto do fórceps<sup>3</sup>, ele pode responder por lesão corporal (art. 129 do CP). Nesse caso, a violência é física, pois causa dor ou machucado na/o gestante. Além disso, há o crime de constrangimento ilegal (art. 146 do CP) que ocorre quando o profissional ameaça ou força a/o parturiente a fazer algo contra sua vontade, por exemplo, dizer que não fará o parto se ela/ele não obedecer. Também acontece quando faz um procedimento sem o consentimento da mulher, a não ser que haja risco imediato de morte. Aqui, a violência é moral e psicológica, pois tira a liberdade da gestante.

Quando há xingamentos, humilhações ou ofensas durante o parto, o profissional pode responder por injúria (art. 140 do CP), já que isso ofende a dignidade e honra da/o parturiente. Por fim, se as ofensas envolverem raça, cor, religião, origem ou deficiência, o crime será agravado (§3º do mesmo artigo) (Pimentel, Silva, Silva, Queiroz, Sousa, 2020).

Em resumo, a violência obstétrica pode ser crime quando envolve morte, lesões, ameaças ou ofensas, dependendo do tipo e do nível da violência praticada. Os movimentos feministas, têm se empenhado em evidenciar o caráter violento de determinadas práticas adotadas durante o parto. Um exemplo recorrente é a realização da episiotomia sem o consentimento da/o gestante, situação que pode ser enquadrada como crime contra a integridade física, caracterizando lesão corporal, nos termos do artigo 129 do Código Penal brasileiro. (Nascimento Neto, 2016)

Como ainda não há uma tipificação criminal específica para a violência obstétrica, as vítimas geralmente recorrem à esfera cível para buscar indenização por danos morais. Em situações mais graves, podem ser aplicados os tipos penais já existentes, como homicídio, lesão corporal, omissão de socorro ou crimes contra a honra. No entanto, essas normas não contemplam a/o gestante, parturiente ou puérpera<sup>4</sup> em sua condição particular de mulher

<sup>2</sup> Manobra de Kristeller consiste no uso da força das mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve, dentre outros.

<sup>3</sup> Instrumento utilizado para facilitar a remoção do bebê durante o parto.

<sup>4</sup> Lembrando que há diferença entre esses conceitos, pois gestante é a pessoa grávida (abrangendo todo o período da gestação); parturiente refere-se à pessoa em trabalho de parto, que tem início com as contrações efetivas e termina com o nascimento do bebê e, por fim, puérpera, é a pessoa que acabou de parir e que se encontra no período do puerpério (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010).



ou de pessoa não conforme aos padrões de gênero tidos como corretos ou aceitáveis, o que evidencia um histórico de silenciamento e invisibilidade. Isso se agrava diante de uma cultura patriarcal em que, muitas vezes, homens em posição de autoridade, especialmente no campo científico, desconsideram a autonomia feminina, reforçando desigualdades de gênero ainda presentes na sociedade brasileira (Santos, 2018).

Além disso, também é importante lembrar que o Direito Penal muda com o tempo. Algumas condutas que antes eram vistas como normais hoje são reconhecidas como formas de violência. Por isso, negar a criação de um tipo penal específico para a violência obstétrica é o mesmo que negar a importância de proteger as mulheres nesse momento tão delicado

Portanto, percebe-se que a violência obstétrica é uma prática real e persistente, que atinge determinadas pessoas em momentos de extrema vulnerabilidade, como o pré-parto, o parto e o pós-parto. Mesmo sendo, muitas vezes, naturalizada dentro dos serviços de saúde, ela representa uma grave violação de direitos humanos, afetando a integridade física e emocional das/os gestantes. A ausência de uma definição legal clara e a falta de informações dificultam o enfrentamento do problema. Por isso, é importante que a sociedade, os profissionais da saúde e os órgãos responsáveis trabalhem juntos para oferecer um atendimento com mais respeito, cuidado e informação, garantindo amplo respeito dos direitos reprodutivos.

A partir do final da década de 1970, diversos tratados internacionais foram criados e assinados com o objetivo de proteger os direitos das mulheres. Um dos mais importantes é a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), adotada em 1979 pela Assembleia Geral da ONU. Esse foi o primeiro grande documento a denunciar a discriminação sofrida pelas mulheres e a reconhecê-la como um obstáculo à igualdade de gênero (Prá; Epping, 2012).

Após a CEDAW, outros documentos internacionais foram elaborados graças às discussões e ao ativismo dos movimentos feministas. Entre eles, destacam-se a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena (1993), o Plano de Ação da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento do Cairo (1994), a Convenção

Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994) e a Declaração e Plataforma de Ação da Conferência Mundial sobre a Mulher de Pequim (1995).

Em 1996, atendendo às pressões dos movimentos pela humanização do parto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um documento com recomendações baseadas em evidências científicas sobre a condução do parto. Esse material defende o direito das/os gestantes a um parto sem intervenções desnecessárias e classifica as práticas médicas em quatro grupos, a saber, as que são benéficas e devem ser incentivadas; as que são danosas ou ineficazes e devem ser abandonadas; as que ainda carecem de evidências científicas; e as que são úteis, mas muitas vezes aplicadas de forma inadequada (OMS, 1996).

A CEDAW também vem orientando melhorias na qualidade da assistência à saúde das/dos gestantes, especialmente no que diz respeito aos direitos reprodutivos e sexuais. Em diversos países da América Latina, foram criados mecanismos jurídicos para combater a violência obstétrica. A Venezuela foi pioneira ao legislar sobre o tema em 2007, seguida pela Argentina (2009), Panamá e Bolívia (2013) e, mais recentemente, pelo Uruguai (2017) (Zanatta, 2024, p. 62)

Em 1999, o Comitê da CEDAW elaborou a Recomendação Geral nº 24 (RG24), com o objetivo de interpretar o artigo 12 da Convenção, que trata do direito à saúde das mulheres (Erdman; Assis, 2023). Essa recomendação destaca a importância da saúde reprodutiva, do acesso a serviços de saúde de qualidade, da educação sexual e da informação adequada sobre os procedimentos médicos. Além disso, afirma que os Estados não podem se eximir da responsabilidade de proteger a saúde feminina, mesmo quando os serviços são prestados por instituições privadas (ONU, 1999).

Um dos países latino-americanos mais engajados nessa temática é a Venezuela, que promulgou, em 2007, a *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Essa legislação tem como objetivo proteger os direitos das mulheres e reconhece dezenove formas de violência, dentre as quais se inclui a violência obstétrica. De acordo com a referida lei, são consideradas práticas de violência obstétrica condutas como a omissão

no atendimento de emergências obstétricas, a obrigatoriedade de a mulher parir na posição de litotomia (deitada de costas com as pernas elevadas), a proibição do contato imediato entre mãe e bebê sem justificativa médica, a alteração do processo natural do parto por meio de técnicas de aceleração sem o consentimento voluntário da gestante e a realização de cesarianas quando há condições adequadas para o parto normal. (Venezuela, 2007)

Embora a promulgação dessa lei tenha representado um avanço importante na melhoria das condições de atenção às pessoas grávidas, ainda é perceptível a necessidade de uma maior divulgação, tanto no meio médico quanto entre as usuárias do sistema de saúde. Isso se deve ao fato de que sua implementação ocorreu principalmente por meio de documentos formais, sem uma efetiva inserção nas práticas institucionais cotidianas (Blázquez, 2009; Faneite et al., 2012; Terán et al., 2013). Tal desconhecimento tem gerado confusões acerca dos limites da atuação médica, dos procedimentos padronizados e do que pode ser identificado como violência obstétrica.

Nesse contexto, destaca-se a Lei Argentina nº 25.929, de 17 de setembro de 2004, que trata do parto humanizado e deve ser seguida tanto por instituições públicas quanto privadas de saúde em todo o território argentino. Essa lei garante diversos direitos durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, além de proteger também os direitos dos recém-nascidos e dos pais de bebês em situação de risco. O texto legal ainda prevê que a violação desses direitos é considerada uma infração grave, passível de sanções e de responsabilização civil ou criminal (Pimentel, Silva, Silva, Queiroz, Sousa, 2020, p. 37). Embora não mencione diretamente o termo “violência obstétrica” nem traga punições penais específicas, o objetivo dessa norma é impedir qualquer prática que viole direitos das/os gestantes e parturientes durante a gestação e o parto.

Outra norma relevante é a Lei nº 26.485, de 1º de abril de 2009, que trata da prevenção, punição e erradicação da violência contra as mulheres em todos os âmbitos das relações interpessoais. Essa lei define a violência obstétrica como a violência praticada por profissionais de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos, manifestada por meio de tratamento desumano, excesso de medicalização e pela patologização de processos naturais. A norma

assegura às vítimas o direito de buscar reparação civil pelos danos sofridos, conforme as regras gerais, embora não mencione sanções administrativas ou penais (Arsie, 2015).

A partir de uma análise geral dessas normas, é possível perceber a violência obstétrica como uma forma específica de violação aos direitos reprodutivos de gestantes, caracterizada pela dor e sofrimento evitáveis impostos durante o ciclo gravídico-puerperal. Trata-se de um tipo de violência que ocorre em um momento de extrema vulnerabilidade, no qual a pessoa se encontra dependente dos profissionais de saúde e, muitas vezes, sem autonomia sobre o próprio corpo, o que torna essas práticas ainda mais graves sob a perspectiva dos direitos humanos e da dignidade da/o gestante (Dionisio, Barbosa, 2021, p.3)

Dessa forma, ao tratar a violência de gênero sob múltiplas dimensões jurídica, social e ética, observa-se que a responsabilização também alcança o campo profissional da saúde. Assim a responsabilidade ética do médico, no âmbito administrativo, está diretamente vinculada aos princípios estabelecidos pela Resolução nº 1.931/2009 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que institui o Código de Ética Médica. Esse instrumento normativo orienta a conduta dos profissionais de saúde e reforça a importância do respeito à dignidade humana, à autonomia do paciente e aos direitos fundamentais.

Os Capítulos III, IV e V do Código tratam da responsabilidade profissional, dos direitos humanos e da relação médico-paciente, apresentando um conjunto de condutas que devem ser rigorosamente observadas. Entre as proibições, destacam-se as ações de causar dano ao paciente por ação ou omissão caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência; realizar ou indicar procedimentos desnecessários ou proibidos pela legislação; deixar de obter o consentimento informado antes de qualquer intervenção, salvo em casos de risco iminente de morte; restringir o direito do paciente de decidir livremente sobre seu corpo e seu bem-estar; e abandonar o paciente sob seus cuidados (BRASIL, 2009).

Assim, à luz do Código de Ética Médica, fica evidente que as práticas associadas à violência obstétrica violam não apenas direitos humanos e

princípios legais, mas também os valores éticos fundamentais da profissão médica. Cabe, portanto, ao profissional da saúde agir com zelo, empatia e respeito à autonomia da pessoa gestante, assegurando que o atendimento durante o parto e o nascimento ocorra de forma humanizada, segura e livre de qualquer forma de violência (Pimentel, Silva, Silva, Queiroz, Sousa, 2020).

No Direito brasileiro, os direitos fundamentais estão diretamente ligados à dignidade humana. De acordo com Ferrajoli (2004, p. 37 *apud* Silva 2011, p.73), os direitos fundamentais são “todos aqueles direitos subjetivos que correspondem universalmente a todos os seres humanos enquanto dotados de status de pessoas, de cidadãos ou de pessoas com capacidade de atuar”. Em outras palavras, são os direitos essenciais para que qualquer ser humano viva com liberdade, segurança e dignidade.

Além dos direitos previstos na Constituição Federal, é importante considerar a abordagem dos tratados internacionais ratificados pelo Brasil. O art. 5º, §2º da CF/88 estabelece que os direitos e garantias expressos na Constituição não excluem outros oriundos do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais dos quais o Brasil seja parte. Sendo assim a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 afirma, em seu art. 1º, que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos”, devendo agir com espírito de fraternidade. Essa norma reflete o princípio de que todos são titulares dos direitos humanos, não podendo haver qualquer forma de discriminação.

Ademais, a Constituição Federal de 1988, em seu art. 6º, inclui a proteção à maternidade como um direito social. No caso das/os gestantes e parturientes, o reconhecimento e o respeito desses direitos tornam-se ainda mais relevantes, já que se trata de um período de grande vulnerabilidade, exigindo apoio adequado por parte dos profissionais de saúde e das instituições hospitalares para garantir um acompanhamento digno da gravidez e um parto seguro. (Pimentel, Silva, Silva, Queiroz, Sousa, 2020)

Também é preciso compreender que a violência obstétrica não se limita à violação de direitos e garantias constitucionais assegurados a todos os cidadãos. Trata-se de uma forma específica de violência direcionada a pessoas em uma condição única, a gestação, o parto e o pós-parto. Isso porque, ao

considerar o binômio gestante-bebê, qualquer conduta violenta ou desrespeitosa direcionada à/ao parturiente acaba afetando também a criança em formação (Santos, 2018, p.74).

É importante lembrar que, mesmo quando não há violência física ou sexual, os danos psicológicos ainda são frequentes. As/os gestantes têm seus direitos fundamentais violados quando sua intimidade, privacidade, liberdade reprodutiva e sexualidade não são reconhecidas nem respeitadas. Para Santos (2018), a violência obstétrica denuncia condutas médicas que instrumentalizam a gestação como mero ato reprodutivo inviabilizando e invisibilizando qualquer tentativa de questionamento sobre as determinações médicas que impactam diretamente seus corpos e mentes.

Diante dessa realidade, é possível afirmar que a violência obstétrica em suas diferentes formas e ainda tão comum em diversas regiões do país, viola diretamente vários direitos fundamentais garantidos pela atual Constituição brasileira, dentre os quais, estão o direito à vida, à integridade física, à liberdade sexual, à intimidade, à vida privada, à honra e ao acesso à informação. Além disso, muitas/os gestantes vítimas dessa violência são forçadas/os a se submeter a outros procedimentos sem consentimento<sup>5</sup> ou recebem um tratamento desrespeitoso, o que pode caracterizar desde práticas degradantes até tortura, ferindo claramente a dignidade da pessoa humana. (Santos 2018)

Outrossim, vale lembrar que o direito à vida, por ser a base para o exercício de todos os demais direitos fundamentais, implica não somente uma conduta positiva, mas também uma conduta negativa por parte dos Estados, cabendo a estes, tanto o dever de não intervenção em seu exercício, quanto a obrigação de criar condições para que ele seja efetivado em sua máxima extensão. Nesse sentido, o acesso à saúde se apresenta como instrumento essencial para a garantia do direito à vida, cabendo ao Estado, portanto, a implementação de políticas públicas eficazes que garantam serviços de saúde de qualidade, capazes de proteger a vida da/o gestante e do bebê durante o pré-natal, o parto e o pós-parto. (Pimentel, Silva, Silva, Queiroz, Sousa, 2020).

<sup>5</sup> Podem ser citados como exemplos, a episiotomia; a tricotomia, que implica a raspagem de pelos pubianos e a Manobra de Kristeller.



Dados do Ministério da Saúde apontam que, em 2015, o Brasil registrou 1.738 mortes de gestantes, óbitos estes causados por complicações relacionadas à gravidez, ao parto ou ocorridas até 42 dias após o parto. Em 2016, houve uma redução, com 1.463 casos (BRASIL, 2018). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2018), a maioria dessas mortes poderia ter sido evitada com assistência adequada e as principais causas foram hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), hemorragias graves (principalmente após o parto), infecções pós-parto, complicações obstétricas e abortos inseguros.

Podemos observar que esses dados evidenciam que a falta de assistência adequada à saúde representa uma grave violação ao direito à vida e à dignidade humana (artigo 1º, III, da CF de 1988) dessas/es gestantes.

Assim, qualquer forma de discriminação, humilhação ou desrespeito durante a gestação, o parto e o pós-parto violam esses direitos e inviabilizam ou limitam o controle sobre o próprio corpo e a preservação de sua saúde mental desses sujeitos, já que, em muitos casos, não recebem informações claras sobre os procedimentos médicos, suas consequências e eventuais alternativas antes da realização de qualquer intervenção (Pimentel, Silva, Silva, Queiroz, Sousa, 2020). Essa questão relaciona-se com o direito à liberdade, que assegura à/ao gestante a capacidade de tomar decisões informadas sobre sua gestação. Para isso, é essencial que as informações sejam disponibilizadas de forma acessível, tornando o processo mais humano e menos traumático, tanto física quanto psicologicamente.

A escolha consciente sobre a realização de procedimentos envolve também os direitos à informação e à vida privada. Além disso, a/o gestante tem o direito de não ser submetida/o a tortura ou a tratamentos cruéis ou degradantes. Conforme Albuquerque (2013, p.35), o tratamento desumano é aquele que causa sofrimento físico ou psicológico intenso, enquanto o tratamento degradante é o que provoca medo, angústia, humilhação ou retira da mulher sua capacidade de resistir à situação. Práticas como a realização de procedimentos sem consentimento, ou que não trazem nenhum benefício à saúde da/o gestante e do bebê, são exemplos claros dessas violações.

Apesar do avanço da ciência e do reconhecimento dos direitos fundamentais, muitas pessoas ainda enfrentam situações de violência obstétrica. Isso revela que a luta pela efetivação desses direitos é marcada por desafios adicionais, resultado da desigualdade de gênero e da discriminação que impede o pleno acesso aos direitos básicos. (Pimentel, Silva, Silva, Queiroz, Sousa, 2020)

Assim, é possível concluir que o bem jurídico a ser protegido pela eventual tipificação da violência obstétrica envolve o corpo físico e psicológico da pessoa humana, sua saúde e seu bem-estar, os mesmos bens jurídicos tutelados pelo artigo 129 do Código Penal, que tem como objeto a proteção do ser humano em sua integralidade (Santos, 2018).

No que diz respeito especificamente às/aos gestantes, em 1992 o Brasil ratificou, por meio do Decreto nº 591, o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, adotado pela Assembleia-Geral da ONU em 1966. Esse tratado obriga os Estados a concederem proteção especial às/aos parturientes por um período razoável que se inicia antes e se estende após o parto, garantindo licença remunerada ou benefícios previdenciários adequados às mulheres e às/aos gestantes trabalhadoras/es (art. 10, item 2 do Pacto). No entanto, para além da proteção no ambiente de trabalho, é essencial considerar os mecanismos de combate à violência de gênero em suas múltiplas dimensões, especialmente no contexto da gestação, parto e pós-parto (Pimentel, Silva, Silva, Queiroz, Sousa, 2020).

Nesse sentido, uma das primeiras iniciativas do Brasil no cenário internacional foi a ratificação da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, concluída em 1994 e ratificada pelo país em 1996. Esse tratado amplia o conceito de violência contra a mulher, reconhecendo que ela pode ocorrer tanto no ambiente doméstico quanto na comunidade, sendo praticada por qualquer pessoa ou mesmo tolerada pelo Estado e seus agentes (Pimentel, Silva, Silva, Queiroz, Sousa, 2020).

O artigo 2º da Convenção dispõe que se entende por violência contra a mulher qualquer ato de violência física, sexual ou psicológica, incluindo, entre outros, o estupro, o abuso sexual, a tortura, os maus-tratos, o tráfico de

mulheres, a prostituição forçada, o sequestro e o assédio sexual. Essas violências podem ocorrer em diferentes espaços, como o local de trabalho, instituições educacionais, unidades de saúde ou qualquer outro ambiente, reforçando a necessidade de uma resposta institucional ampla e eficaz.

Além disso, o artigo 9º do mesmo tratado destaca que os Estados devem dar atenção especial às mulheres em situação de maior vulnerabilidade, seja em razão de raça, etnia, condição de migrante, refugiada ou deslocada, entre outros fatores. Isso demonstra o reconhecimento internacional de que as mulheres não vivenciam a violência de forma uniforme, sendo fundamental considerar as múltiplas camadas de opressão que agravam a violação de seus direitos.

Diante disso, é possível afirmar que tanto a legislação interna quanto os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil reforçam a importância de medidas concretas para proteger os direitos das mulheres, especialmente durante a gestação e o parto. Garantir que elas estejam livres de qualquer forma de violência, desrespeito ou negligência é uma obrigação constitucional e internacional, sendo essencial para a promoção da dignidade da pessoa humana e para o fortalecimento da igualdade de gênero na sociedade.

## **2. Relações de poder e violência obstétrica: Assimetrias de poder entre profissionais de saúde e gestantes, negligência e medicalização como instrumento de controle**

Outro ponto importante a ser analisado é o fato de que a relação entre profissionais de saúde e gestantes pode ser profundamente marcada por estruturas hierárquicas que colocam a mulher em uma posição de inferioridade dentro do sistema médico, no Brasil. Foucault (1984), em sua análise sobre as instituições disciplinares, ressaltava como o saber médico se constitui como um mecanismo de poder, definindo o que é “normal” e o que é “patológico” e, conseqüentemente, legitimando intervenções sobre os corpos. No contexto obstétrico, essa dinâmica se manifesta quando o conhecimento técnico-científico é utilizado para invalidar a experiência pessoal da/o gestante, transformando-a/o em mero objeto de procedimentos (Diniz, 2017).

Assim, essa assimetria se intensifica pela histórica desvalorização do saber feminino sobre o próprio corpo. Conforme argumenta Davis-Floyd (2001), o modelo biomédico hegemônico opera sob uma lógica tecnocrática, na qual o parto é visto como um evento de risco que deve ser controlado por meio de intervenções médicas. Essa lógica reforça a ideia de que a/o gestante é incapaz de tomar suas próprias decisões sobre seu processo reprodutivo, transferindo, assim, toda a autoridade para os profissionais de saúde. Como resultado, práticas como a realização de cesáreas sem indicação clínica, restrição de movimentos durante o trabalho de parto e negação de acompanhantes tornam-se comuns, mesmo em desacordo com as evidências científicas (Rezende, 2014, p. 7).

A violência simbólica presente nessa relação se expressa também na linguagem utilizada pelos profissionais, que muitas vezes infantilizam as mulheres e as/os gestantes ou as/os culpam por eventuais complicações. Pesquisas brasileiras mostram que muitas/os delas/es são submetidas/os a humilhações com frases do tipo “na hora de fazer não chorou” ou “se gritar não vou atender”, comprovando a naturalização de um tratamento desumanizado (Rede Parto do Princípio, 2012 p. 2)

Ademais, essa dinâmica de poder não só viola os direitos reprodutivos, mas também perpetua um ciclo de silenciamento e medo, resultando na subnotificação de violências e desistência de denúncias por temor a rejeição ou descrença (Aguilar & D'Oliveira, 2011).

Levando em consideração esse contexto, é cabível entender que a violência obstétrica não se resume apenas a casos isolados de maus-tratos, mas constitui um fenômeno estrutural, sustentado por protocolos hospitalares ultrapassados e uma cultura médica autoritária. Como já mencionado, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014 p.1) define violência obstétrica como qualquer conduta física ou psicológica que desrespeite a autonomia, a integridade corporal e os direitos humanos das/os gestantes durante a gestação, parto e pós-parto. Dentre as práticas mais recorrentes, estão as intervenções desnecessárias e sem consentimento<sup>6</sup>, os

<sup>6</sup> Essa “cascata de intervenções” traduzida em casos de indução do parto sem indicação precisa, amniotomia (ruptura artificial da bolsa), episiotomia de rotina e manobra de Kristeller, é amplamente documentada na literatura

casos de negligência e abandono<sup>7</sup>, de violência verbal e psicológica<sup>8</sup>, de restrição de direitos legais<sup>9</sup>.

Ainda dentro da ótica das assimetrias das relações de poder, outro fator importante a ser considerado são as contradições relacionadas à raça/etnia, classe social e gênero que se entrelaçam e ampliam a vulnerabilidade de gênero (gestantes ou não), diante de uma estrutura de poder hierárquica e patriarcal. Esse sistema se manifesta na valorização desigual dos corpos e das subjetividades, legitimada por uma cultura patriarcal que sustenta a desigualdade. Essa lógica evidencia como a violência contra as mulheres está alicerçada em modelos sociais desiguais e patriarcais (TIMM, 2012, p. 185-189). Vale destacar que a proteção especial de mulheres contra a violência de gênero, não implica sua vitimização, mas a garantia de que sua dor seja compreendida e que seus direitos sejam efetivamente protegidos (Nascimento Neto, 2016).

Durante muito tempo, acreditou-se que a classe social era o principal fator das desigualdades vividas pelas mulheres de forma geral. As análises se concentravam nas diferenças econômicas, sem considerar desigualdades mais profundas. Essa visão ignorava, por exemplo, o fato de que as mulheres negras sempre foram as mais afetadas pelas desigualdades estruturais. Pensar essas desigualdades desde a ótica estrutural, significa considerar os vieses histórico e social que explicam como o racismo afeta desde a forma como pessoas negras são vistas até como elas engravidam, dão à luz e são tratadas no sistema de saúde. Esses aspectos são essenciais para compreender as

---

como uma das principais formas de violência obstétrica. A episiotomia, por exemplo, ainda hoje é realizada em cerca de 56% dos partos normais no Brasil, apesar das recomendações da OMS de que não ultrapasse 10% (Who, 2018). Esses procedimentos, além de aumentarem os riscos de complicações, são frequentemente realizados sem explicação ou consentimento válido, configurando uma violação ao princípio da autonomia (Brasil, 2005 – Lei do Acompanhante).

<sup>7</sup> Muitas/os gestantes relatam serem deixadas/os em salas de pré-parto por horas, sem medicamento adequado ou qualquer assistência, em uma prática conhecida como “parto à deriva” (Hotimsky, Alvarenga, 2002). Essa negligência, além de causar sofrimento desnecessário, pode levar a complicações graves, como sofrimento fetal prolongado.

<sup>8</sup> Xingamentos, ameaças (“se não parar de gritar, vou deixar você sofrer”) e culpabilização (“se tivesse feito o pré-natal direito, não estaria passando por isso”) são frequentes em depoimentos de vítimas (Souza et al., 2018). Essas condutas não só ferem a dignidade da/o gestante, mas também podem desencadear transtornos como depressão pós-parto e estresse pós-traumático.

<sup>9</sup> Ainda que a Lei nº 11.108/2005 (Lei do Acompanhante) garanta o direito a um acompanhante de escolha da/o gestante, muitos hospitais ainda impedem sua presença sob alegações infundadas. Da mesma forma, o direito ao parto humanizado, previsto em políticas como a Rede Cegonha, é frequentemente negado, especialmente a/aos gestantes negras/os, pobres e periféricas/os (Cruz et al., 2020, p. 110).



violências e dificuldades enfrentadas pelas mulheres e gestantes negras/os especialmente durante a gravidez e o pós-parto (Dos Santos, 2021).

É importante observar que, muitas vezes, as questões estruturais ligadas ao gênero também são questões socioeconômicas, étnicas e raciais. Por exemplo, com a crise econômica e a perda de planos de saúde, muitas mulheres e gestantes que antes usavam serviços particulares passaram a procurar maternidades públicas, trazendo um novo perfil de usuárias/os. No entanto, ao aplicarmos o conceito de interseccionalidade<sup>10</sup>, percebemos que o fator racial também está presente e precisa ser considerado. Isso nos leva a algumas reflexões sobre quantas mulheres de classe média, universitárias ou com profissões valorizadas, como fisioterapeutas, médicas, advogadas e professoras, são atendidas em maternidades públicas? Quantas dessas mulheres e gestantes são negras/os? Qual a porcentagem de gestantes negras/os é atendida pelo Sistema Único de Saúde e qual a porcentagem tem acesso a sistemas de saúde privados? (Dos Santos, 2021, p. 163)

Essas questões suscitam uma reflexão acerca da continuidade histórica do racismo e da relação existente entre os corpos de mulheres negras explorados desde o período colonial e as desigualdades enfrentadas até hoje, em relação ao processo de gestação e parto.

Nesse sentido, é importante trazer à luz a questão da colonialidade do poder <sup>11</sup>que organizou a sociedade a partir de uma classificação racial específica usada para justificar seu projeto de dominação. Dentro desse sistema, o gênero foi instrumentalizado, ou seja, às mulheres brancas foi atribuída a função de reprodutoras, enquanto mulheres não brancas, como negras e indígenas, foram desumanizadas, tratadas como se fossem animais (Lugones, 2008). Ainda que o gênero, por si só, já produza subalternidade, a

<sup>10</sup> O conceito de interseccionalidade, cunhado por Crenshaw (1989), sugere que em contextos específicos, diferentes categorias sociais e biológicas, como sexo, gênero, raça, sexualidade, religião e classe se intersectam e interagem, gerando um sistema de opressão que revela a interseção de múltiplas formas de discriminação.

<sup>11</sup> A **colonialidade do poder** é um conceito desenvolvido por **Aníbal Quijano** para explicar a persistência das estruturas de dominação estabelecidas durante o período colonial, mesmo após o fim formal do colonialismo. Segundo o autor, a colonialidade organiza o poder social a partir de uma classificação hierárquica da população baseada na ideia de raça, articulada com o capitalismo, o eurocentrismo e a imposição de padrões culturais, políticos e epistêmicos europeus. Essa lógica colonial influencia as relações sociais, econômicas e institucionais contemporâneas, produzindo desigualdades estruturais que afetam de forma diferenciada grupos racializados, especialmente mulheres negras e povos subalternizados (QUIJANO, 2005).

combinação com a raça torna evidente que a colonialidade foi especialmente cruel com essas mulheres (Zanatta, 2024, p.46).

Ao considerar a ideia de Estado Democrático de Direito e sua promessa de igualdade perante a lei como um direito fundamental, é importante destacar a crítica de Lélia Gonzalez (2020), que aponta que essa igualdade é tratada de forma formalista, mantendo a separação entre opressores e oprimidos por meio de um discurso ideológico ainda presente na cultura. Esse discurso reforça a racialização de homens e mulheres e naturaliza as desigualdades sociais. Segundo Gonzalez (2020, p. 89), “é por aí que dá pra gente entender a ideologia do branqueamento, a lógica da dominação que visa a dominação da negrada mediante a internalização e reprodução dos valores brancos ocidentais”. Mesmo dentro de discursos que se pretendem universais, as mulheres negras seguem sendo marcadas pela interseção entre racismo e sexismo (Zanatta, 2024).

Uma das formas de controle dos corpos femininos se dá negação, limitação ou liberação da possibilidade de se reproduzir (no sentido de pleno exercício dos direitos reprodutivos). Silvia Federici (2023) afirma que a procriação também tem recortes de classe e raça. Poucas mulheres realmente podem escolher se querem ser mães ou em que condições isso acontecerá. As mulheres brancas de classe média ou alta têm acesso a escolhas que muitas vezes são tolhidas em relação às demais mulheres, ou seja, em regra, elas podem decidir o momento da maternidade, o tipo de parto e as condições para criar seus filhos, exercendo sua autonomia. Já para as mulheres negras, indígenas, pobres e periféricas marcadas por insegurança econômica, a maternidade, muitas vezes, representa punição, exclusão e precariedade (Zanatta, 2024, p.38).

Considerando tal realidade, é possível inferir que a desigualdade social no Brasil, ademais de ser gritante, limita o direito à saúde reprodutiva de boa parte das pessoas. O acesso à informação, aos serviços e à autonomia sobre seus corpos ainda é limitado para grande parte das mulheres negras, indígenas e periféricas. Baixa escolaridade, menores salários e precariedade no atendimento público dificultam o exercício de direitos sexuais e

reprodutivos, resultando em maior exposição à violência, exclusão e vulnerabilidade social (Redes da Maré, 2024 apud Zanatta, 2024).

Doze anos após sua última avaliação sobre o Brasil, em maio de 2024, o Comitê da CEDAW analisou o oitavo e o nono relatórios apresentados pelo Estado brasileiro e, em relação aos direitos reprodutivos, o Comitê alertou sobre o aumento da mortalidade materna e gestacional no Brasil, que afeta de forma desproporcional mulheres negras, indígenas, moradoras de áreas rurais e das regiões Norte e Nordeste (ONU, 2024, item 34.b). Diante disso, recomendou o fortalecimento de políticas públicas para reduzir a mortalidade materna e gestacional, com melhorias no acesso ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto, além da valorização de parteiras qualificadas e da investigação das causas de complicações obstétricas, gravidez precoce e abortos inseguros (ONU, 2024, item 35.b) (Zanatta, 2024).

Essas recomendações evidenciam a preocupação dos organismos internacionais com a saúde reprodutiva das mulheres e gestantes no Brasil, especialmente ao se considerar as múltiplas formas de violação de direitos que ocorrem na intersecção entre raça, classe e idade (Zanatta, 2024).

Por fim, ainda cabe mencionar que, pelo fato de a violência obstétrica manifestar-se de forma diferenciada conforme marcadores sociais como raça, classe e orientação sexual, ela exige respostas políticas igualmente diversas. Nesse sentido, Crenshaw menciona que (1991, p. 1245), “a interseccionalidade revela como sistemas múltiplos de opressão operam de maneira combinada”, fato este que se aplica perfeitamente à análise das desigualdades na assistência ao parto. Por exemplo, em relação às desigualdades estruturais na assistência obstétrica, pesquisas recentes demonstram (Aguiar & D’Oliveira (2011) padrões alarmantes de disparidade, ou seja, mulheres e gestantes negras/os apresentam 56% mais chances de sofrer violência obstétrica quando comparadas/os a mulheres e gestantes brancas/os. Apontam ainda que “o racismo institucional se manifesta na naturalização da dor de mulheres negras e na qualidade diferenciada do atendimento oferecido” (Brasil, 2021). Além disso, indicam que mulheres em situação de vulnerabilidade econômica enfrentam várias dificuldades no acesso à informação sobre direitos reprodutivos, discriminação baseada em

estereótipos de classe e até barreiras institucionais para registrar denúncias (Santos, 2018).

Também há que se considerar a questão das estratégias adotadas para a efetividade das políticas públicas, uma vez que a construção de respostas adequadas exige de um lado, formação profissional continuada com inclusão de disciplinas sobre direitos humanos e saúde da população negra nos currículos médicos (Diniz, 2017) e, de outro, capacitação obrigatória sobre atendimento humanizado à população (OMS, 2021).

Além disso, as desigualdades raciais impactam diretamente os desfechos da saúde materna no Brasil. O estudo *Racial disparities and maternal mortality in Brazil: findings from a national database*, baseado em dados nacionais, demonstra que mulheres negras apresentam taxas significativamente mais elevadas de mortalidade materna quando comparadas às mulheres brancas, evidenciando que a raça opera como fator estrutural de vulnerabilidade, independentemente de outras variáveis socioeconômicas (Silva; Guida et al., 2021).

Dados oficiais do Ministério da Saúde reforçam essa constatação ao indicar que a mortalidade materna por hipertensão aumentou 5% entre mulheres pretas, enquanto apresentou redução nos demais grupos raciais, revelando disparidades persistentes no acesso e na qualidade da assistência obstétrica (Brasil, 2023). Além disso, o *Relatório Anual Socioeconômico da Mulher – Rasem 2025* aponta que mulheres negras continuam sendo as mais afetadas por desigualdades no sistema de saúde, especialmente no período gravídico-puerperal, o que evidencia a intersecção entre racismo estrutural, desigualdade de gênero e falhas institucionais na garantia de direitos fundamentais (Brasil, 2025). Esses dados corroboram a análise de que as violências e dificuldades enfrentadas por gestantes negras não são situações isoladas, mas resultado de um modelo social desigual que reproduz hierarquias raciais e de gênero.

Por fim, cabe levantar a reflexão sobre os mecanismos de proteção e denúncia, que podem ser efetivados e garantidos por meio da implantação de ouvidorias especializadas em violência obstétrica e do sigilo e proteção às denunciantes (Brasil, 2017) e sobre o fortalecimento de redes de apoio, via a

ampliação do acesso a doulas comunitárias e parcerias com movimentos sociais feministas e antirracistas (Gomes et al., 2023).

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo teve como problema de pesquisa compreender de que maneira a violência obstétrica se configura como uma violação dos direitos humanos das mulheres e quais são os desafios jurídicos e sociais para seu enfrentamento no Brasil.

O objetivo geral foi analisar essa forma de violência a partir de uma abordagem interdisciplinar, relacionando os aspectos jurídicos, sociais e de gênero. Para tanto, utilizou-se o método de revisão bibliográfica, com base em legislações nacionais, tratados internacionais e estudos científicos que discutem a violência obstétrica, os direitos fundamentais e a humanização do parto.

A análise permitiu concluir que, embora existam normas de proteção à integridade física e psicológica da mulher, a ausência de uma legislação específica que tipifique a violência obstétrica ainda é um obstáculo à responsabilização efetiva e à garantia de um atendimento digno. Conforme apontam Pimentel et al. (2020) e Santos (2018), essa lacuna legal contribui para a impunidade e para a manutenção de práticas abusivas naturalizadas no cotidiano hospitalar.

Verificou-se também que as relações de poder entre profissionais de saúde e gestantes, descritas por Diniz (2017) e Aguiar & D'Oliveira (2011), perpetuam um modelo biomédico autoritário que desconsidera a autonomia feminina. Além disso, conforme Santos (2021) e Zanatta (2024), a intersecção entre gênero, raça e classe amplia a vulnerabilidade das mulheres negras e de baixa renda, que são as principais vítimas desse tipo de violência.

Assim, considera-se que os propósitos do trabalho foram atingidos, pois foi possível demonstrar que a violência obstétrica é uma violação sistemática dos direitos humanos, sustentada por desigualdades estruturais. O estudo também evidenciou a necessidade de políticas públicas interseccionais,

formação continuada dos profissionais de saúde e fortalecimento dos mecanismos de denúncia e responsabilização institucional.

Como direcionamento para futuras pesquisas, recomenda-se ampliar os estudos empíricos sobre a aplicação de normas internacionais de proteção à mulher no contexto do parto, bem como investigar a percepção das gestantes sobre os atendimentos recebidos. Também é essencial discutir a criação de uma legislação específica sobre violência obstétrica, garantindo o reconhecimento jurídico e social dessa violação e promovendo um parto realmente humanizado, baseado no respeito, na autonomia e na dignidade das mulheres.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, n. 36, p. 79–92, 2011.

**ARGENTINA. Ley Nº 25.929**, de 25 de agosto de 2004. Ley Nacional de Parto Respetado.. Publicada no Boletim Oficial em 17 de setembro de 2004. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25929-98805>

**ARGENTINA. Ley n. 26.485: Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales**. Buenos Aires, 11 mar. 2009.

ARSIE, Jaqueline Gonçalves. *Violência obstétrica: uma violação aos direitos fundamentais da mulher*. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

BLÁZQUEZ, María Isabel. *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. 2009. Tesis (Doctorado) – Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2009.

**BRASIL. Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

**BRASIL. Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 abr. 2005.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 1 dez. 2023.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Morte materna por hipertensão aumenta 5% entre mulheres pretas e cai nos demais grupos**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->



[br/assuntos/noticias/2023/outubro/morte-materna-por-hipertensao-aumenta-5-entre-mulheres-pretas-e-cai-nos-dema-is-grupos](https://br/assuntos/noticias/2023/outubro/morte-materna-por-hipertensao-aumenta-5-entre-mulheres-pretas-e-cai-nos-dema-is-grupos)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna*. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério das Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher – RASEAM 2025**. Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/publicacoes/raseam-2025.pdf>

BRASIL. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, v. 29, p. e155043, 2017.

BOLÍVIA. **Ley n. 348: Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia**. La Paz, 9 mar. 2013.

COMITÊ PARA A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS MULHERES (CEDAW). **Recomendações ao Estado Parte Brasil (CEDAW/C/BRA/CO/8-9)**. Genebra: ONU, 23 maio 2024. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2024/06/Recomenda%C3%A7%C3%B5es-da-CEDAW-2024-Portugu%C3%AAs.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. *Código de Ética Médica*. Brasília, 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2023.

CRENSHAW, Kimberlé. Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, v. 1989, n. 1, p. 538–554, 1989.

CRUZ, N. C. et al. Desigualdades raciais na assistência ao parto: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Saúde em Debate*, v. 44, p. 100–114, 2020.

- CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. *Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais*. 2015. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
- DA GUIA COSTA, Marcos Vinicius Marques; CASTRO, Francisca Caroliny Silva; RODRIGUES, Gustavo Luis Mendes Tupinambá. Violência obstétrica e sua falta de tipificação no Código Penal brasileiro. *RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar*, v. 4, n. 1, p. e463426, 2023.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 75, p. S5–S23, 2001.
- DE OLIVEIRA, Daniela Barbosa Borges; DOS SANTOS, Amanda Cabral. Saúde mental das gestantes: a importância dos cuidados de enfermagem. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 5, n. 11, p. 97–108, 2022.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Assistência ao parto e relação de gênero: elementos para uma re-leitura médico-social. 1996. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Gênero, saúde e aflição: além da dimensão cultural da violência obstétrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 4, p. 1103–1121, 2017.
- DIONISIO, Emylly Negrello; BARBOSA, Izabela dos Santos. A violência obstétrica no âmbito jurídico. *Revista Eletrônica da ESA-RO*, 2021.
- DO NASCIMENTO NETO, José Osório et al. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *Cadernos da Escola de Direito*, n. 25, p. 48–60, 2016.
- DOS SANTOS, Jussara Francisca de Assis. Enfrentamento à violência obstétrica: contribuições do movimento de mulheres negras brasileiras. *Em Pauta*, n. 47, 2021.
- DUARTE, Maiara Cardoso et al. Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, p. 325-332, 2015.

D'GREGORIO, Rogelio Pérez. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 111, n. 3, p. 201–202, 2010.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, 2002.

ERDMAN, Joanna N.; ASSIS, Mariana Prandini. Igualdade de Gênero nos Cuidados de Saúde: Reimaginando a Recomendação Geral 24 da CEDAW. **Revista Direito e Práxis**, v. 14, n. 4, p. 2770-2804, 2023.

FANEITE, Josmery; FEO, Alejandra; TORO MERLO, Judith. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, v. 72, n. 1, p. 4-12, 2012.

FEDERICI, Silvia. *Além da pele: repensar, refazer e reivindicar o corpo no capitalismo contemporâneo*. São Paulo: Elefante, 2023.

FIOCRUZ. *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*. Rio de Janeiro, 2020.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

GARCÍA JORDÁ, Dailys; DÍAZ BERNAL, Zoe; ACOSTA ÁLAMO, Marlen. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana de Salud Pública*, v. 39, p. 718–732, 2013.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2020.

HACK, Graciela Flávia et al. Violência obstétrica: análise à luz dos direitos fundamentais. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 7, p. 48095–48114, 2020.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; ALVARENGA, Augusta Thereza de. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica?. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 02, p. 461-481, 2002.

LANSKY, Sônia. Violência obstétrica no Brasil: uma análise da percepção das mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p. 533–542, 2019.

LUGONES, María. Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, Bogotá, n. 9, p. 73-101, jul./dez. 2008.

ONU (1948) Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em:

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)*. Nova York, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento*. Genebra, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Mortalidade materna na Região das Américas**. Washington, D.C.: OPAS, 2018.

PANAMÁ. **Ley n. 82, de 24 de octubre de 2013**. Tipifica el femicidio y establece medidas de prevención de la violencia contra la mujer. Ciudad de Panamá, 2013.

PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e justiça internacional*. São Paulo: Saraiva, 2013.

PRÁ, Jussara Reis; EPPING, Léa. Cidadania e feminismo no reconhecimento dos direitos humanos das mulheres. *Revista Estudos Feministas*, v. 20, n. 1, p. 33-51, 2012.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina1. **A Colonialidade do Saber: etnocentrismo e ciências sociais- Perspectivas Latinoamericanas. Buenos Aires: Clacso**, p. 107-126, 2005.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência obstétrica: “parirás com dor”*. Brasília, 2012.

REZENDE, Carolina Neiva Domingues Vieira. *Violência obstétrica: uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecida legalmente no Brasil*. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2014.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Andreza Santana. Uma análise da violência obstétrica à luz da teoria do bem jurídico: a necessidade de uma intervenção penal diante da relevância

do bem jurídico tutelado. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Direito. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2018.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, p. 137–150, 2001.

SCAVONE, Lucila. *Políticas feministas e maternidade*. São Paulo: UNESP, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *Manual técnico do pré-natal e puerpério*. São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br>. Acesso em: 4 dez. 2025.

SILVA, Amanda Dantas; GUIDA, José Paulo Siqueira; et al. **Racial disparities and maternal mortality in Brazil: findings from a national database**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 55, 2021. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/pt-br/article/racial-disparities-and-maternal-mortality-in-brazil-findings-from-a-national-database/>

SOUZA, J. P. et al. A violência obstétrica no contexto brasileiro: revisão integrativa. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 5, 2018.

TERÁN, Pablo et al. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. **Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela**, v. 73, n. 3, p. 171-180, 2013.

TIMM, Flávia Bascunan. A violência contra mulheres. In: JUNIOR, José Geraldo de Sousa; APOSTOLOVA, Bistra Stefanova; FONSECA, Livia Gimenes Dias da (Org). *O Direito Achado na Rua*, vol. 5. Introdução Crítica ao Direito das Mulheres. Brasília : CEAD, FUB, 2011.

UNFPA. *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*. Cairo, 1994.

URUGUAY. **Ley n. 19.580: Violencia hacia las mujeres basada en género**. Montevideo, 22 dez. 2017.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**. Gaceta Oficial n. 38.668, Caracas, 23 abr. 2007.

VIOTTI, Maria Luiza Ribeiro. Plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher – Pequim, 1995. In: FROSSARD, Heloisa (org.). *Instrumentos internacionais de direitos das mulheres*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. p. 147–258.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience**. World Health Organization, 2018.

ZANATTA, Sabrina Abreu Dagotin. *Violência obstétrica e direitos reprodutivos das mulheres no Brasil*. 2025.

## **SOBRE AS AUTORAS**

### **Kamyla Vitória da Silva**

Graduanda em Direito pela Universidade Estadual de Goiás (UEG) – Campus – Sul – Morrinhos. Promotora Legal Popular, com formação político-jurídica para mulheres, membra extensionista dos projetos de Extensão Diálogos Acadêmicos em Direitos Humanos e MARCAS. Monitora do projeto de Extensão Promotoras Legais Populares (PLPs). Pesquisadora em iniciação científica com os temas “Relações de poder e identidades de gênero e sexual: análise sobre as políticas para população LGBTQIAPN+ em Morrinhos-GO (bolsistas) e “História, fundamentos e teorias dos direitos coletivos”. Estagiária na área jurídica.

### **Vitória Martins Fernandes**

Graduanda do 4 período em Direito pela Universidade Estadual de Goiás (UEG) – Campô Sul – Morrinhos. Participante do projeto de Extensão Direito em Cartaz e Diálogos Acadêmicos em Direitos Humanos pela UEG.

### **Isabella Christina da Mota Bolfarini**

Professora Adjunta permanente no curso de Graduação em Direito e no Programa de Pós-Graduação Interdisciplina *Stricto Sensu* (Mestrado e Doutorado) Territórios e Expressões Culturais do Cerrado - TECCER da Universidade Estadual de Goiás (UEG/GO, Brasil). Pós-Doutora em Direitos Humanos na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Doutora em Direito Político e Econômico pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (SP). Mestre Profissional em Direitos Humanos pela Universidade Católica de Louvain la Neuve - Bélgica (2003). Mestre Acadêmico em Direito Comparado pela Universidade Livre de Bruxelas (2005), reconhecido pela Universidade de São Paulo – USP. Especialista em Educação em Direitos Humanos pela Universidade Católica do Uruguai (AUSJAL e IIDH, 2010 - 2011). Graduada em Direito pela Fundação de Ensino Eurípides Soares da Rocha (2001).