



**UNIVERSIDADE
FEDERAL DO
MARANHÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO**

LARISSA OLIVEIRA SOBRAL DE CARVALHO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO:
reconhecimento legal e direitos da parturiente.**

Imperatriz – MA

2025

LARISSA OLIVEIRA SOBRAL DE CARVALHO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO:
reconhecimento legal e direitos da parturiente.

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal do Maranhão (UFMA),
como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador(a): Profº Elizon de Sousa Medrado

Imperatriz – MA

2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Oliveira Sobral de Carvalho, Larissa.

Violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro
: reconhecimento legal e direitos da parturiente / Larissa
Oliveira Sobral de Carvalho. - 2025.
45 f.

Orientador(a): Elizon de Sousa Medrado.
Curso de Direito, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz - Ma, 2025.

1. Violência Obstétrica. 2. Direitos da Parturiente.
3. Ordenamento Jurídico Brasileiro. 4. Humanização do
Parto. 5. Responsabilização Jurídica. I. de Sousa
Medrado, Elizon. II. Título.

LARISSA OLIVEIRA SOBRAL DE CARVALHO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO:
reconhecimento legal e direitos da parturiente.

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador(a): Profº Elizon de Sousa Medrado

Imperatriz, 30 de julho de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Elizon de Sousa Medrado
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Esp. Macus Vinícius de Oliveira
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Ricardo Cavalcante Moraes
Universidade Federal do Maranhão

Ao meu Deus, sem Ele nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao meu Deus, que até aqui me sustentou. Em cada detalhe e em cada estação, pude ver Sua bondade me cercando. Tudo vem d'Ele, é por Ele e para Ele — sem Ele, nada disso seria possível.

Em segundo lugar, agradeço ao meu noivo, e em breve esposo, pelo apoio constante, incentivo incansável, por me impulsionar e por toda a paciência ao me ouvir falar sobre o tema deste trabalho. A caminhada ao seu lado se torna mais leve.

Aos meus pais, que sempre acreditaram em mim e estiveram ao meu lado, vibrando com cada conquista. Agradeço pelo amor e por todo esforço silencioso que tornou possível cada passo da minha jornada até aqui – nesses 23 anos.

À minha tia, Fernanda Branco (in memoriam), que, tenho certeza, estaria radiante de alegria se aqui estivesse. A ela sou profundamente grata por todo amor e cuidado; eu não seria quem sou sem sua presença e influência em minha vida.

Aos meus familiares, em especial à minha avó Ivone e ao meu avô Geraldo, que sempre me cercaram de carinho e formaram parte essencial de quem eu sou. Aos meus sogros, Edmilson e Solange, que desde o início sempre me senti acolhida e muitas vezes foram suporte para que eu pudesse estudar na faculdade.

Agradeço ao curso de Direito, que despertou em mim habilidades e aspectos que talvez jamais tivessem sido aflorados em outra formação. Tenho plena convicção de que estou onde deveria estar.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha trajetória e contribuíram para minha formação acadêmica e pessoal.

E a você, que agora lê estas palavras e faz parte disso: minha mais sincera gratidão.

“Pois dele, por ele e para ele são todas as
coisas”.

Romanos 11.36

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro, com ênfase no reconhecimento legal e nos direitos da parturiente. A metodologia utilizada compreendeu uma pesquisa de natureza bibliográfica, com abordagem qualitativa e caráter exploratório, a fim de examinar os dispositivos normativos que, direta ou indiretamente, tratam da proteção da gestante no contexto da assistência ao parto. Constatou-se que, apesar da existência de instrumentos normativos que possibilitam a responsabilização civil, penal e administrativa dos profissionais de saúde, o ordenamento jurídico brasileiro ainda carece de uma legislação específica que reconheça formalmente a violência obstétrica como crime, o que compromete a efetividade da proteção às vítimas. Conclui-se que o reconhecimento legal da violência obstétrica, por meio da criação de um tipo penal específico, é medida indispensável para combater a impunidade, garantir justiça às mulheres e consolidar um modelo de assistência obstétrica verdadeiramente humanizado e respeitoso.

Palavras-chave: violência obstétrica; direitos da parturiente; ordenamento jurídico brasileiro; humanização do parto; responsabilização jurídica.

ABSTRACT

This study aims to analyze obstetric violence within the Brazilian legal framework, emphasizing legal recognition and the rights of parturient women. The methodology employed was a bibliographic research with a qualitative and exploratory approach, examining normative instruments that directly or indirectly address the protection of pregnant women in childbirth care. It was found that, despite existing legal provisions enabling civil, criminal, and administrative accountability of health professionals, Brazilian law still lacks specific legislation formally recognizing obstetric violence as a crime, which undermines effective protection for victims. The study concludes that legal recognition of obstetric violence through the creation of a specific criminal type is essential to combat impunity, ensure justice for women, and consolidate a model of obstetric care that is truly humanized and respectful.

Keywords: obstetric violence; rights of the parturient; Brazilian legal framework; humanized childbirth; legal accountability

LISTA DE SIGLAS

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CFM – Conselho Federal de Medicina

OMS – Organização Mundial da Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SUS – Sistema Único de Saúde

OEA - Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	14
2.1	Conceito e caracterização da violência obstétrica	14
2.2	Evolução histórica da assistência ao parto	19
3.	GARANTIAS JURÍDICAS DA PARTURIENTE: DIREITOS FUNDAMENTAIS E NORMAS DE PROTEÇÃO PREVENTIVA	25
3.1	Direitos constitucionais assegurados à parturiente	25
3.2	Normas infraconstitucionais	30
4.	RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO JURÍDICO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: LEIS APLICÁVEIS E RESPONSABILIZAÇÃO LEGAL	34
4.1	Garantias legais para o acompanhamento da gestante: contribuições das Leis nº 11.108/2005 e 14.737/2023	34
4.2	Responsabilidade penal e civil	37
5.	CONCLUSÃO	42
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

1. INTRODUÇÃO

A violência é definida pela Organização Mundial de Saúde como o uso de força física ou poder, de forma intencional, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (OMS, 1996). Logo, a violência obstétrica pode se manifestar de muitas formas: física, verbal ou psicológica, cometida contra mulheres durante o pré-natal, parto ou pós-parto (Souza e Souza, 2021).

Sendo assim, no ordenamento jurídico brasileiro, a violência obstétrica não possui um reconhecimento legal em âmbito federal e não possui uma lei federal específica que tipifique a violência obstétrica, por isso as legislações que são utilizadas para que haja a proteção dos direitos das mulheres e responsabilização dos agressores são a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005), Código Penal Brasileiro, Código Civil Brasileiro, Código de Defesa do Consumidor, Constituição Federal, Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/1990) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA- Lei nº 8.069/1990).

Diante desse contexto, surge a seguinte questão: de que forma a legislação brasileira atual reconhece e combate a violência obstétrica, garantindo os direitos da parturiente?

O presente trabalho se justifica pela sua grande relevância social na atualidade, considerando a ausência de uma legislação específica sobre o tema e o desconhecimento da população acerca de seus direitos. Nesse contexto, torna-se essencial incentivar estudos que aprofundem a compreensão dessas práticas e proponham medidas para sua erradicação. Além disso, é necessário aprofundar a análise das normas jurídicas aplicáveis à violência obstétrica, identificando eventuais lacunas legislativas e interpretações jurídicas que possam comprometer a efetividade da proteção aos direitos das mulheres.

O objetivo desse trabalho é analisar a violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro através do reconhecimento legal e dos direitos da parturiente. De forma mais específica, buscou-se examinar a evolução histórica da violência obstétrica no Brasil, com base na literatura jurídica e nas contribuições de estudiosos sobre a mudança do entendimento legal e social da violência obstétrica; definir e contextualizar a violência obstétrica, abordando suas formas de ocorrência

e implicações para a saúde e dignidade da parturiente; e examinar as principais normas e dispositivos legais brasileiros que, direta ou indiretamente, abordam a violência obstétrica, por meio de uma revisão bibliográfica, identificando seus avanços e limitações no reconhecimento e proteção dos direitos das parturientes.

A metodologia utilizada compreendeu uma pesquisa de natureza bibliográfica, de abordagem qualitativa e de caráter exploratório, a partir da análise de documentos, como livros e artigos científicos. Esse método permitiu observar as principais discussões teóricas e jurídicas acerca da violência obstétrica, bem como identificar lacunas normativas e interpretativas presentes no ordenamento jurídico brasileiro.

Dessa forma, inicialmente, o trabalho propõe uma reflexão sobre a violência obstétrica a partir de sua conceituação e caracterização, contextualizando historicamente a assistência ao parto e os modelos que a influenciaram ao longo do tempo. Na sequência, são analisados os direitos fundamentais da gestante à luz do ordenamento jurídico brasileiro, com ênfase nas garantias constitucionais e nas normas infraconstitucionais voltadas à proteção da mulher durante a gestação, o parto e o puerpério. Por fim, discute-se o reconhecimento jurídico da violência obstétrica com destaque para os instrumentos normativos existentes, como o Código Penal e os fundamentos da responsabilidade civil aplicáveis à temática.

2. CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

De acordo com Arias e Stefanini (2023), embora a gravidez seja um momento idealizado por muitas mulheres, ela tem sido historicamente marcada por práticas dolorosas e traumáticas durante o pré-parto, o parto e o pós-parto. Atualmente, discute-se a real necessidade da continuidade de certos procedimentos adotados com frequência por médicos e outros profissionais da saúde. Essas práticas, ao serem questionadas, passaram a ser reconhecidas como formas de violência obstétrica.

Observa-se que, muitas vezes, as mulheres submetidas a essas situações tendem a encará-las como algo normal, quase inerente à condição de gestante. Existe uma crença socialmente enraizada de que a dor e o sofrimento fazem parte natural do processo de se tornar mãe, o que dificulta o reconhecimento da violência — que pode ser psicológica, moral ou física. Esse tipo de violência costuma ser invisibilizado, ocorrendo tanto em instituições públicas quanto privadas, especialmente diante da centralização do parto em hospitais e maternidades. Sendo assim, a recusa em adotar o termo "violência obstétrica" contribui para a invisibilização da gravidade do problema e enfraquece as estratégias voltadas à sua prevenção e enfrentamento (Arias e Stefanini, 2023).

Segundo Souza e Souza (2021), a análise histórica da violência obstétrica, considerando contextos nacionais e internacionais, bem como aspectos legislativos e sociais, evidencia que se trata de uma problemática concreta, atual e frequentemente vivenciada. É apontado que, embora existam possibilidades de responsabilização civil, essas medidas costumam se limitar à reparação de danos materiais e não contribuem efetivamente para a prevenção das agressões.

2.1 Conceito e caracterização da violência obstétrica

A violência obstétrica ainda não possui uma definição clara no Brasil. Segundo Souza e Souza (2021), embora o termo "violência obstétrica" careça de

definição e regulamentação em âmbito federal, ele se refere a diferentes formas de agressão sofridas por mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério. A expressão possui caráter abrangente, incluindo violências físicas, verbais, psicológicas e sexuais. A ausência de normatização legal, contudo, dificulta a construção de um consenso sobre o tema no Brasil. De acordo com Leite et al. (2024), o uso do termo "violência" reforça que há uma violação dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres. Já a palavra "obstétrica" indica que essa forma de violência ocorre ao longo do ciclo gravídico, incluindo também situações de aborto.

Logo, a Organização Mundial da Saúde reconhece a violência obstétrica como uma expressão de violência de gênero que pode ocorrer durante a gestação, o parto e o período pós-parto, sendo caracterizada por práticas desrespeitosas, negligentes, discriminatórias ou abusivas contra mulheres e pessoas que gestam, comprometendo seus direitos e sua dignidade (OMS, 2018). A violência obstétrica representa uma questão complexa e profundamente enraizada na realidade brasileira, cujos impactos se estendem para além das mulheres e pessoas que gestam, alcançando também os bebês e suas famílias. Os efeitos emocionais e psicológicos provocados por essa violência podem comprometer a vivência do parto e influenciar negativamente os primeiros momentos de vida da criança.

Com o objetivo de enfrentar práticas de violência, a Organização Mundial da Saúde emitiu, em setembro de 2014, uma declaração oficial voltada à prevenção e eliminação desse tipo de violência obstétrica, reconhecendo-a como uma violação grave dos direitos humanos fundamentais. A instituição apontou diversos relatos de abusos cometidos em ambientes de saúde, incluindo violência física, humilhações, violência verbal, realização de procedimentos médicos sem consentimento ou sob coerção — como a esterilização forçada —, negligência no cuidado durante o parto, recusa na administração de analgesia, exposição da privacidade das gestantes, negativa de internação, retenção de mulheres e recém-nascidos por falta de pagamento, entre outros episódios que comprometem a dignidade e a segurança das pacientes (OMS, 2014).

Tais práticas demonstram a gravidade da situação e evidenciam uma violação direta ao direito ao parto humanizado, que assegura às gestantes a possibilidade de escolher um modelo de parto condizente com sua individualidade e desejos, reafirmando seu papel de protagonista no processo de nascimento. O

desrespeito aos desejos e vontades da gestante se naturalizou e institucionalizou de tal forma que, muitas vezes, ela sequer consegue se perceber vítima de violência obstétrica.

Leite et al. (2024) apontam que não há um consenso consolidado sobre qual seria o termo mais adequado para descrever os atos relacionados à violência obstétrica. Expressões como “violência obstétrica”, “desrespeito e abuso” e “maus-tratos no parto” são amplamente utilizadas, muitas vezes como sinônimos, embora tenham significados distintos no meio científico, ainda que compartilhem elementos em comum. A Venezuela foi pioneira ao incorporar o termo em sua legislação, em 2007, definindo-o como ações ou omissões cometidas por profissionais de saúde que resultam na apropriação do corpo da mulher e na medicalização excessiva de processos naturais, comprometendo sua autonomia e qualidade de vida. Embora sua definição ampla facilite a elaboração de políticas públicas e leis específicas, o conceito de violência obstétrica ainda necessita de maior precisão para que possa ser adequadamente utilizado em estudos epidemiológicos.

Conforme Leite et al. (2024), a violência obstétrica compreende diferentes formas de agressão, como violência física, verbal e sexual, além de negligência, maus-tratos, desrespeito, práticas sem respaldo em evidências científicas e deficiências nos serviços de saúde. Essa forma de violência apresenta três características centrais: ocorre exclusivamente em ambientes de atenção à saúde — como ambulatórios, consultórios e maternidades —; é geralmente praticada por profissionais da área da saúde; e possui uma natureza dual, combinando ações interpessoais, como agressões verbais e físicas, com falhas institucionais, refletidas na sobrecarga das maternidades, falta de estrutura e escassez de profissionais capacitados. No Brasil, a violência obstétrica tem se tornado mais visível, especialmente devido à crescente politização do tema e à ampliação da sua cobertura pela mídia.

A violência obstétrica pode ocorrer em diferentes momentos: antes, durante e após o parto, e também em situações de aborto. Antes do parto, ela se manifesta, por exemplo, em atendimentos pré-natais inadequados, nos quais não são fornecidas informações essenciais à gestante, além da imposição de cesarianas como única opção, sem a devida explicação sobre os riscos envolvidos. Tais práticas revelam a falta de respeito à autonomia da mulher sobre seu corpo e suas

escolhas. Outro aspecto importante é o desrespeito ao plano de parto — documento que expressa as preferências da gestante —, que muitas vezes é ignorado sem justificativa clara, contrariando diretrizes de cuidado humanizado (Silva, Rodrigues e Salvador, 2024).

Durante o parto, a violência pode se materializar fisicamente, por meio de procedimentos invasivos e desnecessários, sem base em evidências científicas, e também psicologicamente, com atitudes agressivas, humilhações verbais, infantilizações e restrições à presença de um acompanhante, mesmo sendo este um direito legalmente garantido. Há ainda violações de natureza sexual, como exames íntimos repetitivos sem justificativa. No pós-parto, práticas como impedir o contato imediato da mãe com o bebê ou dificultar a amamentação em livre demanda também são formas de violência. Já em casos de aborto, o desrespeito se manifesta por meio de julgamentos morais, omissão de socorro, negação de anestesia e realização de procedimentos dolorosos sem consentimento, revelando uma grave violação dos direitos das mulheres à dignidade e ao atendimento humanizado (Silva, Rodrigues, Salvador, 2024).

Gomes e Saraiva (2023) explicam que a violência obstétrica pode se manifestar não apenas em ações direcionadas diretamente à mulher, mas também em condutas abusivas voltadas a acompanhantes ou outras pessoas envolvidas no contexto do parto. Esse tipo de violência pode ser cometido por médicos, enfermeiros ou qualquer profissional responsável pela assistência à gestante. É relevante acrescentar que o debate em torno do tema também encontra resistência em alguns segmentos da classe médica, que contestam o uso do termo por considerá-lo ofensivo ou inadequado do ponto de vista legal. Essa oposição pode representar um obstáculo para o desenvolvimento de ações concretas de enfrentamento e para o reconhecimento legítimo das vivências das mulheres que passam por essas situações.

Segundo Silva, Rodrigues e Salvador (2024), mesmo quando o termo "violência obstétrica" é trazido ao debate, muitos profissionais da saúde se sentem ofendidos, argumentando que não teriam a intenção de causar qualquer tipo de dano às pacientes. No entanto, a importância de nomear essa forma de violência está diretamente relacionada à necessidade de retirar a mulher de uma condição de controle e silenciamento, inserindo-a em um ambiente de acolhimento e garantia de

direitos. Identificar, nomear e reconhecer a existência da violência obstétrica são passos fundamentais para que se possa reformular os fatores que contribuem para sua ocorrência. Assim, o uso da nomenclatura não representa um ataque direto aos profissionais envolvidos no cuidado, mas sim uma forma de destacar um período específico em que a mulher está vulnerável e, portanto, suscetível a esse tipo de violência.

Gomes e Saraiva (2023) relatam o caso da influenciadora digital Shantal Verdelho, que ganhou grande notoriedade em 2021 após tornar público seu relato de violência obstétrica durante o parto de sua filha Domênica. A influenciadora havia idealizado um parto humanizado, mas viveu uma experiência traumática, marcada por condutas desrespeitosas e intervenções não consentidas. O trabalho de parto durou cerca de 12 horas e o médico responsável, Renato Kalil, só apareceu nas últimas duas horas. O parto foi filmado por seu marido, Mateus Verdelho, e foi apenas ao rever as imagens que Shantal percebeu a extensão das agressões sofridas.

Em entrevista ao programa Fantástico no dia 09 de janeiro de 2022, ela denunciou, entre outras condutas, a prática da manobra de Kristeller — procedimento desaconselhado pela Organização Mundial da Saúde —, a restrição de movimentos durante o parto e o uso de linguagem ofensiva por parte do obstetra. Também destacou que, ao final do parto, o médico se dirigiu de maneira sexualizada e desrespeitosa ao seu corpo, além de ter solicitado ao marido autorização para realizar uma episiotomia, sem consultar diretamente a paciente. A ampla cobertura midiática do caso foi fundamental para dar visibilidade à violência obstétrica como uma grave violação dos direitos das mulheres, contribuindo para o debate público sobre práticas abusivas no sistema de saúde.

Grande parte da sociedade ainda não possui conhecimento suficiente sobre o significado da violência obstétrica, tampouco assimilou a amplitude das situações que esse conceito abrange. Embora seja um tema de longa data, ele volta à pauta pública de forma recorrente, trazendo à tona práticas que desafiam normas sociais consolidadas. A violência obstétrica é reconhecida como um problema estrutural e de saúde pública, que viola os direitos das mulheres e os direitos humanos de maneira geral. Trata-se de uma conduta abusiva, ilegal e caracterizada como crime, mas que, infelizmente, ainda não recebe a devida atenção nem as

abordagens corretas para minimizar seus efeitos na sociedade (Silva, Rodrigues e Salvador, 2024).

Por fim, uma pesquisa nacional divulgada em 2010, intitulada “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”, da FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, revelou que uma em cada quatro mulheres brasileiras sofreu algum tipo de violência durante o parto. Os dados, embora antigos, ainda são frequentemente citados por sua relevância e impacto, evidenciando a necessidade urgente de políticas públicas e de uma legislação específica voltada à prevenção e combate dessas práticas abusivas. As ações violentas praticadas por profissionais de saúde nesse momento de extrema vulnerabilidade afetam profundamente a dignidade e os direitos das mulheres. Além disso, muitas parturientes sequer têm conhecimento de que tais condutas são abusivas, acreditando serem parte natural do processo de parto, o que reforça ainda mais a importância de conscientização e educação em saúde. Cabe destacar, porém, a ausência de pesquisas nacionais mais recentes e abrangentes sobre o tema, o que compromete o monitoramento e o avanço das políticas públicas na área (Nogueira, Costa e Ribeiro, 2022).

2.2 Evolução histórica da assistência ao parto

Até o final do século XVIII, o parto era uma prática tradicionalmente conduzida por mulheres, ocorrendo no ambiente doméstico e sob os cuidados de parteiras, que desempenhavam um papel central nesse processo (Zanardo et al., 2017). As parteiras eram, e ainda são em muitos contextos, mulheres que se dedicavam a aprender técnicas e conhecimentos transmitidos oralmente ao longo das gerações, a fim de atender partos no próprio lar da gestante. Essa prática se dava, principalmente, pela dificuldade de locomoção até os poucos hospitais disponíveis na época. Os partos ocorriam com a presença de familiares e amigos, e os médicos só eram acionados em casos de risco para a gestante — mesmo assim, apenas com o consentimento da mulher, o que assegurava certo grau de autonomia feminina durante o parto.

Segundo Zanardo et al. (2017), no final do século XIX teve início um processo de transformação na condução do parto, marcado pelas tentativas da obstetrícia de controlar esse evento biológico, que até então era predominantemente conduzido por saberes populares e práticas tradicionais. A medicalização do parto no Brasil tem raízes históricas que remontam ao século XIX, conforme descrevem Duarte e Gomes (2023):

No Brasil, o processo de medicalização do parto teve início por volta do século XIX e se consolidou durante o século XX. Esse movimento ganhou impulso quando a família Real Portuguesa chegou ao território brasileiro e estabeleceu as primeiras escolas de medicina e cirurgia do país. Foi somente em 1818 que a disciplina obstétrica foi oficialmente introduzida. Antes desse período, os partos eram conduzidos por parteiras de confiança das famílias das gestantes (Duarte e Gomes, 2023, p. 2167).

Esse processo marcou uma transição significativa na forma como os partos passaram a ser conduzidos, deslocando o protagonismo das parteiras para os profissionais médicos e para o ambiente hospitalar. Segundo Carvalho e Lopes (2024), as parteiras tinham a responsabilidade de acompanhar as gestantes com atenção e cuidado, orientando sobre a saúde da mulher, o pré-natal, o puerpério, além de fornecer informações relacionadas à fertilidade e doenças femininas. No entanto, ao longo dos últimos séculos, esse cenário foi transformado pela crescente defesa da hospitalização do parto e pela criação de maternidades, processo conduzido principalmente pela área da obstetrícia.

Segundo Perrot, citado por Kappaun e Costa (2020), no século XVIII o parto hospitalar era voltado às mulheres pobres, sozinhas e sem amparo, que não podiam contar com parteiras. Com o tempo, o hospital passou a ser reconhecido como um espaço seguro da medicina obstétrica, ganhando a preferência das gestantes com melhores condições financeiras, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, quando os nascimentos domiciliares passaram a ser exceção.

Ainda conforme Kappaun e Costa (2020), na década de 1980, a prática hospitalar já era quase totalmente realizada por médicos, refletindo um processo de institucionalização que priorizava a eficiência dos procedimentos em detrimento da autonomia e das escolhas das mulheres sobre o tipo de parto. Com isso, surgiram as primeiras concepções sobre a humanização do parto, entre elas a compreensão de que era essencial proporcionar à mulher tempo com o recém-nascido para

favorecer a construção do vínculo entre mãe e filho. Nesse contexto, passou-se a adotar a anestesia local nas cesarianas, uma vez que a anestesia geral dificultava esse primeiro contato e comprometia a criação de laços imediatos entre mãe e bebê.

Logo, a história do parto no Brasil evidencia que a violência obstétrica passou a se manifestar com maior intensidade após a inserção da prática obstétrica no campo médico. A partir desse momento, o parto deixou de ser um evento natural, realizado no ambiente familiar com a presença de parteiras, para se tornar um procedimento hospitalar, marcado pela medicalização e institucionalização nos serviços de saúde. O processo de hospitalização do parto ocorreu de forma gradual, porém resultou na retirada de direitos fundamentais das mulheres, como o direito à privacidade, à tomada de decisões sobre seu próprio corpo e à presença de familiares durante o parto. (Kappaun e Costa, 2020).

Segundo Silva, Rodrigues e Salvador (2024), com o avanço da hospitalização do parto, foi se perdendo a compreensão de que se trata de um processo fisiológico que, na maioria das vezes, não requer intervenções. Nesse contexto, os corpos das mulheres passaram a ser deslegitimados e submetidos à lógica de um modelo tecnocrático de atendimento, centrado exclusivamente em soluções técnicas e racionais, desconsiderando os aspectos humanos e sociais envolvidos na experiência do parto.

Em períodos mais antigos, a figura do médico estava fortemente associada a elementos religiosos e místicos, sendo frequentemente confundida com a prática do curandeirismo. Suas ações eram fundamentadas em respostas de natureza divina e baseadas em experiências empíricas, desprovidas de qualquer embasamento racional. A medicina era compreendida como uma arte de curar, em um contexto no qual não se conhecia a etiologia das doenças e havia total desconhecimento sobre as reações do organismo humano aos processos de cura. Nesse cenário, o médico era percebido mais como um mago ou sacerdote, detentor de poderes sobrenaturais, do que como um profissional com formação técnico-científica.

Não havia normas regulando o comportamento profissional do médico, muito menos punição. Elaborado por volta de 1700 a.C., o Código de Hamurabi é reconhecido como o primeiro registro legal a abordar a prática médica e a responsabilização por erros cometidos por profissionais da área. O artigo 215

estabelecia que o médico deveria ser remunerado em caso de êxito no procedimento, enquanto os artigos 218 e 219 introduziam um modelo de responsabilização baseado na pena de Talião — o princípio de "olho por olho, dente por dente". Essas normas previam punições rigorosas: se um homem livre morresse ou perdesse a visão em decorrência de uma intervenção médica mal sucedida, o cirurgião teria a mão amputada; no caso de um escravo, o médico era obrigado a pagar uma indenização.

No Brasil, a medicina só passou a ser reconhecida como uma ciência com a chegada da Corte Portuguesa. Antes desse período, predominava a prática da arte de curar, marcada por saberes empíricos e tradicionais. A relação entre médico e paciente não seguia uma regulamentação sistemática, sendo orientada por leis esparsas, costumes locais e, em muitos casos, por normas de caráter religioso.

De acordo com Stancioli (2004), a evolução histórica da relação médico-paciente no Brasil pode ser dividida em três fases distintas. A primeira, denominada fase pré-científica, abrange desde os primórdios da civilização até a chegada da Corte Portuguesa, sendo caracterizada pela prática indiscriminada da arte de curar, exercida por diversas figuras como religiosos, feiticeiros e físicos, sob forte influência indígena, africana e ibérica. Nesse período, o controle da prática médica era realizado tanto por autoridades seculares quanto por instâncias eclesiásticas e inquisitoriais, representadas pelos cargos de cirurgião-mor e físico-mor. A segunda fase, chamada de fase de transição, se estende da chegada de D. João VI até a proclamação da República, incluindo marcos importantes como a criação da Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia em 1830, o primeiro hospital de doentes mentais no Rio de Janeiro em 1841 e, em 1866, a fundação da Escola Tropicalista Baiana, influenciada por ideais franceses em razão da crescente lusofobia. Essa etapa foi marcada pela incorporação do modelo médico sanitarista trazido por franceses e americanos.

Já a terceira fase, conhecida como fase positivista, é marcada pela influência do pensamento positivista e pela consolidação de uma medicina alicerçada no cientificismo. Nesse período, a medicina passou a se alinhar ao Estado, dando origem a uma medicina social em que o poder sobre o corpo e a moral do indivíduo era atribuído exclusivamente à ordem médica, retirando do paciente sua autonomia sobre o próprio tratamento (Stancioli, 2004).

O primeiro marco legal no Brasil a prever a responsabilização dos profissionais liberais da área médica foi o Código Penal de 1890, nos artigos 296 a 306. Posteriormente, no âmbito do direito privado, o Código Civil de 1916 passou a tratar da responsabilidade civil dos médicos, inicialmente no artigo 1.545, atualmente correspondente ao artigo 951 do Código Civil de 2002.

Vale destacar que, a Argentina foi o primeiro país da América Latina a promulgar uma lei voltada à humanização do parto. Trata-se da Lei nº 25.929/2004 — conhecida como Lei do Parto Humanizado —, que representou um marco importante ao assegurar diversos direitos às mulheres durante a gestação, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. Já a Venezuela foi pioneira ao definir legalmente e tipificar a violência obstétrica como um delito.

Além disso, os direitos humanos das mulheres passaram a ser reconhecidos como universais, inalienáveis, indivisíveis e independentes somente a partir da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993. No ano seguinte, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, os direitos sexuais e reprodutivos receberam maior destaque no cenário internacional. No Brasil, até meados da década de 1980, as políticas públicas voltadas à saúde das mulheres ainda eram bastante precárias. Foi apenas em 1983, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que o sistema de saúde brasileiro passou a considerar uma abordagem mais abrangente, contemplando não apenas o aspecto reprodutivo, mas outras necessidades específicas da saúde feminina.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, foi adotada em 1994 pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) como resposta ao contexto de violência de gênero. A Convenção define violência contra a mulher como qualquer ato baseado em gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto em âmbito público quanto privado. Além disso, enumera direitos fundamentais a serem protegidos, como o respeito à integridade física, psíquica e moral da mulher, o direito à dignidade, à igualdade diante da lei e ao acesso à justiça por meio de mecanismos eficazes.

No contexto nacional, a Rede Cegonha foi instituída em 2011, por meio da Portaria nº 1.459 do Ministério da Saúde, com o objetivo de transformar as práticas

de atenção ao parto e nascimento, assegurando um cuidado mais humanizado e integral às mulheres e aos recém-nascidos. No entanto, em 2019, o próprio Ministério da Saúde recomendou que o termo "violência obstétrica" fosse evitado em documentos oficiais, justificando que os profissionais de saúde, em regra, não teriam a intenção de causar dano às pacientes — o que gerou críticas por parte de movimentos sociais e especialistas que defendem a importância de nomear esse tipo de violência para enfrentá-la adequadamente (Nogueira, Costa e Ribeiro, 2022).

3. GARANTIAS JURÍDICAS DA PARTURIENTE: DIREITOS FUNDAMENTAIS E NORMAS DE PROTEÇÃO PREVENTIVA

A violência obstétrica pode se manifestar por meio da realização de procedimentos médicos invasivos ou desnecessários, da ausência de consentimento informado, do tratamento desrespeitoso e humilhante, da violação da privacidade, da imposição de escolhas de parto não desejadas pela gestante, da recusa de métodos de alívio da dor e da restrição à presença do acompanhante de livre escolha da mulher. Tais práticas configuram violações aos direitos fundamentais das parturientes e devem ser combatidas com o objetivo de garantir um atendimento digno, respeitoso e seguro em todas as etapas da gestação, do parto e do pós-parto, bem como assegurar às vítimas o devido amparo e reparação pelos danos sofridos (Duarte e Gomes, 2023).

Sendo assim, conforme apontam Carvalho e Lopes (2024), a ausência de uma legislação específica por parte do Estado contribui para um cenário de insegurança jurídica e sentimento de impotência entre as vítimas de violência obstétrica, que muitas vezes não sabem a quem recorrer ou como denunciar os abusos sofridos. A criação de normas claras e específicas é fundamental para o enfrentamento eficaz dessa forma de violência, promovendo responsabilização e garantindo reparação às mulheres afetadas.

3.1 Direitos constitucionais assegurados à parturiente

Segundo Carvalho et al. (2023), a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 representa o principal marco no reconhecimento e na consolidação dos direitos fundamentais no país. Ao contrário das constituições anteriores, que mantinham uma tradição mais restritiva, a Constituição de 1988 se destaca por priorizar os direitos sociais e as garantias individuais, caracterizando-se como um ponto de inflexão no processo de constitucionalização e na afirmação dos direitos humanos no Brasil — aspecto já evidente em seu preâmbulo.

Os preâmbulos constitucionais, em regra, têm a finalidade de contextualizar as circunstâncias históricas e políticas que motivaram a criação de uma nova constituição, servindo como fundamento para sua legitimidade. Neles, são expressos os princípios, propósitos e valores que orientarão todo o ordenamento jurídico, revelando os objetivos centrais da norma fundamental. Nesse sentido, o preâmbulo da Constituição Federal de 1988 evidencia o compromisso do Estado brasileiro com a proteção dos direitos individuais e sociais, bem como com a promoção da liberdade, do desenvolvimento, da igualdade, do pluralismo e da fraternidade — elementos que refletem a diretriz maior de assegurar os direitos fundamentais ao longo de toda a Constituição (Carvalho et al., 2023), conforme se observa no seguinte trecho:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.
(BRASIL, 1988).

Logo, observa-se que o preâmbulo não apenas introduz a norma constitucional, mas também consagra os princípios que norteiam todo o ordenamento jurídico brasileiro. Ademais, no Título II da Constituição Federal, encontram-se dispostos os Direitos e Garantias Fundamentais, organizados em cinco capítulos: Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos; Dos Direitos Sociais; Da Nacionalidade; Dos Direitos Políticos; e Dos Partidos Políticos (BRASIL, 1988). Onde estabelece as bases para a proteção dos direitos e garantias fundamentais dos cidadãos brasileiros e dos estrangeiros residentes no país. Sendo assim, os direitos fundamentais que estão contidos na Constituição esguarda a integridade física, psicológica e a dignidade da mulher durante a gestação, parto e puerpério, constituindo a base para a proteção da parturiente.

Sendo assim, o reconhecimento constitucional do princípio da dignidade da pessoa humana está diretamente ligado à própria compreensão do que é ser pessoa, envolvendo os conceitos de personalidade e direito. Trata-se de um valor inerente à essência do ser humano, que persiste independentemente do

reconhecimento por determinado sistema jurídico em épocas ou civilizações específicas. O simples fato de alguém ser pessoa já lhe confere, por sua condição intrínseca, o direito ao respeito e à dignidade, os quais devem ser garantidos pelo Estado por meio da criação de normas que definam direitos e deveres fundamentais, com o objetivo de proteger cada indivíduo contra qualquer ato desumano ou degradante e assegurar-lhe condições mínimas para uma existência digna. Nesse sentido, o Direito exerce papel fundamental na promoção e salvaguarda da dignidade humana, ao estabelecer instrumentos destinados a prevenir e coibir possíveis violações, reafirmando que, ainda que não seja formalmente reconhecida em determinado tempo ou espaço, a dignidade permanece como expressão inata da condição humana (Carvalho et al., 2023).

O princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, é incluído como um direito fundamental, e garante que todo indivíduo seja tratado com respeito e valor inerente à sua condição humana. No entanto, ao analisar os atos que caracterizam a violência obstétrica, evidencia-se a violação desse direito, especialmente diante das formas como muitas parturientes são tratadas durante sua permanência em unidades hospitalares (Ribeiro, Souza e Silva, 2022). As agressões verbais dirigidas por profissionais de saúde à puérpera durante o trabalho de parto configuram uma clara violação à sua dignidade enquanto pessoa humana, especialmente considerando sua condição de vulnerabilidade nesse momento em que depende dos cuidados e da assistência desses mesmos profissionais (Carvalho et al., 2023).

O artigo 5º da Constituição Federal de 1988 é a base dos direitos e garantias individuais no Brasil. Em seu caput está disposto: “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” (BRASIL, 1988, art. 5º, caput). Logo, é assegurado o direito à igualdade, sem distinção, direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade. A violência obstétrica representa uma afronta direta aos direitos fundamentais e aos princípios que orientam a Constituição Federal, bem como aos direitos humanos, ao violar garantias como a dignidade da pessoa humana, a liberdade, a igualdade, o direito à informação, à saúde, à vida e a proteção contra tratamentos cruéis ou degradantes (Carvalho et al., 2023).

Embora o direito à vida seja o primeiro direito fundamental previsto no caput do artigo 5º da Constituição Federal de 1988, uma análise das condições vivenciadas pelas mulheres antes, durante e após o parto evidencia que esse direito nem sempre se mostra tão inviolável quanto sugere a Carta Magna. Tal constatação não se refere à vida do nascituro ou do recém-nascido, que está devidamente resguardada pelo ordenamento jurídico, mas sim à vida das mulheres enquanto gestantes e parturientes, que, em um momento de intensa fragilidade, são frequentemente expostas a diversas formas de violência, sejam físicas, morais, sexuais ou psicológicas (Silva, Rodrigues e Salvador, 2024).

Silva et al. (2020) ressaltam a importância do compartilhamento de informações na relação entre profissional de saúde e paciente, destacando que a ausência de clareza e integralidade nas orientações dirigidas às gestantes gera insegurança, afeta diretamente sua qualidade de vida e contribui para a banalização de seus direitos. Os autores defendem, portanto, a implementação de ações concretas para prevenir e combater a violência obstétrica. Complementando essa perspectiva, Carvalho et al. (2023), ao citarem Cunha (2015), reforçam que o exercício da liberdade da mulher no momento do parto está intimamente ligado à sua autonomia decisória. Para isso, é indispensável que ela seja tratada como sujeito ativo, plenamente informada sobre as condutas adotadas pela equipe de saúde, o que garante o respeito à sua liberdade e ao direito à informação.

Nesse mesmo sentido, Valente (2023) reforça que a parturiente deve receber informações claras, especialmente no caso da cesariana, que exige autorização prévia. A autora destaca que esse acesso à informação, aliado à liberdade de escolha quanto ao local e ao método do parto, é fundamental para a construção de uma decisão conjunta e consciente com o profissional de saúde, assegurando, assim, não apenas a qualidade da assistência prestada, mas também o bem-estar da mulher e a segurança do bebê. Desse modo, os autores convergem ao reconhecer que a garantia do direito à informação é elemento essencial no enfrentamento à violência obstétrica, pois fortalece a autonomia da mulher, previne práticas abusivas e contribui para a construção de um cuidado mais humanizado e respeitoso durante o parto.

Conforme o artigo 23 da Constituição Federal, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios possuem competência comum — também

denominada administrativa — para atuar na promoção da saúde, da assistência pública, do acesso à educação, à ciência, entre outros direitos, com o objetivo de garantir a igualdade e efetivar a dignidade da pessoa humana, princípio fundamental do Estado Democrático de Direito e base para a consolidação de diversos direitos constitucionais. Apesar de a Constituição assegurar uma série de garantias à pessoa, é importante destacar que muitos desses direitos não são absolutos, sendo frequentemente violados na prática. Por isso, para a efetiva melhoria da saúde materna, torna-se indispensável o avanço de legislações eficazes e a implementação de políticas públicas consistentes (Silva, Rodrigues e Salvador, 2024).

O direito à saúde é amplamente assegurado pela Constituição Federal de 1988. É reconhecido como direito social no art. 6º, sendo de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme dispõe o art. 23, inciso II, e o art. 30, inciso VII. De forma central, o art. 196 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. Os arts. 197 a 200 complementam esse arcabouço normativo ao tratar da relevância pública das ações e serviços de saúde, da organização e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da possibilidade de atuação da iniciativa privada e das atribuições específicas do sistema público.

Segundo Santos e Silva (2018), o direito à saúde está inserido no conceito de mínimo existencial, diretamente vinculado ao princípio da dignidade da pessoa humana. Por isso, qualquer agressão à integridade física, moral ou psicológica configura violação a esse direito, não sendo admissível que tal lesão seja provocada por terceiros, especialmente por órgãos da rede pública de atendimento. Cabe ao Estado o dever de assegurar o bem-estar da pessoa e de sua família, sendo imprescindível que qualquer prática prejudicial a esse princípio seja prontamente reprimida. Além disso, a ausência de recursos adequados ou de profissionais qualificados também representa uma forma de afronta à efetivação plena do direito à saúde.

Vale destacar também o direito à maternidade. Carvalho et al. (2023) destacam que, entre as principais garantias relacionadas ao direito à maternidade,

está a proteção da saúde tanto da mãe quanto do bebê. Ressaltam que essa proteção não deve se limitar ao período após o nascimento, mas precisa ser assegurada desde a gestação, passando pelo parto e pelo pós-parto, em respeito à dignidade da parturiente e do nascituro, garantindo assim a plena efetivação desse direito. Por fim, além da Constituição, há leis ordinárias que regulamentam de forma mais específica os direitos da gestante no sistema de saúde brasileiro.

3.2 Normas infraconstitucionais

Souza e Souza (2021) observam que, conforme citado anteriormente, a violência obstétrica ainda não é tipificada por uma legislação federal específica, tampouco há previsão legal que a puna diretamente, o que evidencia uma postura de negligência diante da gravidade do tema. Apesar da crescente visibilidade e facilidade de acesso à informação, muitas mulheres continuam sem conhecimento sobre os seus direitos antes, durante e após o parto, o que se deve, em grande parte, à naturalização de práticas abusivas como se fossem condutas comuns no atendimento obstétrico.

No Brasil, as normas que tratam da proteção à gestante ainda são vagas e dispersas, sem oferecer um enfrentamento eficaz à violência obstétrica. Um exemplo é a Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o artigo 7º da Constituição Federal e estabelece a obrigatoriedade do Sistema Único de Saúde em fornecer, por meio de sua rede de serviços, o atendimento adequado no pré-natal, durante o parto e no puerpério.

Embora existam diversos projetos de lei em tramitação que tratam da violência obstétrica, o tema ainda não é encarado como prioridade pelas instâncias legislativas. Essa ausência de atenção efetiva resulta na contínua exposição de mulheres a práticas abusivas durante a gestação, o parto e o puerpério, sem que haja um respaldo jurídico concreto que assegure a proteção de seus direitos (Silva, Rodrigues, e Salvador, 2024).

Diante da ausência de uma legislação federal específica sobre a violência obstétrica, alguns estados brasileiros têm buscado, por meio de suas assembleias

legislativas, estabelecer normas voltadas à garantia de uma assistência humanizada. Desde 2015, essas legislações vêm sendo promulgadas com o intuito de regulamentar aspectos como o parto humanizado, a presença de doulas e a adoção de medidas de enfrentamento à violência obstétrica.

No entanto, grande parte dessas leis possui caráter meramente informativo, limitando-se a conceituar o que se entende por assistência humanizada e a indicar algumas condutas que caracterizam a violência obstétrica. Assim, permanece evidente a necessidade de criação de uma norma federal que contemple de forma abrangente os direitos das mulheres durante a gestação e o parto, bem como os mecanismos de proteção contra esse tipo de violência (Silva, Rodrigues e Salvador, 2024).

Apesar da inexistência de uma lei federal específica sobre a violência obstétrica, alguns estados brasileiros já reconhecem a importância da proteção à gestante e à parturiente por meio de legislações próprias. É o caso da Lei nº 17.097/2017, de Santa Catarina, e da Lei nº 3.385/2018, do Tocantins, que dispõem sobre medidas de informação e proteção contra a violência obstétrica em seus respectivos territórios. Outros estados, como Minas Gerais, Pernambuco, Goiás e Mato Grosso do Sul, também editaram normas sobre o tema. Contudo, a maioria dessas leis limita-se a definir condutas que caracterizam a violência obstétrica e a atribuir aos órgãos competentes a responsabilidade pela fiscalização. (Carvalho e Lopes, 2024).

Ribeiro, Souza e Silva (2022) relatam que o estado de Santa Catarina foi pioneiro na criação de legislação específica sobre violência obstétrica, ao aprovar, em 2017, a Lei nº 17.097/2017. Essa norma não apenas conceituava esse tipo de violência, como também listava, em vinte e um incisos, diversas formas de sua ocorrência, especialmente por meio de agressões físicas e verbais contra gestantes. Embora tenha representado um avanço inicial, a lei foi posteriormente revogada pela Lei nº 18.322/2022. Mesmo sendo um dos primeiros estados a legislar sobre o tema, é evidente que houve um lapso considerável até que essa iniciativa se concretizasse. Em âmbito federal, o Projeto de Lei nº 1.130/2017, de autoria da deputada Leci Brandão e com conteúdo semelhante, permanece estagnado desde 2018, sem aprovação, o que evidencia a negligência institucional em relação à proteção dos direitos das gestantes.

No mesmo sentido, o Distrito Federal sancionou, em 2018, a Lei nº 6.144/2018, que apresenta de forma clara a definição de violência obstétrica e determina a fixação de cartazes informativos nas unidades de saúde, com o objetivo de orientar gestantes sobre condutas inadequadas durante o atendimento, o Distrito Federal também sancionou, em 19 de dezembro de 2024, a Lei nº 7.624/2024 que estabelece diretrizes para transparência de dados sobre casos de violência obstétrica, estabelece criação de painel eletrônico, divulgação de informações, campanhas educativas. Enquanto a primeira Lei citada institui medidas de informações a segunda impõe transparência e monitoramento.

O estado do Tocantins também avançou na legislação sobre o tema, por meio da Lei nº 3.385/2018, que estabelecia medidas de proteção e informação à gestante e parturiente, elencando práticas que configuram agressões físicas ou verbais. Posteriormente, essa lei foi parcialmente revogada pela Lei nº 3.674/2020, que atualizou a terminologia e redefiniu os parâmetros conceituais da norma. Já Minas Gerais, ao final de 2018, promulgou a Lei nº 23.175/2018, que, além de reconhecer condutas já consolidadas como violência obstétrica, inovou ao incluir práticas dirigidas a mulheres em situação de aborto, ampliando o alcance protetivo da norma.

No âmbito municipal, destaca-se a iniciativa do município de Diadema-SP, que publicou a Lei nº 3.363/2013, pioneira ao tratar do tema, definindo o conceito de violência obstétrica, formas de identificação e estabelecendo diretrizes para a divulgação dessas informações, especialmente por meio de cartazes e do acesso à lei nas unidades de saúde (Ribeiro, Souza e Silva, 2022).

Além disso, Silva, Rodrigues e Salvador (2024) destacam a relevância do Estatuto da Criança e do Adolescente como instrumento jurídico fundamental para a proteção da vida e da saúde, abrangendo não apenas os direitos do neonato, mas também os da parturiente. O artigo 8º do Estatuto assegura a todas as mulheres o acesso aos programas e políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo, garantindo às gestantes uma nutrição adequada, atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério, bem como um atendimento integral nas fases pré-natal, perinatal e pós-natal, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Em âmbito federal, tem-se a Lei nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante, que garante às gestantes atendidas pelos serviços de saúde do

SUS, sejam da rede própria ou conveniada, o direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto. No entanto, a prática de proibir essa presença configura uma forma de violência obstétrica institucional, contrariando diretamente o que estabelece a referida legislação. Apesar de seu avanço, a lei não prevê sanções para os casos de descumprimento, o que fragiliza sua aplicabilidade e a proteção efetiva aos direitos das parturientes (Carvalho e Lopes, 2024). Tal garantia, ao reconhecer o valor do apoio emocional e familiar nesse momento, contribui para uma vivência mais humanizada e empática por parte da gestante (Duarte e Gomes, 2023).

Além das legislações específicas, o Brasil é signatário de tratados internacionais que reconhecem e asseguram os direitos das mulheres e gestantes desde a gestação até o pós-parto. Vale destacar a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará). A própria Constituição Federal de 1988, ao tratar da compatibilidade entre normas internas e tratados internacionais, dispõe que “os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte” (BRASIL, 1988, art. 5º, § 2º).

Além disso, de acordo com Rodrigues et al. (2017), a Rede Alyne de Cuidado Integral a Gestantes e Bebês, programa do Governo Federal, antes chamada Rede Cegonha, porém agora com atualizações, tem como proposta central a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção à gestante, desde o pré-natal até o pós-parto, promovendo a vinculação da mulher à unidade de referência, o transporte seguro para as consultas e para o parto, a implementação de boas práticas na assistência ao parto e nascimento — incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da parturiente —, o cuidado integral à saúde da criança de 0 a 24 meses e o acesso às ações de planejamento reprodutivo. Complementando essa diretriz, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 1.459/2011, que formaliza a Rede Alyne no âmbito do SUS, com o objetivo de garantir os direitos da gestante e assegurar que o parto ocorra de forma segura e humanizada (Souza e Souza, 2021).

4. RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO JURÍDICO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: LEIS APLICÁVEIS E RESPONSABILIZAÇÃO LEGAL

Embora existam diversas formas de caracterizar a violência obstétrica, ainda não há uma tipificação penal específica para essa conduta, apesar de ser considerada ilícita, conforme já citado. O tratamento jurídico da matéria ocorre de forma indireta, uma vez que a violência obstétrica é compreendida como uma forma de violência contra a mulher, sendo abordada por meio de dispositivos legais já existentes, como a Constituição Federal, o Código Civil, o Código Penal, o Código de Defesa do Consumidor – CDC, projetos de lei e legislações específicas — a exemplo da Lei nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante e a Lei nº 14.737/2023 (Gomes e Saraiva, 2023).

Além disso, instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS) se posicionam contra práticas desumanas durante o parto. No entanto, o ordenamento jurídico brasileiro ainda carece de uma Lei Federal que trate de maneira expressa e detalhada tanto da violência obstétrica em geral quanto de suas diferentes manifestações.

4.1 Garantias Legais para o Acompanhamento da Gestante: Contribuições das Leis nº 11.108/2005 e 14.737/2023

A Lei nº 11.108/2005, conhecida como Lei do Acompanhante, sancionada em 7 de abril de 2005, alterando a Lei nº 8.080/1990, estabelece a obrigatoriedade dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, tanto da rede própria quanto conveniada, permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005). Eis o que estabeleceu o art. 19-J da Lei :

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.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Brasil, 2005)

Nesse sentido, houve uma complementação à Lei nº 11.108/2005, pela Nova Lei do Acompanhante, a Lei nº 14.737/2023, ao ampliar o direito à presença de um acompanhante para além do parto, estendendo-o também às consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas. Segundo o novo texto legal, “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).

A lei ainda estabelece, entre outras diretrizes, que o acompanhante deve ser livremente indicado pela paciente — ou, em caso de impossibilidade, por seu representante legal — e que, em procedimentos que envolvam sedação, a presença de um acompanhante será obrigatória, salvo renúncia formal e documentada da paciente. Ademais, determina-se que todas as unidades de saúde devem afixar aviso visível informando sobre esse direito, e, quando necessário, a própria instituição deverá indicar alguém para acompanhar a mulher, preferencialmente uma profissional de saúde do sexo feminino. Tais medidas fortalecem o amparo à mulher em situação de vulnerabilidade, garantindo mais segurança, respeito e autonomia nos atendimentos médicos (BRASIL, 2023).

A Lei nº 11.108/2005 e a Lei nº 14.737/2023, conhecidas respectivamente como a Lei do Acompanhante e a Nova Lei do Acompanhante, guardam entre si uma relação de complementaridade e avanço no que se refere à proteção dos direitos das mulheres em situação de atendimento de saúde. A primeira, de 2005, foi um marco ao estabelecer o direito da parturiente à presença de um acompanhante, no entanto, a norma limitava-se a esse contexto específico, não alcançando outros procedimentos de saúde que igualmente demandam amparo. A Lei nº 14.737/2023 surge, portanto, como um avanço legislativo, ao ampliar o escopo do direito anteriormente assegurado, estendendo a possibilidade de presença de acompanhante também a consultas, exames e demais procedimentos realizados em

unidades de saúde públicas ou privadas, independentemente de notificação prévia, além disso, a nova legislação introduz dispositivos mais específicos.

Assim, ambas as leis se complementam no sentido de promover o cuidado integral e humanizado à mulher em todos os níveis do atendimento em saúde, reforçando a proteção à sua dignidade, o respeito às suas decisões e a prevenção à violência obstétrica e institucional. A evolução normativa entre as duas leis evidencia o reconhecimento progressivo do Estado quanto à importância do suporte físico e emocional como parte fundamental da assistência à saúde da mulher.

Para garantir o direito à presença do acompanhante durante o parto tanto em instituições públicas quanto privadas, foram editadas diversas normas complementares, com o objetivo de assegurar a efetivação desse direito por parte das parturientes e o devido cumprimento por parte dos estabelecimentos de saúde. No setor público, destaca-se a Portaria nº 2.418 do Ministério da Saúde, publicada em 2005, que passou a autorizar o custeio das despesas relacionadas à presença do acompanhante, incluindo alimentação e acomodação adequada durante o trabalho de parto. Posteriormente, em 2008, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 da ANVISA reafirmou esse direito e estabeleceu critérios técnicos para garantir infraestrutura apropriada e segura tanto para os acompanhantes quanto para os profissionais da saúde. No setor privado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulamentou, por meio da Resolução Normativa nº 211 de 2010, que os atendimentos obstétricos oferecidos pelos planos de saúde deveriam incluir, obrigatoriamente, a cobertura das despesas com o acompanhante. Tais medidas representaram avanços importantes para a consolidação do direito à presença do acompanhante nas maternidades brasileiras (Rodrigues et al., 2017).

A presença de um acompanhante escolhido pela gestante contribui significativamente para a sensação de segurança e fortalecimento emocional, o que favorece o processo fisiológico do parto e possibilita uma experiência mais humanizada. No entanto, a falta de informação das parturientes sobre seus direitos, especialmente quanto à presença do acompanhante, pode interferir negativamente no momento do parto. Diante disso, é essencial que os profissionais de enfermagem conheçam a legislação vigente, a fim de estarem aptos a orientar e incentivar essa presença desde o pré-natal. O acompanhante, nesse contexto, não apenas oferece

suporte emocional e companheirismo, mas também fortalece os vínculos interpessoais e permite o compartilhamento das emoções vivenciadas durante o parto (Neves et al., 2024).

O apoio do acompanhante tem o potencial de reduzir a necessidade de intervenções desnecessárias e de prevenir situações de violência obstétrica, muitas vezes praticadas por profissionais de saúde por meio de condutas inadequadas ou discriminatórias. Tais atitudes podem gerar sentimentos negativos na parturiente, comprometendo a segurança e a qualidade da experiência do parto (Rodrigues et al., 2017).

Segundo Pereira et al. (2023), ainda existe um impasse em relação à efetivação da Lei do Acompanhante e à percepção dos profissionais de saúde quanto à presença dessa figura durante o parto. Embora alguns profissionais demonstrem abertura e reconheçam a importância do acompanhante para a experiência da parturiente, outros se posicionam de forma contrária aos objetivos da legislação, impondo barreiras que dificultam o exercício desse direito. Essa resistência é resultado de uma realidade complexa, que envolve fatores como a estrutura física inadequada das instituições, posturas impositivas de caráter institucional ou profissional, além da carência de preparo emocional por parte de alguns acompanhantes. Soma-se a isso a insuficiente divulgação desse direito durante o pré-natal, o que contribui para a fragilidade de sua aplicação prática.

4.2 Responsabilidade penal e civil

A responsabilidade penal decorre da prática de um crime, seja por ação ou omissão, que viole uma conduta prevista no Código Penal. Diferentemente da responsabilidade civil, que tem como finalidade a reparação de danos, a responsabilidade penal implica a imposição de uma pena pessoal e intransferível ao infrator, com o objetivo de preservar a ordem social e promover a punição. Já no âmbito civil, busca-se compensar o prejuízo sofrido pela vítima, responsabilizando os

prestadores de serviços de saúde — tanto da esfera pública quanto da privada — pelos danos causados a terceiros (Carvalho e Lopes, 2024).

Portanto, a responsabilidade civil tem caráter indenizatório e, nos casos de violência obstétrica, é comum que se pleiteie a reparação por danos morais. Essa modalidade de responsabilidade está prevista no artigo 186 do Código Civil, que determina a obrigação de reparar o dano causado a outrem quando houver ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência que resulte em violação de direitos ou prejuízo. Assim, nas situações envolvendo violência obstétrica, a indenização por dano moral mostra-se cabível, embora se reconheça que o principal prejuízo costuma ser de ordem psicológica — um tipo de dano que, por sua profundidade e subjetividade, é o mais difícil de ser plenamente reparado, já que não é possível apagar o sofrimento vivenciado pela vítima (Gomes e Saraiva, 2023).

Além disso, para que haja a responsabilização civil dos profissionais de saúde, é necessário comprovar a existência de culpa, ou seja, que o agente tenha agido com negligência, imprudência ou imperícia. Essa exigência está prevista no artigo 14, §4º, do Código de Defesa do Consumidor, que estabelece que a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais deve ser apurada mediante a verificação de culpa (Carvalho e Lopes, 2024).

Sendo assim, o artigo 949 do Código Civil de 2002 prevê que, havendo ofensa à saúde, o causador do dano deverá indenizar a vítima pelas despesas médicas, pelos lucros cessantes durante o período de recuperação e por outros prejuízos comprovadamente sofridos. Já o artigo 951 do Código Civil de 2002 estende essa obrigação aos profissionais da saúde que, no exercício de sua atividade, por negligência, imprudência ou imperícia, provoquem agravamento do quadro clínico, lesões, incapacidades ou até mesmo a morte do paciente. Tais dispositivos são aplicáveis aos casos de violência obstétrica, nos quais a conduta inadequada de profissionais pode resultar em danos significativos à mulher, ensejando a devida responsabilização civil (BRASIL, 2002).

O Código Penal Brasileiro não possui previsão específica que responsabilize diretamente o agressor por atos de violência obstétrica contra a mulher. Muitas vezes, essas condutas, especialmente quando praticadas por médicos, são tratadas apenas como erro médico, o que dificulta o acesso da vítima à justiça, já que a violência obstétrica ainda não é formalmente tipificada como crime.

Embora existam normas e regulamentações no âmbito hospitalar e profissional, torna-se evidente a necessidade de uma Lei Federal específica que estabeleça limites claros e assegure a devida responsabilização. Nesse sentido, o profissional que age fora dos parâmetros legais compromete não apenas sua ética, mas também sua moralidade profissional (Gomes e Saraiva, 2023).

Logo, o Direito Penal prevê uma série de crimes que podem ser atribuídos a profissionais de saúde no exercício de suas funções. No contexto da violência obstétrica, as condutas desses agentes podem configurar diversos tipos penais, tais como homicídio (art. 121), lesão corporal (art. 129), maus-tratos (art. 136), calúnia (art. 138), difamação (art. 139), injúria (art. 140), constrangimento ilegal (art. 146) e ameaça (art. 147) do Código Penal Brasileiro (Carvalho e Lopes, 2024).

Além da responsabilização civil e penal, o médico pode ser submetido a sanções administrativas pelo Conselho Federal de Medicina, incluindo a suspensão ou proibição do exercício profissional, conforme a gravidade do dano causado. É importante destacar que algumas práticas obstétricas realizadas em situações de emergência visam salvar a vida da parturiente e do recém-nascido, não podendo, portanto, ser classificadas como violência obstétrica. Ainda assim, independentemente da necessidade de reparação de danos, a responsabilidade penal pode ser aplicada nos casos em que houver violência obstétrica. Apesar da ausência de legislação específica no Brasil sobre o tema, essa lacuna não impede que o Poder Judiciário imponha a responsabilização civil ou penal quando cabível (Carvalho e Lopes, 2024).

Ademais, conforme previsto no Código de Ética Médica (Resolução nº 2.217/2018), é proibido ao médico causar dano ao paciente, além de outras proibições expressas nos artigos 22, 24 e 26. Esses dispositivos estabelecem, respectivamente, a obrigação de obter o consentimento informado do paciente ou seu representante legal antes de qualquer procedimento, salvo em situações de risco iminente de morte; o dever de garantir ao paciente o direito de decidir livremente sobre sua pessoa e seu bem-estar, sem que sua autonomia seja limitada; e o respeito à vontade de pessoas capazes que estejam em greve de fome, comunicando-lhes os riscos do jejum prolongado e intervindo apenas em caso de risco iminente de morte.

Gomes e Saraiva (2023) destacam a importância de diferenciar o conceito de erro médico do erro do médico: o primeiro abrange falhas cometidas por todos os profissionais de saúde, enquanto o segundo refere-se especificamente ao equívoco de um médico individual. Em ambos os casos, a ocorrência de negligência, imprudência ou imperícia é essencial para a configuração da responsabilidade civil, desde que esses fatores estejam devidamente comprovados por meio de evidências documentais ou testemunhais.

Segundo Duarte e Gomes (2023), atualmente os tribunais têm recorrido à legislação consumerista para regular as relações estabelecidas no âmbito da saúde, reconhecendo o paciente como consumidor e os médicos e hospitais como fornecedores. Essa relação, caracterizada pela vulnerabilidade do paciente, é regida, entre outras normas, pelo Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil e o Código de Ética Médica. No caso dos profissionais liberais, como os médicos, o art. 14, § 4º, do CDC estabelece que sua responsabilidade é subjetiva, ou seja, depende da comprovação de culpa — por negligência, imprudência ou imperícia. Em regra, a obrigação assumida pelo médico é de meio, o que significa que ele deve empregar todos os recursos técnicos disponíveis e agir com diligência, mesmo que o resultado pretendido não seja alcançado.

A exceção à obrigação de meio ocorre em procedimentos estéticos, especialmente nas cirurgias plásticas com finalidade exclusivamente embelezadora, nas quais se entende haver obrigação de resultado. Nesses casos, o profissional se compromete não apenas a prestar o serviço, mas a atingir o efeito prometido. Além disso, o Superior Tribunal de Justiça entende que os hospitais respondem objetivamente pelos danos decorrentes dos serviços auxiliares à sua atividade principal, podendo ser responsabilizados solidariamente com os médicos vinculados à instituição, desde que comprovada a culpa do profissional. Na ausência de vínculo entre médico e hospital, a responsabilidade é subjetiva e recai exclusivamente sobre o profissional (Duarte e Gomes, 2023).

Segundo Gomes e Saraiva (2023), é fundamental a criação de uma legislação penal específica que reconheça e puna a violência obstétrica como crime, responsabilizando os agentes envolvidos por suas condutas. Além disso, torna-se indispensável promover a conscientização e a humanização do parto, garantindo que a mulher tenha pleno conhecimento de seus direitos e que esses sejam

respeitados por todos os profissionais de saúde. A prática da violência obstétrica atinge diretamente direitos fundamentais da mulher, como sua dignidade, liberdade e o próprio direito à saúde.

Atualmente, observa-se a ausência de uma tipificação legal específica que trate da violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro, o que evidencia a omissão do Código Penal nesse aspecto. Diante dessa lacuna, é necessário recorrer à aplicação de normas gerais dos âmbitos civil, administrativo e penal com o objetivo de coibir essas práticas e assegurar a devida responsabilização dos infratores. A efetiva punição dos responsáveis é essencial para garantir proteção jurídica às vítimas e prevenir novas ocorrências (Gomes e Saraiva, 2023).

Nesse mesmo sentido, Carvalho e Lopes (2024) destacam que a definição e a tipificação penal da violência obstétrica são medidas imprescindíveis para garantir os direitos das mulheres e retirar essa forma de violência da invisibilidade social e jurídica. Reconhecer oficialmente a violência obstétrica é o primeiro passo para enfrentá-la de maneira efetiva e proporcionar uma assistência à saúde mais digna e humanizada. Contudo, enquanto o Judiciário resistir ao uso do termo, torna-se mais difícil consolidar esse direito e assegurar a proteção devida às vítimas.

Ainda segundo os autores, a criação de um tipo penal específico permitirá a responsabilização criminal dos profissionais de saúde que praticam tais condutas, impondo-lhes sanções compatíveis com os danos causados. A omissão do Estado em legislar sobre o tema alimenta um sentimento de impotência e insegurança jurídica nas vítimas, que frequentemente não sabem a quem recorrer ou como denunciar a violência sofrida. A normatização dessa prática como crime não apenas reforçaria o combate à violência obstétrica, mas garantiria também a responsabilização penal, além da já prevista responsabilização civil (Carvalho e Lopes, 2024).

5. CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objeto central a análise da violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro, com enfoque nos direitos da parturiente e no reconhecimento legal dessa forma de violência. Ao longo da pesquisa, buscou-se compreender como o arcabouço normativo brasileiro trata essa questão, ainda que de forma fragmentada e indireta, e refletir sobre a necessidade de avanços legais que assegurem uma assistência obstétrica respeitosa, segura e humanizada.

O estudo cumpriu os objetivos propostos. Primeiramente, foi possível examinar a evolução histórica da assistência ao parto no Brasil, identificando a transição de um modelo tradicional e domiciliar para um sistema médico-hospitalar centrado na figura do profissional de saúde, o que contribuiu para o surgimento e a normalização de práticas obstétricas desumanas. Em seguida, o trabalho se dedicou a definir e contextualizar a violência obstétrica, apresentando suas manifestações físicas, verbais, psicológicas e simbólicas, e evidenciando os impactos negativos na saúde física e emocional da gestante, bem como na violação de seus direitos fundamentais. Por fim, foram examinadas as principais normas e dispositivos legais brasileiros que abordam, direta ou indiretamente, a violência obstétrica, como a Constituição Federal, o Código Civil, o Código Penal, o Código de Defesa do Consumidor e leis específicas como a Lei nº 11.108/2005 e a Lei nº 14.737/2023.

Com base nos resultados da pesquisa, é possível responder ao problema de pesquisa proposto: a legislação brasileira reconhece e combate a violência obstétrica apenas de maneira indireta, sem uma tipificação penal específica ou norma unificada que trate do tema de forma clara e objetiva. A proteção aos direitos da parturiente está dispersa em diversos dispositivos constitucionais, civis, penais e administrativos, o que dificulta a efetiva responsabilização dos profissionais de saúde e a garantia dos direitos da mulher no momento do parto.

Entre os principais achados, destaca-se que, apesar da crescente conscientização social e do avanço de algumas normas voltadas à humanização do parto — como a ampliação do direito à presença do acompanhante por meio da Lei nº 14.737/2023 —, a ausência de uma legislação específica sobre violência obstétrica fragiliza a proteção jurídica da parturiente. Além disso, verificou-se que os

tribunais têm recorrido à legislação consumerista e ao Código de Ética Médica para suprir essa lacuna legal, e que a responsabilização civil e penal dos profissionais de saúde ainda enfrenta entraves, tanto pela dificuldade de comprovação da conduta inadequada quanto pela resistência institucional em reconhecer a violência obstétrica como uma violação autônoma.

A presente pesquisa contribui para o campo acadêmico ao reunir, de forma sistematizada, os aspectos históricos, jurídicos e sociais que envolvem a violência obstétrica, oferecendo subsídios para futuros estudos que busquem aprofundar o debate sobre a proteção legal da parturiente. No campo profissional, especialmente nas áreas da saúde e do direito, o trabalho reforça a importância da atuação ética, empática e humanizada dos profissionais e da observância rigorosa aos direitos da gestante, inclusive no pré-natal, parto e pós-parto.

Dessa forma, conclui-se que a criação de uma legislação específica que tipifique e regule a violência obstétrica é imprescindível. Essa medida garantiria maior segurança jurídica às vítimas, possibilitaria a responsabilização adequada dos agressores e contribuiria para a construção de um sistema de saúde mais justo, equitativo e comprometido com a dignidade da mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIAS, Letícia Souza Socorro Yanez; STEFANINI, Marília Rulli. Violência obstétrica e as violações aos direitos das parturientes. In: **Direito e práxis: interfaces entre a norma jurídica e a realidade social**. Editora Científica Digital, 2023. p. 445-465.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 dez. 2024.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 16 dez. 2024.

BRASIL. Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14737.htm. Acesso em: 16 dez. 2024.

CARVALHO, Any Karolyne Lima; LOPES, Jose Augusto Bezerra. Estratégias de enfrentamento da violência obstétrica e sua responsabilidade. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 10, p. 4407–4422, 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/15429>. Acesso em: 18 jan. 2025

CARVALHO, Amanda Laís Cavalcante de; SOUZA, José Ivo Ferreira de; MEDEIROS, Elania Cavalcante Cunha de; ARAÚJO FILHO, Francisco Edmilson Alves; MENESES, Helmo Robério Ferreira de; SILVA, Glauber Iure Cardoso de Menezes. Violência obstétrica no Brasil e a parturiente como sujeito de direitos durante o trabalho de parto. **Journal of Multidisciplinary Sustainability and Innovation**, Iguatu, v. 1, n. 1, p. 12–22, 2023. Disponível em: <https://revistas.editora.ufcg.edu.br/index.php/jmsi/article/view/840>. Acesso em: 18 de dez. 2024.

DUARTE, Ana Clara Jácome; GOMES, Nayara Andressa Taborda. Violência Obstétrica: análise da violação dos direitos da parturiente e a responsabilidade civil dos profissionais e das instituições de saúde. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 10, p. 2165–2181, 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11790>. Acesso em: 12 jan. 2025.

GOMES, Karen Rayssa Arruda; SARAIVA, Rodrigo Araújo. O Enfrentamento à violência obstétrica através da normativa legal específica: um estudo de caso da influencer Shantal Verdelho. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 5, p. 4030–4047, 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/10245>. Acesso em: 12 jan. 2025.

KAPPAUN, Aneline.; COSTA, Marli Marlene Moraes da. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. **Revista Paradigma**, v. 29, n. 1, p.

71–86, 2020. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1446>. Acesso em: 12 jan. 2025.

LEITE, Tatiana Henriques; MARQUES, Emanuele Souza; CORRÊA, Rachel Geber; LEAL, Maria do Carmo; OLEGÁRIO, Bheatriz da Costa Diniz; COSTA, Rafaelle Mendes da; MESENBURG, Marília Arndt. Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. **Ciencia & saude coletiva**, v. 29, p. e12222023, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.12222023>. Acesso em: 20 de fev. de 2025.

NEVES, Polyana Keyla Ferreira; SILVA, Edneidyja Cristina Barbosa da; SILVA, Larissa Layne Soares Bezerra. Os benefícios da presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. **Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 16, n. 2, p. 2, 2024.

NOGUEIRA, Isa Dantas; COSTA, Carlos Eduardo de Sousa; RIBEIRO, Márcia Baião de Azevedo. Violência Obstétrica: Conceito, Características e Sua Abordagem Jurídica. **Epitaya E-books**, v. 1, n. 16, p. 142-158, 2022. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/482>. Acesso em: 13 jan. 2024.

PEREIRA, Gercina dos Santos; VIANA, Vanessa Silva Souza; SOUSA, Andrea Daniella Maria Rodrigues e; NOBRE, Halan Heverton dos Santos; NASCIMENTO, Lillian Sorany Costado; SILVA, Jardeson Fontes da; TORRES, Samara Santos; BORGES, Raquel Machado; LIMA, Lílian Natália Ferreira de; PEREIRA, Catilena Silva. A importância do conhecimento da Lei 11.108/2005 e a visão dos profissionais sobre a presença do acompanhante: revisão integrativa. **Enfermagem e Saúde da Mulher**, v. 2, p. 14, 2023.

RIBEIRO, Leticia de Melo; SOUZA, Luisa Geovanna de; SILVA, Wyrajane Terra da. Violência obstétrica: uma questão de saúde pública e a violação dos direitos fundamentais da mulher. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36321>. Acesso em: 19 fev. 2025.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005570015>. Acesso em: 21 jan. 2025.

SANTOS, Corina Teresa Costa Rosa; SILVA, Elizângela Cerqueira da. Violência Obstétrica à Luz dos Direitos Fundamentais. **Revista Jurídica da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)**, v. 2, n. 2, 2018.

SILVA, Thalita Monteiro da et al. Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, p. eAPE20190146, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01466>. Acesso em: 20 de jan. 2025.

SOUZA, Maria Emília Almeida; SILVA, Amanda Carolina da; RODRIGUES, Késya Silva. VIOÊNCIA OBSTÉTRICA: reconhecimento no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista Eletrônica de Ciências Jurídicas**, v. 14, n. 3, 2025. Disponível em: <https://www.revista.fadipa.br/index.php/cjuridicas/article/view/604>. Acesso em: 15 de abr. 2025.

SOUZA, Mariana Fonseca; SOUZA, Jeancezar Ditzz Ribeiro de. Violência obstétrica: grave violação aos direitos humanos da mulher brasileira. **Lex Humana**, v. 13, n. 2, p. 120-137, 2021. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9912351>. Acesso em: 12 de jan. 2025.

STANCIOLI, Brunelo Souza. Relação jurídica médico-paciente. Coord. por João Baptista Villela. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

VALENTE, Lucimar Barbosa. Violência Obstétrica como violação dos direitos humanos e suas consequências. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 5, p. 2390–2409, 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/9987>. Acesso em: 09 jan. 2025.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & sociedade**, v. 29, p. e155043, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acesso em: 20 de fev. 2025.