CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS - CEESP
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

LUDIMILA CAMPOS PRUDÊNCIO

A CRIMINALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM ESTUDO SOB A PERSPECTIVA PENAL

PATOS
2026

LUDIMILA CAMPOS PRUDÊNCIO

A CRIMINALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM ESTUDO SOB A PERSPECTIVA PENAL

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Direito do Centro Universitário de Patos – UNIFIP, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador(a): Prof. Esp. Paulo José de Assis Cunha

PATOS

2026

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER
Biblioteca Central - UNIFIP

Prudêncio, Ludimila Campos.
P971c A Criminalização da Violência Obstétrica: Um Estudo Sob a Perspectiva Penal. / Ludimila Campos Prudêncio. – Patos – PB: UNIFIP, 2026.
65 fls.

Orientador (a): Prof. Esp. Paulo José de Assis Cunha.
Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação, Bacharelado em Direito.

1. Violência obstétrica. 2. Direito Penal. 3. Direitos fundamentais. I. Título. II. Centro Universitário de Patos – UNIFIP.

UNIFIP/BC CDU: 340

Yasmim Caroline Andrade Nóbrega. CRB 15/1086

LUDIMILA CAMPOS PRUDÊNCIO

A CRIMINALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM ESTUDO SOB A PERSPECTIVA PENAL

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Direito do Centro Universitário de Patos – UNIFIP, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador(a): Prof. Esp. Paulo José de Assis Cunha

Aprovada em 08 de junho de 2026

BANCA EXAMINADORA:

Prof.° Esp. Paulo José de Assis Cunha
Orientador(a)
Centro Universitário de Patos – UNIFIP

Profa. Ma. Neumalyna Lacerda Alves Dantas Marinho
Examinador(a)
Centro Universitário de Patos – UNIFIP

Profa. Ma. Francisca Elidivânia de Farias Camboim
Examinador(a)
Centro Universitário de Patos – UNIFIP

Ao meu bisavô, Francisco Prudêncio da Silva (in memoria), pelo cuidado, zelo e amor verdadeiro que sempre teve por mim. Sua memória permanece viva em meu coração, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, louvo e bendigo o nome do Bom Deus por ser o meu sustento durante toda minha vida, por estar sempre comigo nos momentos de angústia e insegurança, por guiar os meus caminhos e me dar forças quando eu pensava que não ia conseguir. Agradeço de forma especial à Santíssima Virgem Maria e à minha amada Santa Teresinha do Menino Jesus, por serem as minhas intercessoras no céu e por sempre escutarem os meus clamores e pedidos de socorro. Elas sempre estiveram comigo!

Agradeço aos meus pais, Antônio Campos e Glícia Rejany, por serem a minha fonte inesgotável de amor, segurança e consolo. Louvo ao bom Deus por ter me permitido vir ao mundo por meio deles, pois são os melhores pais que alguém poderia desejar, pois, para que minha irmã e eu pudéssemos realizar os nossos sonhos, eles sempre fizeram o impossível, mesmo que isso significasse abrir mão das próprias vontades. Foram eles que me carregaram nos braços quando eu não tinha mais forças e coragem para continuar, e é por eles que sigo firme. O caminho é árduo, mas eles transformaram os espinhos em rosas. Obrigada!

Agradeço a minha irmã Andreza Campos, e ao meu cunhado Cícero Andrade, por terem sido como verdadeiros pais para mim, por serem apoio, por acreditarem em mim quando nem eu acreditava, e por terem me dado a maior fonte de coragem e determinação: meu sobrinho e afilhado Gael, o grande amor de minha vida. É por eles também que continuo nesta caminhada. Obrigada!

Aos meus familiares que estiveram torcendo e rezando por mim, agradeço por todo apoio durante esse tempo, em nome dos meus avós, José Pereira e Salra Prudêncio, e de minha madrinha, Patrícia Prudêncio. Obrigada!

Aos amigos que a faculdade me presenteou, Ana Rosa, Antônio Neto, Kamyli Vitória, Lara Yasmim, Matheus Vinícius e Rayssa, deixo minha eterna gratidão por terem estado ao meu lado em cada etapa dessa jornada, pois sem vocês eu não teria conseguido chegar até aqui, e a faculdade certamente não teria o mesmo significado; levo cada um como um verdadeiro presente que Deus colocou na minha vida. Obrigada por cada sorriso, cada gargalhada que me arrancaram nos dias difíceis, foram esses momentos que me sustentaram durante esse tempo. Obrigada!

Da mesma forma, agradeço aos meus amigos de longa data, em especial Ammylle Campos, Emilysteine, Isllan Félix, Maria Helena e Sara Raquel, por nunca

soltarem minha mão, mesmo nos momentos mais difíceis, e por serem exemplos de amizade verdadeira, porque, embora a caminhada nem sempre seja fácil, ter com quem dividir os desafios torna tudo mais leve e possível. Obrigada!

Aos que sempre estiveram ao meu lado durante a graduação e que se tornaram pessoas tão especiais e importantes em minha vida, louvo ao Bom Deus pela vida de cada um. Foram vocês que também me deram motivação nos momentos desafiadores e ajudaram a tornar o caminho mais leve. Obrigada por sempre provocarem o melhor de mim, e por me despertarem sorrisos nos dias nublados. Agradeço, em especial, à José Filho, Letícia e Franciele, por todo apoio e companheirismo. Amo a vida de cada um. Obrigada!

Aos meus irmãos do Grupo de Oração Nossa Senhora das Graças, em nome de Zuleide Santos, Socorro Melo, Sônia Maria, Geovana Freitas, Mariana Freitas, Isabely Pereira e Emily Vitória, por terem sempre me sustentado em oração, me incentivando a ser melhor. A vida de cada um me importa e eu sou infinitamente grata ao bom Deus por ter o privilégio de tê-los comigo. Obrigada!

À minha psicóloga, Carla Cristina, minha profunda gratidão por ser sempre um apoio constante, por me incentivar com palavras de amor e acolhimento, por me ajudar a enfrentar e superar a ansiedade e por nunca soltar as minhas mãos ao longo desse processo, sua presença fez toda a diferença na minha caminhada. Obrigada!

Ao meu professor e orientador, Paulo José, expresso minha mais profunda e sincera gratidão pela parceria, pela paciência e pelo apoio constante ao longo de toda essa caminhada; exemplo admirável de dedicação e sabedoria, por quem nutro grande respeito desde quando foi meu professor de Direito Penal, foi ele quem me ensinou que, com humildade, compromisso e responsabilidade, é possível se tornar não apenas um bom profissional, mas também um ser humano mais consciente e justo. Sua forma de ensinar, sempre clara, humana e inspiradora, despertou em mim não apenas o interesse, mas um verdadeiro amor pelo Direito Penal, área que passei a enxergar com mais sensibilidade e propósito. Além disso, sua postura ética, sua simplicidade e sua generosidade no compartilhar do conhecimento o tornam um modelo de professor e de pessoa, deixando marcas que levarei para toda a vida. Muitíssimo obrigada!

RESUMO

A pesquisa aborda a violência obstétrica sob a perspectiva jurídica do Direito Penal, discorrendo sobre a sua conceituação, origem e evolução histórica, o reconhecimento do termo “violência obstétrica”, juntamente com o seu reconhecimento no Brasil, além de tratar também sobre a possível criminalização desse ato. O objetivo do presente trabalho é analisar a possibilidade de criminalização de tal prática no Brasil e verificar se o ordenamento jurídico atual oferece proteção suficiente às mulheres vítimas desses atos, bem como se há a responsabilização correta aos profissionais que os cometem. Para isso, utiliza-se o método de abordagem qualitativo, baseado em pesquisa bibliográfica, em livros e artigos científicos, análise documental, incluindo legislações, projetos de lei e relatórios institucionais, estudo comparativo, analisando experiências internacionais, como a legislação da Venezuela. Ademais, o trabalho versa sobre a conceituação de violência obstétrica, sua origem e reconhecimento no Brasil, além de tratar também sobre atos médicos que se caracterizam como violência. Em seguida, a pesquisa expõe como ela se manifesta, a saber, de forma física, psicológica e material, mostrando casos emblemáticos ocorridos no Brasil e no estado da Paraíba, e por fim, evidencia a responsabilidade dos profissionais de saúde no âmbito do Direito Civil e Penal, além de utilizar o código de ética médica, e exibir a dificuldade nessa responsabilização sem a criminalização específica desses atos. Ao final, conclui-se que os mecanismos jurídicos atualmente existentes ainda não são suficientes para abranger de maneira plena todas as práticas que configuram violência obstétrica, o que dificulta a responsabilização efetiva dos profissionais envolvidos e a proteção adequada das vítimas. Dessa forma, verifica-se a necessidade de ampliação do debate legislativo acerca da criação de uma legislação penal específica, capaz de estabelecer maior clareza na definição das condutas, fortalecer a prevenção de abusos e garantir às mulheres atendimento obstétrico digno, humanizado, seguro e respeitoso.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Direito Penal; Direitos fundamentais.

ABSTRACT

The research broaches obstetric violence from the legal perspective of Criminal Law, discussing its conceptualization, origin, and historical evolution, the recognition of the term “obstetric violence,” along with its recognition in Brazil, and also examining the possible criminalization of such acts. This study aims to analyze the possibility of criminalizing this practice in Brazil and to verify whether the current legal system provides sufficient protection to women who are victims of these acts, as well as whether there is proper accountability for the professionals who commit them. For that, it was used a qualitative approach, based on bibliographic research in books and scientific articles, documentary analysis including legislation, bills, and institutional reports, and a comparative study analyzing international experiences, such as Venezuelan legislation. Moreover, the study discusses the concept of obstetric violence, its origin, and its recognition in Brazil, as well as broaches medical acts that are characterized as violence. Subsequently, the research explains how it manifests, that is in physical, psychological, and material forms, presenting emblematic cases that have occurred in Brazil and in the state of Paraíba. Finally, it highlights the responsibility of healthcare professionals within the scope of Civil and Criminal Law, also referring to the medical code of ethics, and demonstrates the difficulty in holding such professionals accountable in the absence of specific criminalization of these acts. In conclusion, it is clear that the legal mechanisms currently in place are still insufficient to fully encompass all practices that constitute obstetric violence, hindering the effective accountability of the professionals involved and the adequate protection of victims. Therefore, there is a need to broaden the legislative debate regarding the creation of specific criminal legislation capable of establishing greater clarity in defining the conduct, strengthening the prevention of abuse, and guaranteeing women dignified, humane, safe, and respectful obstetric care.

Keywords: Obstetric violence; Criminal Law; Constitutional rights.

LISTA DE SIGLAS

CDC – Código de Defesa do Consumidor.

OMS — Organização Mundial da Saúde.

STJ - Superior Tribunal de Justiça.

STF – Supremo Tribunal Federal.

SUS — Sistema Único de Saúde.

VO — Violência Obstétrica.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 12
2. CONCEITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA 15
2.1 ORIGEM E CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....16
2.2 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS PRÁTICAS DE PARTO.....20
2.3 RECONHECIMENTO DO TERMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL.....22
2.4 DOS ATOS MÉDICOS COMUMENTE PRATICADOS QUE PODEM SE ENQUADRAR COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....23
3. FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA 27
3.1 A DIFERENCIAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: FÍSICA, PSICOLÓGICA E MATERIAL.....28
3.2 CASOS EMBLEMÁTICOS NO BRASIL.....29
3.2.1 CASO LAYANE MARTINS 29
3.2.2 CASO MÉDICA ANNA BEATRIZ HERIEF 30
3.2.3 CASO SHANTAL VERDELHO 31
3.2.4 CASO DO MÉDICO ANESTESISTA GIOVANNI QUINTELLA 32
3.3 CASOS OCORRIDOS NA PARAÍBA 33
3.3.1 CASO RUTH IAPONIRA DA SILVA 33
3.3.2 CASO FERNANDA MORAIS.....35
3.3.3 CASO DANIELLE MORAIS 36
4. RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....39
4.1 CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E DEVERES PROFISSIONAIS.....40
4.2 RESPONSABILIDADE SOB A PERSPECTIVA PENAL 44
4.3 RESPONSABILIDADE CIVIL E ADMINISTRATIVA.....48
4.3 OMISSÃO E DEVER JURIDICO DE AGIR.....52
4.4 PROCEDIMENTOS E DIFICULDADES NA COMPROVAÇÃO DOS ATOS 55
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....58
REFERÊNCIAS.....61

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica constitui-se como tema de grande relevância social e jurídica, pois envolve práticas abusivas, negligentes, invasivas ou desrespeitosas cometidas contra mulheres durante a gestação, o parto, o pós-parto ou em situações relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal. Nesse sentido, a presente pesquisa tem como objeto a análise da criminalização da violência obstétrica sob a perspectiva do Direito Penal, buscando verificar se o ordenamento jurídico brasileiro, na forma como se encontra estruturado atualmente, oferece proteção suficiente às mulheres vítimas dessas práticas e se permite a adequada responsabilização dos profissionais de saúde envolvidos. O estudo também analisa a violência obstétrica como violação de direitos fundamentais, especialmente da dignidade da pessoa humana, da integridade física e psicológica, da autonomia da mulher e do direito a um atendimento humanizado.

Nesta perspectiva, o objetivo geral da pesquisa consiste em analisar a possibilidade de criminalização da violência obstétrica no Brasil, verificando se os instrumentos jurídicos existentes são suficientes para prevenir, reprimir e sancionar tais condutas. Como objetivos específicos, busca-se examinar os desafios enfrentados na aplicação do Direito Penal aos casos de violência obstétrica, especialmente diante da ausência de legislação penal específica; investigar a maior vulnerabilidade de mulheres em situação de fragilidade social e econômica, que frequentemente se encontram mais expostas a essas práticas abusivas; e analisar as limitações do sistema jurídico na proteção das vítimas, principalmente em razão da dificuldade de produção de provas, do descrédito social enfrentado pelas gestantes e da frequente necessidade de recorrer às esferas civil e administrativa.

Diante desse cenário, a problemática da pesquisa concentra-se em verificar se o ordenamento jurídico brasileiro possui instrumentos suficientes para prevenir, reprimir e sancionar condutas caracterizadas como violência obstétrica ou se seria necessária a criação de um tipo penal específico, com definição clara e objetiva, capaz de assegurar proteção mais efetiva às mulheres. Esse questionamento surge porque, embora determinadas condutas possam ser enquadradas em tipos penais já existentes, como lesão corporal, constrangimento ilegal, injúria, ameaça, maus-tratos, omissão de socorro e, em casos extremos, homicídio culposo, ainda persiste uma

lacuna normativa quanto ao reconhecimento direto da violência obstétrica como crime autônomo.

A hipótese adotada na pesquisa parte da compreensão de que os tipos penais atualmente previstos no ordenamento jurídico brasileiro não conseguem abranger plenamente todas as práticas que configuram violência obstétrica. Dessa forma, considera-se que a ausência de um tipo penal específico dificulta a identificação das condutas, a responsabilização dos envolvidos e a própria proteção das vítimas. Assim, admite-se que a criação de legislação penal própria pode contribuir para delimitar de maneira mais clara as condutas puníveis, fortalecer a prevenção de abusos, orientar a atuação dos profissionais de saúde e garantir maior segurança jurídica às mulheres durante o período gestacional, o parto e o pós-parto.

A pesquisa justifica-se diante da gravidade da violência obstétrica e dos impactos físicos, psicológicos e emocionais causados às vítimas. Verifica-se que o parto, que deveria ser marcado por cuidado, acolhimento e segurança, muitas vezes transforma-se em experiência traumática em razão de intervenções desnecessárias, ausência de consentimento informado, humilhações, negligência e violações à autonomia da paciente. Além disso, observa-se que a inexistência de legislação penal específica contribui para as dificuldades enfrentadas pelas vítimas na busca pela responsabilização dos profissionais envolvidos, seja pela fragilidade das provas, seja pela naturalização social dessas práticas no ambiente hospitalar.

No aspecto metodológico, o estudo adota abordagem qualitativa, utilizando pesquisa bibliográfica e documental, por meio da análise de livros, artigos científicos, legislações, projetos de lei, resoluções, relatórios institucionais e casos concretos divulgados publicamente. Também são utilizados o método analítico-descritivo e o estudo comparativo, especialmente em relação à experiência da Venezuela, país pioneiro no reconhecimento normativo da violência obstétrica, buscando identificar possíveis contribuições para o debate jurídico brasileiro.

Quanto à estrutura, o trabalho divide-se em três seções principais. A primeira aborda a conceituação da violência obstétrica, sua origem, evolução histórica e o reconhecimento do termo no Brasil, além de apresentar atos médicos frequentemente associados a essa prática. A segunda seção trata das formas de violência obstétrica, diferenciando suas manifestações física, psicológica e material, bem como apresenta casos emblemáticos ocorridos no Brasil e no estado da Paraíba. Já a terceira seção examina a responsabilidade civil, penal e administrativa dos profissionais da saúde,

além das dificuldades de responsabilização diante da ausência de criminalização específica.

Pondera-se, portanto, que a violência obstétrica não pode ser tratada apenas como falha médica isolada, mas como grave violação de direitos fundamentais das mulheres. Além disso, embora o ordenamento jurídico brasileiro permita a responsabilização de profissionais da saúde com base em normas já existentes, a proteção atualmente oferecida ainda se mostra limitada, especialmente quando a conduta não se enquadra claramente em tipos penais tradicionais. Assim, infere-se que há necessidade de fortalecimento do debate legislativo e da criação de instrumentos mais claros e eficazes de prevenção, responsabilização e proteção das gestantes, visando assegurar atendimento obstétrico digno, seguro, humanizado e respeitoso.

2 CONCEITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Nesta seção, será explicada sobre o termo violência obstétrica, em que surgiu para nomear práticas abusivas, desrespeitosas ou negligentes cometidas contra mulheres durante a gestação, o parto, o pós-parto ou em situações de abortamento, especialmente dentro de instituições de saúde. Ele apresenta ações físicas, verbais e psicológicas que desconsideram a autonomia da mulher, como procedimentos realizados sem consentimento, humilhações, negação de informações ou intervenções desnecessárias.

O parto era um evento realizado no ambiente doméstico e assistido por parteiras, com base em conhecimentos tradicionais transmitidos entre mulheres. A partir do século XIX e, principalmente, no século XX, ocorreu um processo de institucionalização do parto, que passou a ser conduzido majoritariamente em hospitais e sob supervisão médica. Ele auxiliou para a segurança materna e neonatal e promoveu a medicalização do parto, com a adoção rotineira de intervenções como cesarianas, episiotomias e uso de medicamentos para acelerar o trabalho de parto.

No Brasil, o debate sobre violência obstétrica ganhou força a partir dos anos 2000, impulsionado por pesquisas acadêmicas, movimentos sociais e políticas de humanização da assistência ao parto. O termo passou a ser utilizado para denunciar práticas desrespeitosas vivenciadas por mulheres em maternidades públicas e privadas. Embora não exista uma lei federal específica que defina formalmente a violência obstétrica, o conceito é reconhecido em documentos de direitos humanos, em políticas de saúde e em decisões judiciais. Órgãos públicos, entidades médicas e organizações da sociedade civil continuam discutindo formas de regulamentação, prevenção e responsabilização dessas práticas.

Alguns procedimentos médicos podem ser considerados violência obstétrica quando realizados sem indicação clínica adequada, sem consentimento informado ou de forma desrespeitosa. Entre os exemplos frequentemente citados estão a realização de episiotomia sem necessidade, a manobra de pressão abdominal para acelerar o parto, a restrição da presença de acompanhante, a imposição de posição específica para parir, o uso de intervenções para acelerar o trabalho de parto sem explicação ou autorização, além de comentários humilhantes ou culpabilização da mulher durante o processo.

2.1 ORIGEM E CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

De antemão, é importante dizer que boa parcela da sociedade acredita que violência obstétrica se trata apenas de agressões físicas contra a mulher grávida, porém, vai muito além do que se pensa. Trata-se de atos desrespeitosos e em que a vontade da mulher não é respeitada, e o profissional da saúde realiza, por exemplo, um procedimento mais confortável e fácil para ele, deixando a gestante sem escolha, pois muitas vezes ela não é consultada. Secularmente, a mulher vem sendo alvo de violência e desigualdade, independentemente de idade, raça ou religião.

Com a evolução da sociedade, houveram muitas transformações nesse ramo, inclusive avanços na medicina, e com isso o parto evoluiu, se tornando mais seguro e até sem dor, quando se faz o uso de anestesia, no caso de uma cesariana. Porém, com essas evoluções, vieram também os abusos por parte de profissionais da área, como médicos, enfermeiros etc.

É relevante mencionar que práticas como emprego de força física em excesso, exames de toque realizados várias vezes, sem a devida necessidade, obrigar a mulher a realizar um determinado tipo de parto por conveniência médica, proferir ofensas verbais e humilhantes à mulher fragilizada pelo seu estado, etc., caracterizam-se como violência obstétrica. Para Mascarenhas e Pereira (2017), a violência obstétrica aborda três eventos diferentes do atendimento no serviço de saúde são eles: o pré-parto; o parto e o pós parto.

Percebe-se, nesse contexto, que a violência obstétrica se caracteriza por atos ou omissões praticados por profissionais da saúde durante o período gestacional, parto e pós-parto, que provoquem lesões físicas, psicológicas ou morais à mulher, ações essas que ferem o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Nesse contexto, uma reportagem publicada pela Câmara dos Deputados (2024) destaca que ao menos 40 mulheres denunciaram violência obstétrica no Brasil entre 2019 e 2024, incluindo casos de maus-tratos durante o parto, evidenciando a gravidade e a abrangência do problema no país.

Quando abordamos o conceito de “violência obstétrica”, é importante destacar que a Venezuela foi o primeiro país a introduzir essa terminologia, por meio da sua Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres a uma Vida Livre de Violência. Essa definição, pioneira na América Latina, continua a ser amplamente utilizada na literatura acadêmica contemporânea, consolidando-se como referência no estudo

desse fenômeno. Dessa forma, a Venezuela não apenas criou o termo, mas também estabeleceu as bases para a compreensão do que constitui a violência obstétrica. Segundo a legislação venezuelana, a violência obstétrica é definida como:

> A violência obstétrica é entendida como a apropriação dos corpos e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se expressa no tratamento desumanizador, no abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda de autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (REPÚBLICA BOLIVARIANA DA VENEZUELA, 2007, art. 15).

Segundo a legislação venezuelana, alguns atos praticados por profissionais de saúde podem configurar violência obstétrica:

> Deixar de atender às emergências obstétricas de maneira oportuna e eficaz; forçar a mulher a dar à luz em posição supina e com as pernas levantadas, dispondo dos meios necessários para realizar o parto vertical; dificultar o vínculo precoce do recém-nascido com a mãe, sem causa médica justificada; alterar o processo natural do parto normal por meio da medicalização desnecessária, como o uso de técnicas ou medicamentos que aceleram o parto sem o consentimento voluntário e informado da mulher; ou realizar o parto por cesariana sem necessidade e sem o consentimento livre e informado da gestante (REPÚBLICA BOLIVARIANA DA VENEZUELA, 2007, art. 51).

Ademais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) diz que:

> Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente (OMS, 2014, p.2).

Embora a definição pioneira de violência obstétrica estabelecida pela Venezuela tenha representado um marco importante, é fundamental reconhecer que essa definição, por mais abrangente que fosse para a época, não contempla todas as possíveis formas de manifestação dessa violência. Existem inúmeras práticas que permanecem negligenciadas, como abusos verbais e atitudes humilhantes, que muitas vezes não são formalmente reconhecidas ou documentadas, pois ocorrem de maneira velada, quase sempre “por baixo dos panos”. Essa invisibilidade faz com que muitas formas de violência obstétrica não sejam evidenciadas ou estudadas de forma adequada no campo acadêmico.

Fatores sociais e econômicos desempenham um papel crucial nesse cenário, pois muitas vezes as vítimas, por pertencerem a grupos mais vulneráveis, encontram

barreiras significativas para denunciar ou tornar público o que sofreram. Essa dificuldade em trazer à tona essas questões faz com que, em muitos casos, a violência obstétrica permaneça não resolvida, ocultada por questões estruturais e sistêmicas. Portanto, mesmo com o avanço representado pela definição inicial da Venezuela, ainda há um extenso caminho a percorrer para garantir que todas as formas de violência obstétrica sejam plenamente compreendidas, evidenciadas e combatidas. Júlio Camargo de Azevedo entende o seguinte por violência obstétrica:

> É possível afirmar que a violência na atenção obstétrica corresponde a qualquer ação ou omissão, culposa ou dolosa, praticada por profissionais da saúde, durante as fases pré-natal, parto, puerpério e pós-natal, ou, ainda, em casos de procedimentos abortivos autorizados, que, violando o direito à assistência médica da mulher, implique em abuso, maus-tratos ou desrespeito à autonomia feminina sobre o próprio corpo ou à liberdade de escolha acerca do processo reprodutivo que entender adequado (AZEVEDO, 2015, p. 1).

Embora a definição de violência obstétrica proposta pela Venezuela tenha sido um marco importante na tentativa de compreender e combater esse fenômeno, ela não consegue abarcar por completo a complexidade e a profundidade desse problema. Isso ocorre porque, para compreender plenamente a violência obstétrica, é imprescindível considerar o contexto histórico e social em que ela se insere. Ao longo da história, as mulheres sempre enfrentaram diversas formas de abuso e desrespeito durante o parto, e muitas dessas práticas foram encobertas ou naturalizadas por séculos, o que dificulta o reconhecimento pleno da violência obstétrica na contemporaneidade. Vera Laconelli diz que:

> As mulheres não conseguem reconhecer a violência, pois já estão muito ligadas a um certo lugar da mulher na cultura. A mulher está acostumada ao corpo dela ficar muito à mercê do outro. Só na medida em que elas descobrem que o parto poderia ser de outra forma é que compreendem o que sofreram (LACONELLI, 2017, p. 3)

Ademais, é fundamental entender que a luta contra a violência obstétrica é parte de um movimento social mais amplo, que busca garantir o respeito aos direitos das mulheres. Com o avanço da conscientização, hoje temos uma maior visibilidade para essas questões, e isso se reflete na forma como a sociedade passa a reconhecer e punir tais abusos. Ainda que a legislação específica seja limitada, a integração desses abusos em outras esferas legais é um passo importante para a proteção das

vítimas. Os autores Nazário L. e Hammarstrom entendem por violência obstétrica o seguinte:

> Amarrar a parturiente na maca e não permitir que ela se movimente, utilizar meios farmacológicos sem autorização, induzir o parto, não deixar que a mulher grite ou converse, obrigar a mulher a permanecer na posição supina durante o parto normal, bem como mantê-la por horas na sala de recuperação longe de seu filho (NAZÁRIO; HAMMARSTROM, 2014, p. 16).

Outrossim, a autora Michelle Gonçalves da Silva, em seu artigo intitulado "Violência Obstétrica na visão de enfermeiras obstétricas", aborda a temática a partir da perspectiva de profissionais que atuam diretamente na assistência ao parto, destacando diversas práticas que podem configurar formas de violência durante o atendimento à mulher no período gestacional e no momento do parto. Nesse sentido, a autora conceitua a violência obstétrica como:

> Procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, como as episiotomias desnecessárias, imobilização física em posições dolorosas, discriminação quanto à etnia da parturiente, exame físico sem privacidade, uso de hormônios sintéticos de forma rotineira e sem critérios para acelerar o parto, expondo a mulher a dores e riscos desnecessários (SILVA, 2014, p. 3209).

Ademais, Ana Cristina Duarte ainda explana sobre os alguns atos que se caracterizam como violência obstétrica:

> Fazer uma mulher acreditar que precisa de uma cesariana quando ela não precisa, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados (o bebê é grande, a bacia é pequena, o cordão está enrolado); submeter a mulher a uma cesariana desnecessária, sem a devida explicação sobre os riscos que ela e o bebê estão correndo (complicações da cesárea, da gravidez subsequente, risco de prematuridade, complicação para médio e longo prazo para mãe e bebê). (DUARTE, 2013, p. 56).

Ao ampliarmos o debate sobre a violência obstétrica, promovemos não apenas a proteção das mulheres, mas também a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. A conscientização e a educação desempenham um papel crucial nesse processo, pois permitem que as mulheres identifiquem e enfrentem essas práticas abusivas, garantindo, assim, um ambiente de parto mais seguro e respeitoso. A ampliação desse entendimento é um passo fundamental para a construção de um futuro em que todas as mulheres possam ter seus direitos respeitados e protegidos.

2.2 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS PRÁTICAS DE PARTO

Ao longo dos anos, é possível perceber que houve diversas modificações relacionadas ao modo de nascimento de uma criança, e que todas essas alterações devem proteger a dignidade da mulher nesse momento de fragilidade. Os registros históricos das práticas de parto da antiguidade são de mulheres sentadas, ajoelhadas ou de pé dando à luz, e além disso, haviam vários outros meios, como a cadeira obstétrica, que se trata de um instrumento para auxiliar a mulher na hora do parto, que poderia ser mais simples ou mais luxuosa, dependendo de quem iria utiliza-la, ou seja, das condições econômicas de cada família. Além disso, era comum ter esse instrumento em casa, tendo em vista que os partos eram realizados na residência da gestante.

As cadeiras obstétricas desenvolvidas pelo médico Dr. Cláudio Paciornik continuam presentes em algumas instituições de saúde no Brasil, preservando sua proposta original de oferecer à gestante maior liberdade de movimento e conforto durante o trabalho de parto. Esse equipamento permite que a mulher adote posições mais fisiológicas e ativas no momento do nascimento. Um dos exemplares ainda em uso encontra-se na Maternidade Santa Fé, em Belo Horizonte, onde a cadeira permanece em funcionamento desde a década de 1980.

Em épocas passadas, a assistência ao parto era realizada, predominantemente, por mulheres mais experientes da comunidade, conhecidas como parteiras. Elas desempenhavam um papel fundamental no acompanhamento da gestante, orientando-a durante o trabalho de parto e conduzindo o nascimento sempre que não houvesse complicações, tudo isso sem o apoio de recursos tecnológicos ou instrumentos médicos. Além da atuação direta no parto, as parteiras também ofereciam suporte no período pós-natal, auxiliando nos afazeres domésticos, proporcionando cuidados à puérpera, que se encontrava fisicamente fragilizada, e estendendo sua atenção ao recém-nascido. Segundo Neuma Zamariano:

> No século XIX a vivência do parto e tudo o que nele ocorria era aceito pelas mulheres como uma fatalidade, algo do qual não se podia fugir. Era uma vivência privada da mulher que paria com o apoio de outras mulheres, que faziam todos os esforços para que a parturiente tivesse o maior conforto possível durante o evento. Havia uma cultura de solidariedade feminina profundamente associada ao processo de nascer, o que lhe conferia o status de ser esse um evento doméstico, onde a dor podia ser inevitável, mas o entorno era de apoio e compreensão (ZAMARIANO, 2010, p. 25).

Como se tratava de uma atuação exclusivamente feminina, a presença de médicos do sexo masculino era, em geral, limitada e só se fazia necessária em situações de complicações graves, quando as habilidades da parteira se mostravam insuficientes para garantir a segurança da mãe e do bebê. Esse contexto ressalta não apenas a importância da sabedoria tradicional feminina, mas também evidencia a evolução da obstetrícia como uma especialidade médica.

Historicamente, a ausência de equipamentos adequados e de conhecimentos médicos especializados resultava em elevadas taxas de mortalidade materno-infantil. Muitas mulheres e seus filhos não sobreviviam ao parto, em grande parte devido à falta de assistência adequada e ao desconhecimento sobre o cuidado pré-natal. A carência de monitoramento e de intervenções médicas fazia com que complicações, como o prolongamento do trabalho de parto, frequentemente resultassem na morte fetal intrauterina ou na morte neonatal. Além disso, em gestações gemelares, a falta de cuidados especializados muitas vezes levava à perda de um dos fetos, em decorrência do atraso na chegada da parteira ou da ausência de monitoramento adequado.

Atualmente, essas situações são muito menos comuns, graças ao avanço do conhecimento médico, ao acompanhamento pré-natal e à tecnologia moderna, como a ultrassonografia, que permitem um monitoramento mais preciso da saúde materna e fetal. Dessa forma, a experiência e o conhecimento das parteiras foram, ao longo do tempo, complementados e aprimorados, resultando em um cuidado obstétrico muito mais seguro e eficaz.

Ao refletir sobre o contexto histórico da assistência ao parto, é evidente que as práticas contemporâneas representam um avanço significativo em relação ao passado. Hoje em dia, as abordagens de parto são cuidadosamente planejadas para oferecer o máximo de conforto, segurança e bem-estar tanto para a mulher quanto para o bebê. Esse cuidado é essencial, especialmente em um momento tão delicado e vulnerável, como é o parto, em que a mulher se encontra especialmente sensível, tanto física quanto emocionalmente.

É possível observar uma ampla variedade de modalidades de parto, cada uma adaptada às necessidades e preferências da gestante. Destacam-se, por exemplo, o parto humanizado, que valoriza a experiência da mulher e respeita suas escolhas; o parto normal, que busca uma abordagem menos intervencionista; a cesariana, indicada em casos específicos; e o parto domiciliar, que permite um ambiente mais

íntimo e familiar. Essas modalidades refletem um compromisso com a personalização do cuidado e o respeito pela autonomia da mulher.

É importante ressaltar a evolução no manejo da dor. Antigamente, a dor do parto era uma realidade intensa, pois não havia recursos anestésicos disponíveis. Hoje, a medicina moderna conta com uma ampla gama de técnicas anestésicas, que permitem um controle muito mais eficaz da dor, proporcionando alívio e conforto para a mulher durante o parto. Isso, aliado à capacitação dos profissionais de saúde, garante um ambiente seguro e acolhedor.

Ademais, a presença do cônjuge no momento do parto, tem a possibilidade de o parceiro acompanhar a gestante contribui para um ambiente mais tranquilo e emocionalmente positivo, reforçando o suporte afetivo e a segurança da mulher durante esse momento tão especial.

2.3 RECONHECIMENTO DO TERMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

A inserção do termo “Violência Obstétrica” (VO) no Brasil inspirou-se nos países latinos, tendo em vista que sua origem veio da Venezuela, e iniciou-se no século XXI, na época em que existiam muitas práticas realizadas de maneira equivocada e sem nenhuma sustentação teórica, ou algo que assegurasse tais atos, além do nível de cesarianas realizadas de maneira inadequadas, colocando em risco a vida da criança, bem como da mãe.

De acordo com Souza (2022), durante a década de 1980, no Brasil, surge o debate acerca desse tema, contextualizado por Diniz, em que houve diálogos entre feministas, e neles citavam o fato dos reflexos de estudos desenvolvidos, que tratavam de questões como partos violentos. Ademais, o fato mais comum entre as gestantes é a falta de informação, o que acaba as deixando a mercê de esclarecimentos prestados pelos próprios profissionais da saúde, em que, por vezes, dizem dados incoerentes apenas para estar confortáveis e realizarem o que bem entenderem, deixando as mulheres sem opção de realizar qualquer objeção, tendo em vista que tudo o que sabem são os informes que receberam do corpo clínico.

Esses relatos são esclarecidos de maneira ríspida e grosseira, gerando um sentimento de medo nas gestantes, que já estão passando por um momento completamente delicado e sensível, fazendo com que elas deixem de perguntar alguma dúvida por medo da maneira como serão respondidas ou tratadas.

Por volta do ano de 1999, surgiu no Brasil um projeto de auxílio obstetrício que foi orientado pela OMS, o Centro de parto normal. Esse centro procurava transformar os atendimentos inadequados, trazendo dignidade, conforto e segurança às gestantes nesse momento tão íntimo e delicado que é o parto de um filho, realizando-o em um ambiente tranquilo e que não lhe causasse nenhum receio.

Nas décadas de 1980 e 1990 houveram grandes movimentações acerca do tema, vários grupos de feministas organizaram-se com o intuito de findar a VO. Instaurou-se por diversas partes do Brasil, ganhando ainda mais forma com o Rehuma (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento), uma organização que tinha o objetivo de oferecer práticas que acolhessem e respeitassem o processo natural de dar à luz, defendendo que o mais importante é a opinião da mulher, o respeito às suas escolhas, e a diminuição de práticas excessivas. Segundo Sena e Tesser (2017), tais posicionamentos foram facilitados e fortalecidos com a vinda da rede mundial de computadores ao país, juntamente com suas ferramentas que contavam com o ciberativismo.

Cabe ressaltar aqui que a VO é um desrespeito que infringe os direitos das gestantes, tendo em vista que sua autonomia de vontade e opinião sobre o seu corpo são interrompidas. Isso faz gerar um ciclo vicioso entre os profissionais que praticam esses atos, tendo em vista que, por estarem vulneráveis e tendenciosas ao medo, acabam não expondo essas situações terríveis, causando uma certa segurança aos clínicos, pois entendem que essa dinâmica nunca será descoberta, e que poderão continuar realizando essas ações quando bem entenderem.

2.4 DOS ATOS MÉDICOS COMUMENTE PRATICADOS QUE PODEM SE ENQUADRAR COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Um dos procedimentos mais conhecidos e frequentemente discutidos no contexto da violência obstétrica é a Manobra de Kristeller, técnica criada por volta de 1867 pelo médico ginecologista Samuel Kristeller. O método surgiu em um período em que a obstetrícia buscava formas de acelerar o trabalho de parto e reduzir complicações associadas a partos prolongados.

A manobra consiste na aplicação de forte pressão sobre o fundo do útero da parturiente, geralmente realizada com as mãos, antebraços ou até mesmo com o peso do corpo do profissional de saúde, com o objetivo de empurrar o bebê em direção ao

canal de parto e, assim, acelerar o nascimento. Entretanto, apesar de ter sido amplamente utilizada em determinados períodos da prática obstétrica, atualmente essa técnica é alvo de diversas críticas por parte de especialistas e organizações de saúde, uma vez que pode causar riscos tanto para a mãe quanto para o bebê, como lesões uterinas, fraturas de costelas, sofrimento fetal e outras complicações.

Por essa razão, em muitos protocolos de assistência ao parto humanizado, a realização da Manobra de Kristeller é desencorajada, sendo frequentemente mencionada em estudos e debates como um exemplo de prática que pode se enquadrar como violência obstétrica quando realizada sem indicação clínica adequada ou sem o consentimento da mulher.

Contudo, essa prática passou a ser realizada de maneira corriqueira, e em muitas das vezes, ocorriam sem a autorização da gestante, ou seja, ela tinha condições de realizar o parto vaginal de maneira habitual, e ainda assim, era realizada essa prática. Vejamos como se dá essa manobra:



Figura 01 - Fonte: Shutterstock / Getty Images (imagem ilustrativa).

Essa prática não é orientada tendo em vista que não há nenhum benefício que comprove o seu uso, e pode causar danos à mulher, como hemorragias intensas, fraturas na coluna e ruptura de útero. Além disso, também pode causar danos ao bebê, lavando em consideração que pode ocasionar a diminuição do oxigênio e lesões físicas. Ademais, esse procedimento muitas vezes é feito sem a autorização da gestante, quando na verdade a equipe clínica deve informar todos os métodos que serão realizados à paciente, para que não haja mal-entendidos ou qualquer outro problema. Trata-se, muitas vezes, de se resguardar, se por ventura chegar a ocorrer algo dessa natureza.

É importante ressaltar que a informação é algo fundamental em casos assim, tendo em vista que a falta dela pode ocasionar um problema gravíssimo. Assim, as gestantes devem se manter informadas com relação ao assunto, da mesma forma que os profissionais de saúde também precisam estar atentos e atualizados de suas funções e deveres, para acontecer tudo como deve ser.

Nesse contexto, a OMS elaborou regras que devem ser cumpridos no período pré-parto, para que no grande momento tudo ocorra adequadamente. Essas normas têm como objetivo garantir a dignidade e opinião da mulher, como também evitar e, evidentemente, diminuir a intervenção equivocada de equipes clínicas que corroboram para o fim drástico, apoiando práticas que podem comprometer a saúde da mãe e do filho, resultando, inclusive, na morte de ambos, apenas para acelerar o trabalho de parto e acabar o serviço mais rápido.

Além da prática explicada anteriormente, pode-se expor também a Episiotomia, que se trata de um método que tem como objetivo alargar a parte inferior da vagina, no parto vaginal, para assim facilitar a passagem do bebê, diminuindo o trabalho e ganhando mais tempo. Na maioria das vezes, esse método é realizado sem a autorização da mulher, tendo em vista que ela só sabe o que ocorreu após o feito, não tendo o direito de opinar sobre o que houve. A prática de Episiotomia sem o consentimento da gestante pode ser considerada como VO.

Essa prática só poderia ser realizada de maneira excepcional, e não rotineiramente. Porém, muitos médicos a utilizam como forma de rapidez, facilitando seu trabalho, pensado em seu tempo de descanso ou lazer, sem se importar com a real situação das vidas que estão sob sua responsabilidade. Passemos a analisar como ocorre essa prática:

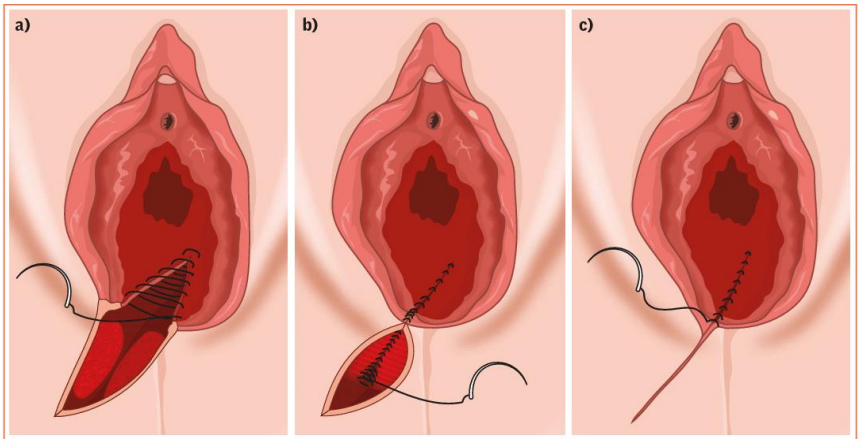


Figura 2 – Fonte: Adaptado de banco de imagens científico, 2026.

Diante da imagem exposta, pode-se perceber que se trata de um método extremamente desconfortável para a mulher, que pode lhe causar dor e sangramentos, podendo ocasionar até uma hemorragia. Muitas mulheres que passam pela episiotomia desconhecem o método, e frequentemente são induzidas por informações errôneas ou meias palavras, declarando que é algo necessário, apenas para que o procedimento seja realizado sem qualquer oposição, simplificando sua argumentação.

Ademais, se pode ainda discorrer sobre o exame de toque vaginal, que se feito em excesso pode ser considerado VO. Tal procedimento é realizado ao introduzir um ou dois dedos a vagina da mulher grávida, para avaliar a dilatação ou a condição do colo do útero, ou apenas verificar alguma possível anormalidade. Porém, se realizado em excesso, pode oferecer alguns riscos à saúde da mulher, como dor e desconforto, tendo em vista que se trata de um exame invasivo e desconfortável. Além disso, também pode aumentar o nível de infecções, que é algo completamente prejudicial nesse período de gestação. Outrossim, o ato feito em excesso, não raramente, é feito sem o consentimento da mulher, ou sem qualquer explicação do que está ocorrendo. Vejamos:

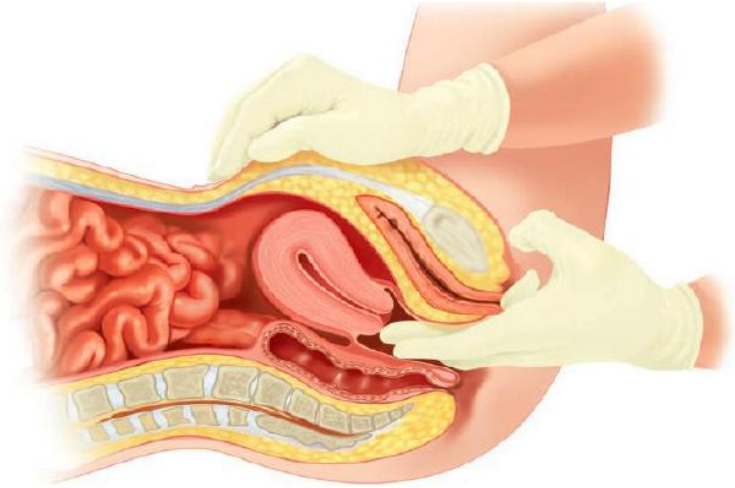


Figura 3 - Fonte: Carolyn Jarvis. Exame físico e avaliação de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier.

3 FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Nesta seção, será abordado a violência obstétrica que pode manifestar-se de diferentes formas, sendo geralmente classificada em violência física, psicológica e material. A violência física refere-se a práticas realizadas no corpo da mulher sem necessidade clínica ou sem o seu consentimento informado, como episiotomias desnecessárias, realização da manobra de Kristeller, uso indiscriminado de ocitocina ou intervenções dolorosas durante o trabalho de parto.

No que concerne à violência psicológica, esta ocorre por meio de atitudes que causam humilhação, medo ou constrangimento à parturiente, como comentários ofensivos, ameaças, culpabilização da mulher pela dor do parto ou pela gravidez e a negação de informações sobre os procedimentos que estão sendo realizados. Já a violência material está relacionada à negligência ou à falta de acesso a recursos e condições adequadas de atendimento, como a recusa injustificada de atendimento médico, a ausência de infraestrutura hospitalar adequada ou a cobrança indevida por serviços que deveriam ser garantidos pelo sistema público de saúde.

No Brasil, diversos casos de violência obstétrica ganharam grande repercussão social e midiática, contribuindo para ampliar o debate público sobre os direitos das mulheres durante o parto e a necessidade de humanização da assistência obstétrica. Esses casos evidenciam situações em que mulheres foram submetidas a procedimentos sem consentimento, sofreram negligência médica ou foram tratadas de forma desrespeitosa durante o trabalho de parto e o pós-parto. A divulgação dessas ocorrências, muitas vezes por meio da imprensa, redes sociais e ações judiciais, tem impulsionado discussões acadêmicas, jurídicas e políticas acerca da responsabilização dos profissionais de saúde e da criação de políticas públicas voltadas à prevenção desse tipo de violência.

No estado da Paraíba também foram registrados casos que chamaram a atenção para a ocorrência de violência obstétrica no âmbito dos serviços de saúde. Entre eles, destacam-se os episódios envolvendo Ruth Iaponira da Silva, Fernanda Morais e Danielle Morais, que trouxeram à tona denúncias relacionadas à negligência no atendimento obstétrico e a possíveis falhas na assistência prestada durante o parto. Esses casos tiveram grande repercussão local e contribuíram para mobilizar a sociedade, órgãos de defesa dos direitos humanos e instituições públicas na busca por esclarecimentos e responsabilização dos envolvidos.

3.1 A DIFERENCIAÇÃO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: FÍSICA, PSICOLÓGICA E MATERIAL

O parto é um momento de extrema relevância e delicadeza na vida da mulher. Dado o caráter sensível desse período, é necessário que o processo seja conduzido com o máximo de humanização. As mulheres, nesse contexto, encontram-se frequentemente em um estado de vulnerabilidade, sensibilidade e entrega, focalizadas unicamente na realização do nascimento de seu filho.

Frente a tal problemática, é fundamental que o atendimento prestado pelos profissionais de saúde seja absolutamente humano e respeitoso, de modo a assegurar que esse momento não se transforme, como lamentavelmente ocorre em muitos casos, em uma experiência triste e traumática, ao invés de um momento de alegria e celebração.

A violência obstétrica pode se manifestar de diversas formas, uma das mais recorrentes dentre elas está a violência obstétrica (VO) física, que se evidencia por empurrões, apertões, tapas ou qualquer outro tipo de agressão ao corpo da mulher gestante. Esses atos podem causar dor, sangramentos, hematomas etc., e são considerados como violência, pois desrespeitam o corpo da mulher, causando-lhe desconforto e comprometendo a sua saúde nesse momento tão sensível e comprometido.

Uma das formas de VO física que se pode exemplificar é a prática da manobra de Kristeller, já citado anteriormente, que consiste em fazer pressão na barriga para baixo com o apoio das mãos e dos cotovelos, para que assim o parto aconteça de maneira mais rápida. Segundo Passos (2020), essa prática é considerada danosa, tendo em vista que só causará mais dor e sofrimento à gestante, sem qualquer benefício.

Além desse procedimento, pode-se falar também o ato da Episiotomia, que também foi tratado e explicado no capítulo anterior, que se trata de um corte na região da vagina para que a criança saia com maior facilidade e que, muitas vezes, é realizada sem anestesia. Para a realização dessa prática, muitos órgãos do corpo são afetados, como os músculos, vasos sanguíneos etc. Isso pode causar uma hemorragia e, consequentemente, uma infecção, além de causar, ainda, dores durante relações sexuais.

A outra forma é a violência psicológica, que consiste em ofensas proferidas contra a mulher grávida, que causam sentimentos de vulnerabilidade, medo, culpa e inferioridade, ocasionando um trauma para o resto da vida. Expressões como: *"Na hora de fazer estava bom, né?", "Você está fazendo drama!", "Se não colaborar, o bebê vai morrer!".* Assim, considera-se VO psicológica todo ato que provoque na mulher sensibilidade emocional, ocasionando problemas psicológicos que prejudiquem o seu desenvolvimento pessoal e em sociedade.

A terceira e última prática de violência que será tratada neste capítulo é a material, ocasionada pela suspensão dos direitos da mulher enquanto gestante dentro da instituição de saúde. Pode-se citar, como exemplo, a negativa dos procedimentos que serão realizados, a falta de atendimento ou negligência ou o impedimento da presença de um acompanhante, algo que é assegurado pela Lei nº 11.108/2005. Vejamos:

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

Nessa perspectiva, o dispositivo da Lei garante que a mulher grávida possua direito a 1 (um) acompanhante durante todo o momento do parto. Essa garantia provoca na gestante um sentimento de segurança e tranquilidade enquanto está passando por esse episódio tão delicado se sua vida, e que lhe deixa tão fragilizada. Além disso, esse acompanhante deverá ser indicado por ela, como diz a lei. Assim, poderá ser o seu companheiro, irmão, pai, etc., desde que sua escolha seja acolhida e realizada.

3.2 CASOS EMBLEMÁTICOS NO BRASIL

Apesar dos muitos casos que são encobertos ou não são denunciados, existem outros que ganharam visibilidade na internet e que ocasionaram, de alguma forma, na punibilidade dos acusados.

3.2.1 Caso Layane Martins

Em agosto de 2023, houve o caso de Layane Martins, ocorrido em Goianésia (GO), que evidencia de maneira clara a gravidade da violência obstétrica no Brasil e as consequências físicas e emocionais para as mulheres e seus filhos. Durante o parto de sua filha Helena, Layane relatou que a criança padeceu de sofrimento fetal por quase uma hora e não resistiu, enquanto ela enfrentava negligência e falta de suporte adequado por parte da equipe de saúde.

Segundo a própria mãe, *"Quero justiça, não só pela minha filha, mas por todas as mães"* como é citado na Câmara dos Deputados (2024). Esse caso ilustra como atos ou omissões praticadas por profissionais da saúde durante o período gestacional e parto podem gerar danos irreparáveis, reforçando a necessidade de políticas públicas de prevenção, responsabilização penal e humanização do atendimento obstétrico, garantindo o respeito à dignidade da pessoa humana e aos direitos das gestantes.

3.2.2 Caso Médica Anna Beatriz Herief

Em 20 de abril de 2025, o portal G1 divulgou uma reportagem abordando relatos feitos por diversas mulheres que afirmaram ter sido vítimas de violência obstétrica praticada pela médica Anna Beatriz Herief, popularmente conhecida como Bia Herief. A profissional, que atuava como obstetra e como influenciadora digital, construiu grande visibilidade nas redes sociais ao defender com veemência o parto humanizado e ao questionar a necessidade de cesarianas em grande parte dos casos.

Graças à notoriedade conquistada na internet, muitas de suas seguidoras passaram a procurá-la como referência e, posteriormente, como pacientes, acreditando que encontrariam um atendimento acolhedor, seguro e alinhado às práticas humanizadas que ela propagava publicamente. No entanto, segundo os depoimentos apresentados na matéria, a expectativa de um cuidado respeitoso foi substituída por experiências profundamente traumáticas.

De acordo com o relato das informantes, o que deveria constituir um momento de tranquilidade, proteção e respeito aos direitos reprodutivos acabou se convertendo, para inúmeras mulheres, em um cenário de sofrimento, insegurança e revitimização, caracterizando um grave quadro de desrespeito ético e potencial violência obstétrica. Uma de suas pacientes, chamada Isadora, relatou: *"Eu vi que ela tinha aplicado a ocitocina, que é um hormônio que aumenta, intensifica as contrações uterinas, sem o*

meu consentimento. Então, enquanto eu estava lá pedindo socorro, implorando para analgesia, dizendo que eu não aguentava mais, que eu queria uma cesariana, ela 'tava' lá fazendo aquilo que estava intensificando as minhas dores."

Outra paciente, chamada Roberta, afirma que após várias horas tentando forçar o parto normal, sua filha nasceu de uma cesariana, e citou, na ocasião: *"Parece que a minha costela está quebrada, eu tinha dificuldade para respirar".* Dias depois, ela retornou para realizar uma tomografia, e foi desvendado o que havia sido realizado na cirurgia*: "Costuraram a minha artéria no meu ureter, né? Ureter é onde liga o rim à bexiga. Então, ali foi costurado. Eu sinto dores e são coisas que vou carregar pra sempre."*

Ademais, a paciente Larissa foi também vítima da médica obstétrica e foi diagnosticada com pré-eclâmpsia, assim como seu bebê, que também foi afetado. O trabalho de parto durou cerca de doze horas, mas a médica decidiu usar um aparelho para puxar a criança. No manual do aparelho, recomendava-se, no máximo, 3 tentativas para retirar o bebê, porém, não foi o que aconteceu, tendo em vista que o prontuário de parto de Larissa confirmou que foram 7 tentativas. Larissa afirma: *"Ele nasceu morto, eu percebi que alguma coisa tinha dado terrivelmente errado, porque eu vi as médicas gritando pedindo adrenalina, iniciar uma manobra para ressuscitar ele".*

3.2.3 Caso Shantal Verdelho

O site CNN Brasil publicou em seu portal uma nota intitulada "Médico Renato Kalil é investigado por violência obstétrica após denúncia", na qual relata os desdobramentos de uma acusação feita pela influenciadora digital Shantal Verdelho. A denúncia decorre de sua experiência durante o parto de sua filha, ocasião em que, segundo a vítima, teria sido submetida a diversas formas de violência obstétrica praticadas pelo médico responsável pelo atendimento, Renato Kalil.

De acordo com a denunciante, o profissional teria adotado uma postura agressiva e desrespeitosa, manifestada por meio de xingamentos, humilhações e comentários ofensivos, que ultrapassariam completamente os limites éticos e técnicos esperados na condução de um parto. Além disso, a influenciadora também o acusa de ter tentado aplicar a manobra de Kristeller, técnica considerada inadequada,

invasiva e potencialmente perigosa, sendo repudiada pelas principais diretrizes de boas práticas obstétricas.

É importante destacar que Shantal não percebeu de imediato a total gravidade da situação, tendo inicialmente compreendido parte das condutas como inerentes ao momento de tensão do parto. Contudo, ao assistir posteriormente à gravação completa do procedimento, feita por familiares, conseguiu identificar de forma clara os abusos sofridos. A partir dessa análise minuciosa, concluiu que havia sido vítima de condutas que se configuram como violência obstétrica, o que a motivou a formalizar a denúncia e dar início ao processo investigativo.

De acordo com a denunciante: *"Quando a gente assistia ao vídeo do parto, ele (Renato) me xingava o trabalho de parto inteiro. Ele fala: 'porr*, faz força. Filha da mãe, ela não faz força direito. Viadinha. Que ódio. Não se mexe, porr*'"*. Apesar dos fatos e vídeos, o médico nega os acontecimentos e afirma que o que foi dito pela influenciadora são relatos mentirosos.

3.2.4 Caso do médico anestesista Giovanni Quintella Bezerra

O site CNN Brasil publicou, em 09 de junho deste ano, uma matéria intitulada “Ex-anestesista é condenado por estupro contra duas pacientes no Rio”, abordando um caso de extrema gravidade ocorrido na Baixada Fluminense, no estado do Rio de Janeiro. A reportagem descreve a atuação criminosa de um médico anestesista que foi acusado de estuprar duas pacientes grávidas durante procedimentos obstétricos.

As vítimas encontravam-se dopadas em razão da sedação necessária para a realização da cesariana, o que as deixou em completa situação de vulnerabilidade física e impossibilitadas de reagir ou sequer perceber, naquele momento, o teor das agressões sofridas. De acordo com a notícia, o anestesista aproveitava-se justamente do momento em que a equipe médica estava concentrada na realização da cirurgia para cometer os abusos sexuais, valendo-se da confiança depositada na posição que ocupava dentro da equipe de saúde.

Desse modo, a conduta só foi descoberta porque profissionais do próprio hospital, desconfiados de atitudes inadequadas e movidos pela necessidade de proteger as pacientes, decidiram registrar em vídeo o procedimento. As gravações evidenciaram os atos criminosos, permitindo que o médico fosse preso em flagrante. O ex-médico anestesista foi condenado a 30 anos de prisão, em regime fechado, pela

2ª Vara Criminal de São João de Meriti. Além da pena, ele deverá pagar o valor de R$50 mil reais de indenização a cada vítima.

3.3 CASOS OCORRIDOS NA PARAÍBA

Em 2023, foi realizada uma pesquisa pelo enfermeiro Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca, professor da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), com o tema “Medo, desamparo e solidão: impactos da violência obstétrica em gestantes adolescentes do Nordeste.” Essa pesquisa teve como objetivo analisar os casos de VO praticados contra adolescentes quando tiveram seus filhos em maternidades públicas nas cidades de Campina Grande e João Pessoa.

A amostra da pesquisa foi formada por 20 gestantes e puérperas (período após o parto até que o organismo da mulher volte às condições de pré-gestação) na faixa etária entre 11 e 19 anos, usuárias das duas maiores maternidades públicas de João Pessoa e Campina Grande, na Paraíba. Fonseca e Safra (2023) ressaltam que a coleta de dados foi feita por meio de entrevistas estruturadas, em duas fases, uma durante o período da internação, e a outra, quatro meses depois, cujo objetivo foi avaliar os impactos da violência obstétrica nas entrevistadas.

Nesse contexto, os resultados apontaram que a maioria das entrevistadas se declararam pretas ou pardas, estavam em união estável, com renda abaixo de um salário-mínimo, tinham baixa escolaridade e eram residentes no interior do Estado. Segundo Fonseca e Safra (2023), os sentimentos de medo, desamparo e solidão estiveram presentes na maioria das falas das mães adolescentes. Um grande número delas disse ter medo de uma nova gestação e um novo parto.

Ainda nesse sentido, após a abordagem nacional, vejamos agora a delimitação do tema no estado da Paraíba, principalmente nos municípios de Itabaiana, Patos e Campina Grande, cidades consideradas de pequeno, médio e grande portes, respectivamente.

3.3.1 Caso Ruth Iaponira da Silva

A jovem Ruth, de apenas 17 anos, faleceu na Maternidade Frei Damião, em João Pessoa em decorrência de um parto realizado na cidade de Itabaiana. Ela residia em Pedras de Fogo, também na Paraíba, na área rural do município. Segundo relatos

de seu esposo, Pedro da Silva Jordão, Ruth já sentia dores há uma semana, e decidiram procurar uma maternidade, porém, não foi tão fácil como pensavam. Ele, afirmou que foram a três maternidades e nenhuma quis aceitá-la como paciente, alegando que a dilatação era mínima, e que ela deveria voltar para casa. Com poucos dias, ela começou a sentir fortes dores e foi levada para o hospital de Pedras de Fogo, onde foi atendida. Nesse sentido, Pedro diz:

> “Quando chegamos lá, a gente foi atendido, e Ruth não conseguia se levantar, ela foi na maca. Ela sentia muita dor mesmo. A médica fez um exame de toque e viu que Ruth estava com seis centímetros de dilatação. Eu pedi para que ela fosse encaminhada para fazer uma cesárea. A médica não quis e resolveu fazer o parto no hospital de Pedras de Fogo. Tentou de tudo para fazer o parto em Pedras de Fogo, e não conseguiu. Passou para Itabaiana. No hospital de Itabaiana, Ruth fez um bocado de exercícios para ter o bebê, quando ela teve o bebê, o doutor usou aquelas colher para puxar o bebê pela cabeça, usou uma bombinha para a passagem dela. Aí Ruth teve uma sequência de hemorragia, tanto da dilaceração que ela teve [no períneo] quanto no útero. Ela foi para o bloco cirúrgico e ficou lá um bom tempo. Lá, ela teve parada cardíaca” (BRASIL DE FATO, 2025, s.p.).

Tendo em vista o que foi relatado por Pedro, ela não tinha mais forças para realizar um parto normal, porém, a médica não se importou com isso e resolveu tentar, ao invés de realizar uma cesariana, resultando, assim, num parto forçado. Ademais, o que o marido da jovem diz como “aquelas colheres para puxar o bebê”, trata-se de um fórceps obstétrico, que geralmente não é mais utilizado, e que por esse motivo, muitos médicos não sabem como utilizá-lo. Após o estado de saúde da jovem ter se acentuado, ela foi transferida para a maternidade Frei Damião, em João Pessoa, onde veio a óbito. Acrescenta-se ainda:

> “Na segunda-feira, 7h da manhã, eu recebi a certidão de óbito de Ruth. Teve negligência médica, tanto os médicos de Itabaiana quanto de Pedras de Fogo queriam fazer aquelas massagens em cima, forçando a barriga dela, uma manobra perigosa, e isso também é violência obstétrica. Eu fiquei pedindo a eles, nos dois hospitais, para fazer uma cesárea porque ela não estava mais aguentando, mas eles não ligaram para a minha opinião. Eu quero justiça.” (BRASIL DE FATO, 2025, s.p.).

É relevante mencionar que a manobra que Pedro afirmou ter sido realizada se trata da manobra de Kristeller, já citada nos capítulos anteriores, que consiste no ato de forçar a barriga da mulher utilizando as mãos e os braços. Essa prática não é recomendada pela OMS, tendo em vista que não oferece nenhum benefício, apenas provoca mais sofrimento e pode ocasionar na morte da criança, além de ser

considerada como manobra agressiva pelo Conselho Federal de Enfermagem. Infelizmente, Ruth veio a óbito, porém, o bebê nasceu vivo com uma fratura na cabeça, em virtude do uso de fórceps. Ele recebeu o nome de Bryan Lucca.

3.3.2 Caso Fernanda Morais

Em 2023, a jovem Fernanda Morais procurou o portal jornalístico Patos Online para expor que sofreu VO durante o parto de sua filha, Maya Maria. Fernanda reside em Patos, na Paraíba, e o episódio ocorreu na referida cidade, na maternidade Dr. Peregrino Filho. Ela relata que foi ao hospital no dia 06 (seis) de maio de 2023, após sentir contrações. Ao dar entrada na unidade, após o exame de toque, apresentou 03 (três) centímetros de dilatação, sendo orientada a continuar no local.

Desse modo, por volta das 17 horas sua bolsa estourou, ela começou a passar mal e foi realizado mais um exame de toque, em que apresentou 04 (quatro) centímetros de dilatação. Assim, a médica pediu para que ela fosse internada e encaminhada para a realização de um parto normal. A vítima diz que ao chegar à sala de parto, as dores começaram a ficar em um nível insuportável, mas que a dilatação que tinha não era suficiente para o procedimento. Além disso, ela conta:

> “A médica que estava me acompanhando, que deveria estar me orientando, dificilmente ia na sala e ‘tava’ uma coisa insuportável já. Eu ‘tava’ sendo orientada pelos enfermeiros, e eu sempre fazia muito esforço, tudo que eles pediam, e chegou uma hora que minha barriga começou a ficar dura e eu não dilatava.” (BEZERRA, 2023, s.p.)

De acordo com os relatos da jovem, ela passou mais algumas horas convivendo com a dor e chegou a implorar para a médica realizar a cesárea, mas a doutora repetiu o discurso anterior. Algumas horas depois, ao ver que o parto normal não iria acontecer e com os batimentos da bebê caindo, o enfermeiro informou que ela iria para a sala de parto e tentariam tirar a criança com urgência. Fernanda acrescentou:

> “Ele me levou pra sala de parto e disse que teria que tirar ela, ainda de maneira normal, só que não tinha como eu ter ela, porque as contrações não estavam durando, ela não tinha mais força e eu também não tinha mais força, e foi aí onde ele ligou pra médica, desesperado, chamando a mesma." (BEZERRA, 2023, s.p.)

Ainda de acordo com os relatos de Fernanda, quando a médica chegou na sala de parto, a criança estava presa no canal vaginal e não conseguia sair. Foi então que ela tentou retirá-la utilizando o fórceps, mas sem sucesso. Quando conseguiu retirar a bebê, Maya entrou em sofrimento fetal, e precisou de reanimação, dessa forma, ela foi levada à UTI para ser entubada. Ela acrescenta, ainda:

> "Eu nem peguei nela, não tive nem o prazer de ver minha filha chorar. Ela foi reanimada e já foram levando ela pra UTI, 'pra' ser entubada, foi aí que começou o pesadelo nas nossas vidas. Um momento que era 'pra' ser um dos mais felizes da minha vida se transformou num pesadelo, porque o que eu passei ali foi um pesadelo". (BEZERRA, 2023, s.p.)

Cumpre destacar, ainda, que Fernanda teve alta do hospital depois de alguns dias, mas Maya continuou na UTI, porém, logo obteve alta. Mas, o pesadelo iniciou-se novamente, tendo em vista que a criança passou a ter crises convulsivas, assim, sendo levada ao Hospital, foi constatado, por meio de uma tomografia de crânio, que havia uma modificação no lado esquerdo de seu cérebro, e que as crises de convulsões estavam relacionadas à falta de oxigênio sofrida no momento do parto. Fernanda relata, aos prantos:

> "Ela tinha tudo 'pra' ser uma bebê saudável, não fosse pela negligência médica, não fosse a preguiça, pela falta de empatia de uma médica, de uma pessoa que estudou para aquilo, que deveria estar ali não só pelo dinheiro, mas por amor à profissão, até porque é uma vida e ela não sabe o mal que causou à nossa família. Quem é mãe consegue sentir um pouquinho do que 'tô' falando, você ter sua filha nos braços e do nada sua filha começar a convulsionar, sem conseguir dormir, se esticando e gritando, é terrível! [...] Eu só vim aqui contar esse relato pra que vocês não deixem isso passar, pra que outras mães não passem pelo mesmo que estou passando, porque muitas vezes você vê o *storys* de uma médica dessa, a gente pensa que é uma pessoa competente, responsável e não! Quando ela coloca aquela farda, pega naquele celular, é só mais uma que 'tá' entrando ali, se não tiver status, eles não estão nem aí, não são todos, mas nesse caso, sim, foi o que aconteceu." (BEZERRA, 2023, s.p.)

Fernanda relata que a filha sofre de 12 (doze) a 13 (treze) crises por dia, e que mesmo medicada, não consegue dormir, além de precisar realizar duas sessões semanais com fonoaudiólogos e fisioterapeutas bobath. Porém, não havia esse tipo de profissional em Patos, tendo que se deslocar à Campina Grande toda semana para as sessões de Maya.

3.3.3 Caso Danielle Morais

O referido caso foi levado a público pelo marido de Danielle, chamado Jorge Elô, por meio das redes sociais. Jorge relatou que a esposa tomou uma dosagem excessiva de uma medicação para estimular o nascimento do bebê, após ser levada ao Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (Isea), em Campina Grande, na Paraíba. Segundo o pai do bebê, a família soube que o mesmo médico que fazia o pré-natal particular da gestante estaria de plantão naquela noite no Isea.

Nesse sentido, ela foi internada e, naquela madrugada do dia 1º de março, o médico substituiu a medicação por uma intravenosa, o que intensificou as contrações. De acordo com o site de notícias G1 (2025), por volta das 6h do mesmo dia, segundo o relato do pai, duas enfermeiras do hospital atenderam à mãe da criança. Uma constatou que a cabeça do bebê já estava coroada, enquanto a outra aumentou a dosagem da medicação sem, segundo ele, consultar o médico.

Ademais, Jorge relata*: "Ela começou a vomitar e a tremer de frio. Ao procurarmos ajuda, ouvimos que era normal"*. Segundo os relatos do G1 (2025), desesperada, ela implorou para não ficar sozinha, mas as profissionais a abandonaram, alegando ter outras gestantes para atender. "*Nosso médico de confiança havia ido embora do plantão sem sequer nos ver*", afirmou Jorge.

O informante ainda declarou que, quando o trabalho de parto parou de se desenvolver, os profissionais começaram a culpá-la por não estar colaborando, e que após alguns minutos, forçaram a vítima a fazer força, mas que ela havia desmaiado e ficado sem pulso. Foi nesse momento que a levaram à cirurgia.

Para o G1 (2025), Jorge afirma que após esse instante, não obteve mais notícias da esposa, e que quando pode adentrar ao local, viu os médicos retirando a criança já sem vida, e que o médico estava segurando o útero de Danielle em suas mãos. Diz Jorge*: "O médico me entregou o órgão para eu fazer a biópsia do útero e explicou que nunca tinha visto um rompimento daquela forma".* Ele ainda acrescentou:

> Eu estou revoltado, estou com muito ódio, mas, ao mesmo tempo, estou tendo acolhimento de familiares e amigos. A retirada do útero dela dificultou a realização desse sonho novamente. Eles fizeram algo muito grave com a gente. Eu ainda não consegui viver meu luto e entender, sentir. O tempo todo, estou tentando ser forte para cuidar dela, denunciar e conseguir responsabilizar todo mundo envolvido. (G1, 2025, s.p.)

Após alguns dias internada, Danielle sofreu um AVC hemorrágico e veio a óbito, e a Secretaria de Saúde de Campina Grande afirmou, por meio de uma coletiva de imprensa, que a morte da vítima não teria relação com o que houve durante o parto,

mas que ela já tinha outras comorbidades e doenças genéticas que podem ter colaborado para o Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Contudo, o marido de Danielle publicou uma carta nas redes sociais contestando as informações prestadas pela Secretaria de Saúde, afirmando que, desde o início, a família buscou apenas justiça e não uma politização do ocorrido. Ele destaca que o médico particular de Danielle, que também estava de plantão no Isea no dia da morte, acompanhava toda a gestação e tinha pleno conhecimento do histórico de saúde da paciente.

Ademais, a carta questiona a decisão do médico de alterar a forma de administração da medicação e critica a falta de uso de uma bomba de infusão controlada. O viúvo também denuncia a negligência da equipe médica, que ignorou sinais claros de complicações como dores intensas, vômitos e tremores apresentados por Danielle. Outrossim, a amiga de Danielle, Janine Oliveira, relata:

> No início de março, mês das mulheres, recebemos a notícia da violência obstétrica que Dani sofreu. Fechamos o mês com a notícia da sua partida precoce. Dani poderia estar agora com Davi em seus braços, com as preocupações de uma mãe de primeira viagem que sonhava em maternar. Enterramos Davi e hoje, com uma tristeza tão profunda e incredulidade, organizamos o sepultamento de Dani. Dani acreditava no SUS e lutava por ele. Morreu por negligência e descaso de uma equipe de saúde do SUS que fez o oposto do que essa política preconiza. A dor é irreparável. Duas mortes evitáveis. A nós que ficamos, resta continuar a clamar e lutar por justiça para Davi e por Danielle. Para que nunca mais se repita. (BRASIL DE FATO, 2025, s.p.)

Diante dos casos listados e expostos acima, é de grande importância ressaltar que os casos Ruth e Danielle ocorreram no mesmo mês, tornando imperativo reconhecer a gravidade do contexto e a necessidade de uma intervenção imediata. O aumento dos casos de violência obstétrica na sociedade demanda uma abordagem mais rigorosa, tanto na esfera institucional quanto jurídica.

Os profissionais que praticam esse tipo de violência devem, sem dúvida, ser responsabilizados de maneira exemplar. Vale ressaltar que, apesar dos avanços, o arcabouço legal ainda é insuficiente, e os casos continuam a se multiplicar de forma alarmante. Cada vez mais, as famílias se veem diante de uma dor imensurável, que poderia, em muitas situações, ter sido evitada. Por isso, a responsabilização dessas práticas é fundamental, pois, além do sofrimento individual, gera um impacto social que exige atenção e resposta célere.

4. RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Nesta seção, será abordada a responsabilidade dos profissionais da área da saúde, cujo código de ética médica orienta a prática profissional com base em princípios como dignidade humana, sigilo profissional, consentimento informado, competência técnica e responsabilidade na relação médico-paciente. Nesse sentido, o médico deve respeitar a vida, a autonomia e os valores individuais, considerando o paciente de forma integral e priorizando decisões voltadas ao seu bem-estar, com atendimento humanizado e ético, com o sigilo das informações, para obter a confiança e a segurança na relação terapêutica, bem como o consentimento informado, com vistas a assegurar a participação ativa do paciente nas decisões sobre sua saúde.

Nesta perspectiva, a responsabilidade do médico pode ocorrer nas esferas civil, penal e administrativa, quando sua atuação causar danos ao paciente. Assim, a responsabilidade penal surge quando a conduta se enquadra como crime, a exemplo de homicídio culposo, lesão corporal ou omissão de socorro, podendo resultar em sanções como detenção ou multa. No que concerne à responsabilidade civil, esta gera obrigação de indenizar prejuízos materiais, morais ou estéticos decorrentes de erro médico, negligência, imprudência ou imperícia. A responsabilidade administrativa, por sua vez, ocorre quando há violação de normas éticas profissionais, sendo julgada pelos conselhos de medicina, com penalidades que vão de advertência à cassação do registro.

É importante ressaltar que essas responsabilizações estão sendo apuradas pelos Conselhos de Medicina, que podem aplicar penalidades que variam de advertência à cassação do registro profissional conforme destacado por Kfouri Neto (2019). Nesse sentido, o dever jurídico de agir surge da obrigação profissional assumida no atendimento, colocando o médico na posição de garantidor da integridade do paciente, de modo que não haja omissão.

Em casos de omissão, esta pode ser classificada como própria, quando não há prestação de socorro em situações gerais, ou imprópria, quando o médico deixa de agir mesmo tendo dever específico de cuidado. Capez (2023) ressalta que em situações de urgência e emergência, a obrigação de atuação torna-se ainda mais relevante, diante da necessidade de evitar o agravamento do quadro clínico ou o risco de morte do paciente.

Nos processos envolvendo responsabilidade médica, a prova pericial é fundamental para avaliar tecnicamente a atuação do médico e verificar a existência de erro. Diniz (2022) argumenta que a demonstração do nexo causal entre a atuação do médico e o dano sofrido pelo paciente costuma ser complexa, em razão da influência de diversos fatores clínicos e da subjetividade presente nas avaliações técnicas, o que pode gerar divergências entre peritos.

Esses processos também tendem a ser longos e complexos devido à necessidade de análise detalhada e produção de provas especializadas, em que a falta de documentação adequada, como prontuários incompletos ou inexistentes, pode prejudicar a análise do caso e dificultar a defesa do profissional.

4.1 CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E DEVERES PROFISSIONAIS

A noção sobre o código de ética médica gera o princípio da dignidade humana, que constitui fundamento da prática médica, orientando o profissional a respeitar a vida, a autonomia e os valores individuais do paciente, onde esse princípio determina que o médico considere o paciente de forma integral, levando em conta aspectos físicos, emocionais e sociais.

O Projeto de Lei nº 7.633/2014, de autoria de Jean Wyllys, apresenta-se como uma das propostas mais extensas e detalhadas quanto à definição da violência obstétrica, sendo composto por 31 artigos que estabelecem diferentes critérios a serem observados pelos profissionais e pelas instituições de saúde. Destaca-se que o artigo 13, em seu caput e parágrafo único, traz a conceituação de violência obstétrica, definindo-a como:

> Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério. (BRASIL, 2014 – Art 13)

O projeto estabelece como ofensas verbais o tratamento da mulher de forma agressiva ou sem empatia, bem como a utilização de termos que ironizem os

processos naturais do ciclo gravídico-puerperal ou que desvalorizem sua subjetividade, tratando-a como incapaz. Também são consideradas ofensivas as manifestações constrangedoras relacionadas à cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil, situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero ou paridade.

O texto classifica como violência a censura, o deboche ou a repreensão diante de comportamentos que expressem dor física ou psicológica, bem como comentários sobre características corporais ou situações fisiológicas, como obesidade, presença de pelos, estrias ou evacuação, entre outras. O projeto ainda destaca que constitui prática violenta ignorar, desconsiderar ou minimizar queixas e solicitações apresentadas pela mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

Além disso, a legislação em questão prevê que as decisões clínicas devem priorizar o bem-estar do indivíduo, evitando qualquer forma de discriminação ou conduta que viole seus direitos, tendo atendimento humanizado e ético em todas as circunstâncias. Segundo Siqueira (2022), o respeito à dignidade humana exige que o paciente seja reconhecido como sujeito de direitos e participante ativo no processo terapêutico.

Embora não exista atualmente uma lei federal específica que tipifique a violência obstétrica no Brasil, projetos legislativos e normas estaduais conforme o Senado Federal (2022), definem a prática como toda conduta realizada por profissionais de saúde que cause dor, sofrimento, constrangimento físico ou psicológico à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, especialmente quando praticada sem consentimento, em desrespeito à autonomia da paciente ou sem respaldo científico.

A discussão acerca da criminalização da violência obstétrica ganha relevância, especialmente diante do aumento de denúncias e da busca por responsabilização dos profissionais envolvidos. Conforme apontam Silva e Serra (2017), os tribunais brasileiros vêm enfrentando casos relacionados à violação da dignidade da mulher no contexto obstétrico, demonstrando a necessidade de fortalecimento dos mecanismos jurídicos de proteção às gestantes.

Nesse contexto, um dos casos de maior repercussão nacional, já citado neste trabalho, ocorreu em 2021, envolvendo a influenciadora digital Shantal Verdelho, que denunciou ter sofrido violência obstétrica durante o parto realizado pelo médico Renato Kalil. Segundo os relatos divulgados pela paciente, houve agressões verbais,

tratamento desrespeitoso e realização de procedimentos sem o devido consentimento, fatos que repercutiram amplamente na mídia e nas redes sociais, onde o caso trouxe grande debate sobre os limites da atuação médica durante o parto e sobre a necessidade de humanização da assistência obstétrica, além de evidenciar a vulnerabilidade da mulher em situações de atendimento hospitalar.

Outro exemplo são os casos analisados pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) e pelo Supremo Tribunal Federal (STF), envolvendo falhas no atendimento obstétrico, omissões médicas e procedimentos realizados de forma inadequada durante o trabalho de parto. O Poder Judiciário reconheceu a possibilidade de responsabilização civil e penal dos profissionais de saúde, quando demonstrada a violação ao dever de cuidado e aos direitos fundamentais da paciente. De acordo com Velloso e Serra (2016), a crescente judicialização da violência obstétrica demonstra que tais práticas ultrapassam o campo ético e passam a possuir relevante repercussão jurídica, sobretudo diante dos danos físicos e psicológicos causados às mulheres.

Os casos concretos demonstram que a violência obstétrica não constitui situação isolada, mas sim uma problemática social real e recorrente, capaz de gerar graves consequências à integridade física e emocional das gestantes. A ampliação do debate sobre sua criminalização busca fortalecer a proteção dos direitos da mulher, assegurar atendimento humanizado e promover maior responsabilização diante de práticas abusivas no ambiente hospitalar, pois a atuação do Poder Judiciário e a divulgação desses casos contribuem para dar visibilidade ao problema e incentivar mudanças nas práticas obstétricas adotadas no país.

Conforme afirma Siqueira (2022), o paciente deve ser reconhecido como sujeito de direitos e participante ativo do processo terapêutico, cabendo aos profissionais de saúde assegurar um atendimento respeitoso, seguro e livre de qualquer forma de violência. Além disso, a atuação médica deve valorizar a autonomia e a individualidade, orientando a tomada de decisões baseadas no diálogo e no cuidado centrado na pessoa. O Conselho Federal de Medicina (2020–2024) destaca que a dignidade humana deve nortear toda prática profissional, em situações de maior vulnerabilidade.

Ressalte-se, ainda, que o sigilo profissional é um dever ético que certifica a confidencialidade das informações obtidas pelo médico durante o atendimento, onde essa proteção é importante para estabelecer confiança na relação médico-paciente, permitindo que o indivíduo compartilhe dados pessoais e clínicos com segurança. A

quebra do sigilo só é permitida em situações previstas em lei, como risco à saúde pública, determinação judicial ou ameaça à vida, devendo sempre ocorrer com cautela e justificativa. Garrafa e Lorenzo (2021) ressaltam que a confidencialidade é elemento indispensável da prática médica, pois protege a privacidade do paciente e fortalece sua autonomia, pois o médico deve adotar medidas para dar a segurança das informações, inclusive em registros eletrônicos e ambientes institucionais.

Outrossim, o consentimento informado reflete ao paciente o direito de receber informações claras sobre diagnóstico, riscos, benefícios e alternativas de tratamento, pois esse princípio atesta que o indivíduo participe ativamente das decisões relacionadas à sua saúde, podendo aceitar ou recusar procedimentos. O médico deve explicar de forma acessível, esclarecer dúvidas e garantir que o paciente compreenda as implicações da decisão antes de qualquer intervenção.

Nesse sentido, Martins e Silva (2023) afirmam que o consentimento informado deve ser entendido como um processo contínuo de comunicação entre médico e paciente, pois a autonomia do indivíduo deve ser respeitada, inclusive quando houver recusa de tratamento, então a tomada de decisão compartilhada fortalece a confiança e contribui para uma prática médica mais ética e humanizada.

A atuação com competência e zelo exige que o médico mantenha atualização científica constante e utilize práticas baseadas em evidências. Esse princípio envolve responsabilidade técnica, cuidado na execução de procedimentos e acompanhamento adequado do paciente, pois o profissional deve reconhecer seus limites e buscar encaminhamento para outros especialistas quando necessário, garantindo segurança e qualidade no atendimento.

Leite (2021) ressalta que a responsabilidade ética do médico está diretamente relacionada à competência técnica e à atualização profissional contínua, pois a prática médica deve ser pautada em conhecimentos científicos atuais e no cuidado individualizado. Esse zelo profissional inclui atenção às necessidades do paciente e compromisso com a qualidade da assistência, uma vez que a medicina não deve ser exercida como atividade comercial, devendo priorizar o cuidado com a saúde acima de interesses financeiros. Esse princípio proíbe práticas abusivas, indução a procedimentos desnecessários e publicidade enganosa.

Assim sendo, cabe ao médico basear sua conduta em critérios técnicos e científicos, evitando transformar a relação com o paciente em vínculo meramente comercial. Fortes (2020) destaca que a mercantilização da medicina pode

comprometer a ética profissional e a confiança do paciente. A prática médica deve manter caráter humanitário, priorizando o bem-estar do indivíduo.

As contribuições de Leite (2021) ressaltam que a responsabilidade ética do médico envolve postura humanizada e comunicação eficaz com o paciente. O respeito e a empatia são importantes para o cuidado integral, pois a relação médico-paciente deve ser construída com base na confiança e na transparência, bem como no compromisso com o bem-estar do indivíduo, de modo a manter uma comunicação clara, ouvindo o paciente e oferecendo-lhe informações adequadas sobre diagnóstico e tratamento. Essa postura fortalece a confiança, favorece a adesão terapêutica e contribui para melhores resultados clínicos.

A responsabilidade obstétrica do médico está diretamente ligada ao dever de cuidado assumido durante a assistência à gestante, voltado o acompanhamento pré-natal, o parto e o período pós-parto. A atuação do profissional deve observar critérios técnicos, científicos e éticos, sempre voltados à proteção da vida, da saúde e da dignidade da mulher e do nascituro, pois quando ocorre falha na prestação do serviço médico, seja por negligência, imprudência ou imperícia, podem surgir consequências jurídicas relacionadas à reparação de danos e à responsabilização profissional.

Conforme Venosa (2023), a responsabilidade civil do profissional da saúde decorre da violação do dever de diligência exigido no exercício da atividade médica, especialmente quando a conduta inadequada resulta em prejuízo ao paciente. Na área obstétrica, a responsabilidade ganha maior relevância devido à complexidade dos procedimentos e à necessidade de decisões rápidas e precisas, tornando indispensável o respeito às boas práticas médicas, ao consentimento informado e à humanização do atendimento prestado à gestante.

A responsabilidade obstétrica deve ser analisada de forma equilibrada, considerando tanto os riscos inerentes à atividade médica quanto a obrigação do profissional de agir com cautela, competência e respeito aos direitos da paciente, onde a promoção de um atendimento ético e humanizado contribui para a prevenção de danos, para a valorização da autonomia da mulher e para o fortalecimento da confiança na relação entre médico e paciente.

4.2 RESPONSABILIDADE SOB A PERSPECTIVA PENAL

A responsabilidade penal médica ocorre quando a conduta do profissional da saúde se enquadra em um tipo penal previsto na legislação criminal, especialmente nos casos em que há violação do dever de cuidado no exercício da profissão, pois diferentemente da responsabilidade civil, que possui finalidade reparatória, a responsabilidade penal busca apurar a prática de crime e aplicar sanções previstas em lei, como detenção, reclusão ou multa.

Na área médica, essa responsabilização geralmente decorre de condutas praticadas com negligência, imprudência ou imperícia, sobretudo quando há lesão à integridade física ou à vida do paciente. Conforme explica Nucci (2024), a responsabilidade penal do médico depende da comprovação da culpa ou dolo do agente, sendo indispensável demonstrar que o profissional violou o dever objetivo de cuidado exigido pela atividade médica.

É relevante mencionar que os crimes culposos são os mais frequentes nos casos envolvendo profissionais da saúde, uma vez que, em regra, não há intenção do médico de causar dano ao paciente, onde a culpa penal pode ocorrer por negligência, quando o profissional deixa de agir com o cuidado necessário; imprudência, quando atua de maneira precipitada; ou imperícia, quando demonstra falta de conhecimento técnico para a realização do procedimento.

Assim sendo, a responsabilização criminal exige a demonstração de que a conduta inadequada do médico contribuiu diretamente para o resultado danoso. Segundo Capez (2023), a culpa penal caracteriza-se pela inobservância do dever de cautela exigido do agente, sendo necessária a previsibilidade do resultado e a violação do dever objetivo de cuidado.

O nexo causal representa a relação entre a conduta do médico e o dano sofrido pelo paciente, constituindo elemento essencial para a responsabilização penal. Nos casos de erro médico, a comprovação desse vínculo costuma ser complexa, considerando que diversos fatores clínicos podem influenciar o resultado do tratamento, como doenças preexistentes, condições do paciente e riscos inerentes aos procedimentos realizados. Por isso, a análise do nexo causal geralmente depende de prova pericial especializada. De acordo com Greco (2022), a responsabilização penal somente pode ocorrer quando houver comprovação de que a conduta do agente foi determinante para a produção do resultado lesivo, não sendo suficiente a mera ocorrência do dano.

O médico possui dever jurídico de agir diante de situações que coloquem em risco a vida ou a saúde do paciente, especialmente em contextos de urgência e emergência. A omissão pode configurar crime quando o profissional deixa de prestar assistência necessária, mesmo tendo condições de agir.

Além da omissão de socorro prevista no Código Penal, há também a omissão imprópria, em que o médico responde pelo resultado danoso em razão da posição de garantidor assumida durante o atendimento. Segundo Bitencourt (2023), nos crimes omissivos impróprios o agente responde pelo resultado quando possui obrigação legal ou contratual de agir para impedir a ocorrência do dano.

Nos casos de erro médico, os crimes mais frequentemente discutidos são a lesão corporal culposa e o homicídio culposo, entendendo-se que a lesão corporal ocorre quando a atuação inadequada do profissional causa danos físico ou funcional ao paciente, enquanto o homicídio culposo se caracteriza quando a conduta médica resulta na morte da vítima sem intenção de matar. Em ambos os casos, exige-se a comprovação de negligência, imprudência ou imperícia para a configuração da responsabilidade penal. Conforme Masson (2023), os crimes culposos relacionados à atividade médica exigem análise criteriosa da conduta profissional e da previsibilidade do resultado, considerando as particularidades da ciência médica.

A violência obstétrica pode gerar responsabilização penal quando as condutas praticadas pelo profissional da saúde configurarem crimes previstos na legislação brasileira. Procedimentos realizados sem consentimento, agressões verbais, constrangimentos, intervenções desnecessárias ou omissões durante o parto podem caracterizar delitos como lesão corporal, constrangimento ilegal e até tortura, dependendo da gravidade do caso, sendo a discussão acerca da criminalização da violência obstétrica busca fortalecer a proteção da dignidade da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Segundo Silva e Serra (2017), a crescente judicialização dos casos de violência obstétrica demonstra a necessidade de reconhecimento jurídico dessas práticas como formas de violação aos direitos fundamentais da mulher.

O consentimento informado constitui importante garantia dos direitos da paciente e representa dever ético e jurídico do médico, pois o profissional deve fornecer informações claras sobre riscos, benefícios e alternativas do tratamento ou procedimento, permitindo que a paciente participe ativamente das decisões relacionadas à própria saúde. A realização de procedimentos sem autorização pode configurar violação à autonomia da mulher e gerar responsabilização civil,

administrativa e penal. De acordo com Diniz (2022), o consentimento informado decorre do princípio da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade, sendo indispensável para a legitimidade da atuação médica.

A prova pericial possui papel fundamental nos processos envolvendo responsabilidade penal médica, pois permite a análise técnica da conduta profissional e das circunstâncias do caso concreto. O perito avalia se houve falha médica, violação do dever de cuidado e relação entre a conduta do profissional e o dano causado ao paciente, onde a subjetividade das análises técnicas e a possibilidade de divergência entre especialistas tornam a prova pericial um dos principais desafios nesses processos. Conforme Tartuce (2022), a perícia médica constitui elemento essencial para a formação do convencimento judicial em demandas envolvendo erro médico, especialmente diante da complexidade técnica da matéria.

Vale ressaltar que a responsabilização do médico pode ocorrer simultaneamente nas esferas civil, penal e administrativa, uma vez que cada uma possui finalidade e requisitos próprios. A esfera civil busca reparar os danos sofridos pela vítima; a penal visa aplicar sanções decorrentes da prática de crime; e a administrativa apura infrações éticas perante os Conselhos de Medicina. A absolvição em uma esfera não impede, necessariamente, a responsabilização em outra. Segundo Gonçalves (2023), as diferentes modalidades de responsabilidade são autônomas entre si, podendo coexistir de forma independente conforme as provas produzidas em cada procedimento.

Os tribunais superiores brasileiros possuem papel importante na definição dos critérios para responsabilização penal de médicos em casos de erro profissional e violência obstétrica. Nesse contexto, o STJ tem consolidado entendimento no sentido de que a condenação criminal exige prova concreta da culpa do profissional, bem como da existência de nexo causal entre a conduta e o dano causado ao paciente.

Ademais, a jurisprudência reforça a necessidade de análise individualizada de cada caso. Segundo entendimento do Superior Tribunal de Justiça (2021), a responsabilização penal por erro médico depende da demonstração efetiva da violação do dever objetivo de cuidado, não sendo suficiente a mera ocorrência do resultado lesivo. Atualmente, não existe no Brasil um tipo penal específico que criminalize expressamente a violência obstétrica no Código Penal, mas isso não impede a responsabilização penal do profissional da saúde, uma vez que

determinadas condutas praticadas durante o atendimento obstétrico podem se enquadrar em crimes já previstos na legislação penal brasileira.

Entre os principais tipos penais aplicáveis aos casos de violência obstétrica estão a lesão corporal, prevista no artigo 129 do Código Penal, quando há dano físico ou psicológico à gestante; o constrangimento ilegal, previsto no artigo 146, em situações em que procedimentos são realizados sem consentimento da paciente; e a omissão de socorro, prevista no artigo 135, quando há recusa ou demora injustificada no atendimento médico. Além disso, dependendo da gravidade da conduta, também pode haver enquadramento em crimes como ameaça, injúria, maus-tratos e, em casos extremos, homicídio culposo, caso a conduta resulte na morte da paciente ou do recém-nascido por negligência, imprudência ou imperícia.

Vale ressaltar que existem projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional que buscam tipificar especificamente a violência obstétrica como crime autônomo, diante do crescente reconhecimento social e jurídico da gravidade dessas práticas, onde a ausência de legislação penal específica tem sido apontada como um dos fatores que dificultam a responsabilização criminal dos infratores, tornando necessária a interpretação extensiva dos tipos penais já existentes para assegurar proteção à dignidade, à integridade física e aos direitos fundamentais da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

Sob a perspectiva penal, a responsabilidade na atuação médica, nos casos de violência obstétrica, representa importante mecanismo de proteção à dignidade, à integridade física e aos direitos fundamentais da paciente. A responsabilização criminal busca assegurar que a prática médica seja exercida dentro dos limites éticos, técnicos e legais, coibindo condutas abusivas, negligentes ou incompatíveis com o dever de cuidado exigido dos profissionais da saúde.

Nesse sentido, o fortalecimento da discussão acerca da violência obstétrica e da responsabilização penal contribui para a promoção de uma assistência mais humanizada, segura e respeitosa, reforçando a necessidade de equilíbrio entre a autonomia médica, a proteção da paciente e a efetivação da justiça.

4.3 RESPONSABILIDADE CIVIL E ADMINISTRATIVA

A responsabilidade civil e administrativa do médico decorre da violação de deveres profissionais durante o exercício da atividade médica, especialmente quando

sua conduta causa danos ao paciente ou infringe normas éticas da profissão. Ela decorre, também, da obrigação jurídica de reparar danos causados ao paciente em razão de conduta culposa no exercício da profissão. Essa responsabilidade está fundamentada principalmente nos artigos 186 e 927 do Código Civil brasileiro, que estabelecem que aquele que causar dano a outrem, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, comete ato ilícito e fica obrigado a repará-lo. Nesta perspectiva, no âmbito da atividade médica, a responsabilização ocorre quando há comprovação de erro profissional decorrente de negligência, imprudência ou imperícia, desde que exista nexo causal entre a conduta do médico e o dano sofrido pelo paciente.

Além do Código Civil, a responsabilidade médica também encontra fundamento no Código de Defesa do Consumidor, especialmente nas relações entre paciente e instituições privadas de saúde, onde o artigo 14 do CDC prevê a responsabilidade pela reparação dos danos causados por defeitos na prestação de serviços, embora, no caso dos profissionais liberais, como os médicos, a responsabilidade dependa da comprovação de culpa, conforme disposto no §4º do referido artigo. O paciente ou seus familiares podem pleitear indenização por danos materiais, morais ou estéticos quando demonstrada a falha na prestação do serviço médico e os prejuízos decorrentes da atuação profissional.

Conforme Gonçalves (2023), a responsabilidade civil possui como finalidade restabelecer o equilíbrio jurídico violado pelo dano, assegurando à vítima a devida reparação pelos prejuízos sofridos, onde na área médica, essa responsabilização exige análise cuidadosa das circunstâncias do caso concreto, considerando a complexidade da atividade profissional e os limites da obrigação assumida pelo médico, que, em regra, consiste em obrigação de meio e não de resultado.

Segundo Diniz (2021), a responsabilidade civil médica decorre da violação do dever de cuidado, quando a atuação do profissional resulta em prejuízo ao paciente, em que a indenização tem função reparatória, buscando restabelecer, na medida do possível, a situação anterior ao dano. É relevante acrescentar que tal prática ocorre quando o médico viola normas éticas ou disciplinares da profissão, sendo julgado pelos conselhos de medicina. As sanções podem variar conforme a gravidade da infração, incluindo advertência, censura, suspensão do exercício profissional ou até cassação do registro. Esse tipo de responsabilidade busca preservar a ética e a qualidade da prática médica.

Ribeiro e Assis (2023) ressaltam que a responsabilidade administrativa está vinculada ao cumprimento do Código de Ética Médica e às normas dos conselhos profissionais. A apuração ocorre por meio de processo disciplinar próprio, garantindo direito à defesa.

No que concerne à gestação, esta pode ser compreendida como o período que se inicia com a fecundação do óvulo e se estende até o parto, culminando no nascimento de um novo ser. Trata-se de um processo fisiológico e, em regra, saudável, marcado por intensas transformações físicas, emocionais e sociais na vida da mulher, exigindo acompanhamento e cuidados específicos para a promoção da saúde materno-fetal conforme o Ministério as Saúde (2012). Esse processo representa um dos momentos mais significativos e marcantes na vida da mulher, envolvendo expectativas, adaptações e cuidados específicos ao longo de seu desenvolvimento.

Na América Latina, o Brasil figura entre os países com maiores índices de mortalidade materna, ocupando a quinta posição, com estimativa de 134 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos.

> No Brasil, as causas de mortalidade materna se caracterizam por elevadas taxas de toxemias, outras causas diretas, hemorragias (durante a gravidez, descolamento prematuro de placenta), complicações puerperais e abortos. Essas causas encontram-se presentes em todas as regiões, com predominância de incidência em diferentes estados. A consulta de pré-natal é o espaço adequado para a prevenção e controle dessas intercorrências, como a hipertensão arterial associada à gravidez (toxemias), que se caracteriza por ser fator de risco para eclâmpsia e outras complicações (BRASIL, 2019, p. 64).

O fator de risco pode ser entendido como uma característica ou circunstância associada ao aumento da probabilidade de o indivíduo sofrer algum tipo de dano à saúde. Esses fatores apresentam diferentes naturezas, decorrentes de suas diversas origens, podendo ser classificados como:

> Biológicos, como idade em extremos (adolescência ou idade avançada), baixa estatura e alterações de peso, como obesidade ou desnutrição; clínicos, como hipertensão e diabetes; ambientais, relacionados ao abastecimento deficiente de água e à ausência de rede de esgoto; ligados à assistência, como baixa qualidade do atendimento e cobertura insuficiente do pré-natal; socioculturais, como o nível de escolaridade; e econômicos, associados à baixa renda (BRASIL, 2019, p. 64).

Entende-se, nesse sentido que, para que haja responsabilização do médico, é necessário comprovar alguns elementos essenciais: conduta, dano, nexo causal e culpa, pois a conduta refere-se à ação ou omissão do profissional; o dano corresponde ao prejuízo sofrido pelo paciente; o nexo causal é a ligação entre a conduta e o dano; e a culpa pode se manifestar como negligência, imprudência ou imperícia. A responsabilização do médico nos casos de erro profissional apresenta diversas dificuldades, especialmente em razão da complexidade da atividade médica e das particularidades de cada caso clínico.

Um dos principais obstáculos está na comprovação do nexo causal entre a conduta do profissional e o dano sofrido pelo paciente, já que fatores externos, condições preexistentes e riscos inerentes aos procedimentos médicos podem influenciar diretamente o resultado do tratamento, onde a necessidade de produção de prova pericial especializada torna o processo mais técnico e complexo, podendo haver divergências entre os peritos quanto à existência de negligência, imprudência ou imperícia.

Ademais, a ausência de documentação médica adequada, ocasionada pela incompletude de preenchimento dos prontuários ou falhas nos registros hospitalares, também dificulta a análise dos fatos e a verificação da conduta adotada pelo profissional. Conforme explica Tartuce (2022), a responsabilização civil do médico exige a demonstração da culpa profissional e do nexo de causalidade, elementos que nem sempre são facilmente comprovados, diante das incertezas próprias da ciência médica e da natureza da obrigação assumida pelo profissional, que, em regra, é de meio e não de resultado.

Assim sendo, a avaliação judicial deve considerar não apenas o dano experimentado pelo paciente, mas também as condições concretas do atendimento, os recursos disponíveis e os limites técnicos da atuação médica, evitando responsabilizações automáticas baseadas exclusivamente na ocorrência do resultado negativo. A ausência de qualquer desses elementos pode afastar a responsabilização. Diniz (2021) ressalta que a responsabilidade civil exige a presença simultânea desses elementos para que haja obrigação de indenizar.

A culpa médica pode ser caracterizada pela falta de cuidado, precipitação ou ausência de conhecimento técnico adequado. Sano e Abbud (2023) destacam que a comprovação do nexo causal é fundamental para evitar responsabilizações indevidas. Essa culpabilidade ocorre quando o médico causa danos sem intenção, por

negligência, imprudência ou imperícia, enquanto o dolo se caracteriza pela intenção de provocar o resultado prejudicial. Essa distinção é importante para definir o tipo de responsabilização e as consequências jurídicas aplicáveis. A atuação médica envolve responsabilidade culposa, já que o objetivo do profissional é sempre a cura ou melhoria do paciente.

Tartuce (2022) afirma que a culpa está relacionada à violação do dever de cuidado sem intenção de causar dano, enquanto o dolo pressupõe vontade consciente de produzir o resultado. Na prática médica, o dolo é raro, sendo mais comum a análise da culpa, pois orienta que a diferenciação entre culpa e dolo influencia diretamente na responsabilização penal e civil.

Segundo Ribeiro e Assis (2023), a responsabilidade decorrente do erro médico pode ser analisada de forma independente nas esferas civil, penal e administrativa, em razão da autonomia existente entre essas modalidades de responsabilização, onde a absolvição do profissional em uma dessas esferas não impede, necessariamente, sua responsabilização em outra, desde que existam fundamentos e provas suficientes para caracterizar a infração correspondente.

Gonçalves (2023), por sua vez, destaca que um médico pode ser absolvido criminalmente por ausência de provas quanto à culpa penal e, ainda assim, ser condenado civilmente ao pagamento de indenização ou sofrer sanções ético-disciplinares perante o Conselho Regional de Medicina. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (2021–2024) confirma que a responsabilidade médica pode ser analisada simultaneamente nas diferentes esferas jurídicas. Em decorrência disto, um mesmo fato pode gerar indenização ao paciente, processo criminal e procedimento disciplinar no conselho profissional, pois cada esfera possui objetivos distintos: reparar o dano, punir o crime e garantir a ética profissional.

4.3 OMISSÃO E DEVER JURIDICO DE AGIR

A omissão é considerada juridicamente importante quando o médico deixa de agir em situações nas quais havia possibilidade e dever de intervenção, pois a ausência de conduta pode gerar responsabilidade civil, penal ou administrativa, especialmente quando a inação contribui para agravamento do estado do paciente ou ocorrência de dano. Assim, o ordenamento jurídico reconhece que não apenas ações equivocadas, mas também a falta de atuação adequada, podem configurar erro

médico. Capez (2023) ressalta, nesse sentido, que a omissão se torna penalmente relevante quando o agente tinha a possibilidade de agir para evitar o resultado e, ainda assim, permaneceu inerte.

Na área médica, a inação pode configurar violação do dever profissional, especialmente quando o paciente depende da atuação do médico. A Revista Brasileira de Ciências Criminais (2020–2024) aponta que a omissão médica pode gerar responsabilização quando houver relação direta entre a inatividade e o dano sofrido.

Nesta perspectiva, o dever jurídico de agir surge quando o médico possui obrigação legal ou profissional de prestar assistência ao paciente. Esse dever pode decorrer da relação médico-paciente, do exercício da profissão em ambiente hospitalar ou de situações emergenciais. Quando o profissional assume o atendimento, passa a ter responsabilidade de acompanhar o caso e adotar medidas necessárias para evitar prejuízos à saúde do indivíduo.

Nucci (2021) afirma que o dever jurídico de agir ocorre quando o agente possui obrigação específica de impedir o resultado, seja por imposição legal, contrato ou assunção voluntária da responsabilidade. O médico, ao iniciar o atendimento, assume posição de garantidor da integridade do paciente, onde essa posição impõe ao profissional o dever de agir para evitar danos, sob pena de responsabilização por omissão imprópria.

É relevante elucidar, considerando os postulados de Bitencourt (2022) que a omissão própria ocorre quando o médico deixa de prestar socorro em situações gerais, mesmo sem vínculo prévio com o paciente, como em casos de emergência presenciados. Já a omissão imprópria ocorre quando há dever específico de agir, como nos casos em que o paciente já está sob cuidados do profissional ou da equipe médica. Nessa hipótese, a inação pode gerar responsabilidade mais grave, pois existe obrigação direta de proteção.

Nas situações de urgência e emergência, o médico tem obrigação de agir para evitar agravamento do quadro clínico ou risco de morte, pois esse dever é reforçado pela ética profissional e pela legislação, que exigem atuação imediata quando há possibilidade de intervenção. A omissão nesses casos pode ser considerada grave, especialmente quando a demora no atendimento contribui para o dano ao paciente.

De outro lado, observa-se indiferença e até certo desdém em relação à vontade da paciente, especialmente no caso da parturiente, evidenciando a influência de um paternalismo rígido. No que se refere à cesárea agendada, percebe-se a ocorrência

de omissão de informações acerca dos riscos do procedimento quando ele é proposto à gestante, ao mesmo tempo em que se enfatizam argumentos relacionados à dor e à possível deformação dos órgãos genitais quando a paciente manifesta preferência pelo parto normal. Essa postura limita a autonomia da parturiente e reforça uma prática em que a decisão médica prevalece sobre a vontade informada da paciente. Nesse contexto, destaca-se o entendimento acerca do paternalismo médico, ao considerar que:

> [...] O médico estaria autorizado a deixar de revelar as informações necessárias para a tomada de decisão do paciente, induzindo-o a consentir justamente por não conhecer a extensão do diagnóstico, do prognóstico ou do tratamento em si. Esse é o chamado paternalismo do “médico que sabe o melhor” (“doctor knows best”), isto é, que parte do pressuposto de que o médico, por possuir conhecimentos técnicos, sempre terá mais condições de definir o que é “melhor” para o paciente e, portanto, poderá lhe impor a decisão mais racional ou medicamente indicada, para seu próprio bem. Diante disso, uma postura dogmática que chancela as orientações da ética hipocrática será, igualmente, paternalista (SIQUEIRA, 2019, p. 52)

Considerando-se esse cenário, o Superior Tribunal de Justiça (2020–2024) entende que a omissão em situações emergenciais pode configurar responsabilidade do profissional quando havia possibilidade de intervenção eficaz. A jurisprudência destaca que o dever de agir é intensificado diante do risco iminente à vida, pois ao tratar da omissão na área da saúde, também ressalta que a ausência de providências diante de situações urgentes pode gerar responsabilização quando houver prejuízo ao paciente.

Para que a omissão gere responsabilidade, é necessário comprovar que a falta de atuação contribuiu para o dano, onde esse nexo causal demonstra que, se o médico tivesse agido, o resultado poderia ter sido evitado ou minimizado. Sem essa ligação entre a omissão e o prejuízo sofrido, não há responsabilização jurídica, mesmo que tenha ocorrido falha na atuação. Capez (2023) ressalta que a responsabilidade por omissão exige demonstração de que a conduta esperada teria potencial de evitar o resultado, pois o nexo causal é elemento indispensável para caracterizar a responsabilidade penal.

Nucci (2021) ressalta que não há responsabilidade por omissão quando o agente não possui meios para agir ou quando a intervenção implicaria risco grave à própria vida, pois a exigência jurídica pressupõe possibilidade concreta de atuação, onde a ausência de condições materiais ou técnicas pode afastar a culpa, desde que

comprovada a impossibilidade de evitar o resultado. Nesse contexto, faz-se necessário que o profissional demonstre que não havia condições reais de intervenção, uma vez que, a análise dessas circunstâncias depende do caso concreto e da verificação das condições disponíveis no momento do fato.

4.4 PROCEDIMENTOS E DIFICULDADES NA COMPROVAÇÃO DOS ATOS

O prontuário médico é um documento importante para registrar todas as condutas adotadas, decisões clínicas, exames realizados e evolução do paciente ao longo do atendimento, pois ele possui valor jurídico relevante, já que permite reconstruir os fatos e verificar se a atuação profissional ocorreu de forma adequada. Outrossim, ele contribui para a continuidade do tratamento e funciona como instrumento de defesa do médico em eventuais questionamentos judiciais. Sano e Abbud (2023) ressaltam que ele se constitui como uma das principais provas em processos envolvendo responsabilidade profissional, pois documenta a atuação do médico e as condições clínicas do paciente.

Desse modo, o prontuário configura-se como prova pericial de extrema importância nos processos que envolvem alegação de erro médico, pois permite avaliação técnica da conduta profissional por especialista na área. O perito analisa documentos, prontuários e circunstâncias do atendimento para verificar se houve falha, negligência ou atuação adequada. Nesse sentido, Theodoro Júnior (2021) afirma que a prova pericial é indispensável quando a análise do caso exige conhecimento técnico especializado, como ocorre nas demandas médicas, pois o laudo pericial orienta a decisão judicial, especialmente na verificação da conduta profissional.

A comprovação do nexo causal em casos de responsabilidade médica costuma ser complexa, pois nem sempre é possível afirmar com certeza que a conduta do médico causou o dano, então se o paciente já apresenta condição clínica grave, fatores externos ou evolução natural da doença que podem influenciar o resultado. Essa dificuldade torna a análise mais técnica e dependente de provas especializadas. Didier Jr. (2022) ressalta que a prova do nexo causal em responsabilidade médica é desafiadora devido à multiplicidade de fatores que podem contribuir para o resultado, pois a análise deve considerar o contexto clínico e as circunstâncias do atendimento.

Pode-se ainda observar a possibilidade de aplicação de dispositivos específicos que atuem como majorantes de pena nos casos em que a conduta inadequada de profissionais da saúde resulte em vítimas fatais, em razão da realização incorreta de procedimentos. Por isso, destaca-se o julgado a seguir, relacionado à realização de episiotomia durante o parto:

> APELAÇÃO CRIMINAL. Homicídio culposo. Parto normal com realização de episiotomia. Art. 121, § 3º, do Código Penal, com incidência da majorante prevista no § 4º do mesmo dispositivo, em razão da inobservância de regra técnica da profissão. Restou demonstrado que o réu agiu com negligência, imprudência e imperícia, e que tal conduta contribuiu para o óbito da paciente. Após o parto com episiotomia, o profissional deixou de realizar a revisão do reto, o que possibilitou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, ocasionando infecção generalizada que evoluiu para a morte da vítima. Mostra-se, portanto, correta a condenação pela prática de homicídio culposo, bem como a aplicação da causa de aumento de pena prevista no § 4º do art. 121 do Código Penal, pela inobservância de regra técnica da profissão. Mantida a pena definitiva de dois anos de detenção, substituída por duas penas restritivas de direitos, consistentes em prestação de serviços à comunidade e prestação pecuniária, consideradas adequadas ao caso. Apelação desprovida. (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO SUL, Apelação Crime nº 70053392767, Segunda Câmara Criminal, Rel. Des. Lizete Andreis Sebben, julgado em 14 nov. 2013)

Desse julgado, é possível identificar que o médico foi condenado pelo crime de homicídio culposo com causa de aumento de pena, em razão da inobservância de regra técnica da profissão. Verificou-se que o profissional agiu de forma culposa, com negligência, imprudência e imperícia, ao deixar de realizar a revisão do toque retal após a episiotomia. Caso esse procedimento tivesse sido realizado, a lesão poderia ter sido identificada em tempo hábil, possibilitando a adoção de medidas adequadas e, consequentemente, evitando o óbito da paciente.

É relevante ponderar que a análise técnica em processos envolvendo erro médico pode apresentar certo grau de subjetividade, especialmente quando há diferentes interpretações sobre a conduta adequada. Peritos distintos podem chegar a conclusões divergentes, considerando protocolos, evidências científicas e circunstâncias clínicas. Essa situação pode dificultar a formação de um entendimento definitivo sobre a existência de falha médica.

Diante desse contexto, os processos judiciais envolvendo responsabilidade médica costumam ser longos e tecnicamente complexos, pois exigem análise detalhada de documentos, realização de perícia e, muitas vezes, complementação do

laudo. Além disso, a necessidade de esclarecimentos técnicos e a produção de provas adicionais contribuem para a demora na conclusão do julgamento.

Didier Jr. (2022) ressalta que demandas que dependem de prova pericial tendem a ter maior duração devido à complexidade técnica e à necessidade de análise aprofundada. O autor destaca que a produção de laudos, quesitos e eventuais perícias complementares prolonga o trâmite processual. Ribeiro e Assis (2023) também afirmam que os processos de responsabilidade médica exigem investigação minuciosa, o que contribui para sua maior duração.

A ausência ou insuficiência de documentação médica pode dificultar a análise do caso e prejudicar a defesa do profissional. Registros incompletos, ilegíveis ou inexistentes comprometem a reconstrução dos fatos e tornam mais difícil comprovar que a conduta adotada foi adequada. A documentação adequada é considerada elemento essencial na prática médica. Por outro lado, registros médicos adequados podem influenciar negativamente a análise da responsabilidade profissional, pois a ausência de documentação dificulta a comprovação da conduta, pode gerar interpretações desfavoráveis, comprometendo a defesa e a avaliação técnica do caso.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa analisou a violência obstétrica sob a perspectiva do Direito Penal brasileiro, examinando sua conceituação, evolução histórica, formas de manifestação, responsabilidade dos profissionais da saúde e a ausência de tipificação penal específica no ordenamento jurídico nacional. O estudo teve como objetivo demonstrar a insuficiência dos mecanismos jurídicos atualmente existentes para o enfrentamento da violência obstétrica, bem como analisar a necessidade de criação de legislação penal específica voltada à proteção das mulheres vítimas dessas práticas abusivas.

Ao longo da pesquisa, verificou-se que a violência obstétrica constitui grave violação aos direitos fundamentais das mulheres, especialmente à dignidade da pessoa humana, à integridade física e psicológica, à autonomia da vontade e ao direito à saúde, sendo, portanto, um problema jurídico, social e humanitário que exige atenção do Estado e da sociedade.

Observou-se, também, que a violência obstétrica não se restringe apenas a agressões físicas praticadas contra gestantes, mas também engloba condutas psicológicas, verbais, morais e institucionais que desrespeitam a mulher durante o período gestacional, o parto e o pós-parto. Verificou-se que procedimentos realizados sem consentimento informado, práticas invasivas desnecessárias, humilhações, ameaças, negligências e omissões médicas representam formas recorrentes de violência obstétrica, muitas vezes naturalizadas dentro das instituições de saúde.

Outrossim, constatou-se, ainda, que a medicalização excessiva do parto e a transformação desse processo natural em um procedimento estritamente técnico contribuíram para o afastamento da autonomia feminina e para a perpetuação de práticas abusivas. Nesse contexto, percebeu-se que, embora os avanços da medicina tenham proporcionado maior segurança materno-fetal, também favoreceram a realização de intervenções desnecessárias por conveniência profissional ou institucional, em desrespeito aos direitos da mulher.

Ao analisar a evolução histórica das práticas de parto, observou-se que o protagonismo feminino foi gradativamente substituído pela centralização das decisões nas mãos dos profissionais de saúde, ocasionando a perda da autonomia da gestante sobre o próprio corpo, postura esta caracterizada, muitas vezes por uma espécie de paternalismo médico, no qual o profissional estaria autorizado a deixar de revelar as

informações necessárias para a tomada de decisão do paciente, de modo a induzi-lo a consentir justamente pelo seu desconhecimento quanto à extensão do diagnóstico, do prognóstico ou do tratamento em si.

A pesquisa também demonstrou que o reconhecimento do termo “violência obstétrica” no Brasil decorreu da influência de movimentos feministas, organismos internacionais e experiências estrangeiras, especialmente da legislação venezuelana, pioneira na tipificação desse tipo de violência. A partir da análise comparativa realizada, verificou-se que a experiência internacional evidencia a possibilidade jurídica e social da criação de instrumentos legais específicos voltados à proteção das gestantes e à responsabilização dos agentes causadores dessas práticas abusivas.

Ao longo da pesquisa, constatou-se que o ordenamento jurídico brasileiro ainda não possui legislação penal específica voltada ao combate da violência obstétrica, circunstância que dificulta significativamente a responsabilização dos profissionais envolvidos. Observou-se que os casos acabam sendo enquadrados em tipos penais já existentes, como lesão corporal, constrangimento ilegal, ameaça, injúria ou homicídio culposo, a depender da gravidade da conduta praticada. Entretanto, percebeu-se que tais enquadramentos mostram-se insuficientes para abranger toda a complexidade da violência obstétrica, uma vez que diversas condutas abusivas permanecem invisibilizadas ou deixam de ser devidamente punidas.

Dessa forma, confirmou-se a hipótese levantada no projeto de pesquisa, de que os tipos penais atualmente existentes no Código Penal brasileiro não conseguem suprir, de maneira clara e objetiva, todas as práticas que configuram violência obstétrica. Verificou-se que essa lacuna legislativa compromete a efetividade da proteção jurídica das vítimas, além de dificultar a responsabilização célere e precisa dos profissionais que praticam tais atos.

Comprovou-se, ainda, a hipótese de que a criação de um tipo penal específico voltado à violência obstétrica poderia contribuir diretamente para a repressão dessas práticas e para a prevenção de novos abusos, permitindo delimitar com maior clareza quais condutas seriam consideradas criminosas, estabelecendo critérios objetivos de responsabilização e oferecendo maior segurança jurídica tanto às vítimas quanto aos profissionais da saúde.

Constatou-se também que a ausência de legislação específica contribui para a sensação de impunidade e para a subnotificação dos casos, especialmente diante da dificuldade de produção de provas e da vulnerabilidade emocional das vítimas.

Verificou-se, ainda, que muitas mulheres encontram dificuldades para denunciar os abusos sofridos, seja pelo medo, pela falta de informação ou pela naturalização dessas práticas dentro do ambiente hospitalar, circunstâncias que dificultam o acesso à justiça e a efetiva responsabilização dos envolvidos.

Além disso, verificou-se que a implementação de mecanismos processuais específicos, como canais especializados de denúncia, medidas protetivas e protocolos de acolhimento às vítimas, poderia fortalecer a atuação estatal no enfrentamento da violência obstétrica, possibilitando maior efetividade na prevenção, investigação e responsabilização dos casos. No que diz respeito à responsabilidade dos profissionais da saúde, observou-se que o Código de Ética Médica já estabelece deveres relacionados ao respeito à dignidade, à autonomia e à integridade física da paciente.

Entretanto, constatou-se que, na prática, ainda existem dificuldades na fiscalização e punição de condutas abusivas, especialmente diante da subjetividade das provas técnicas e da complexidade dos processos envolvendo responsabilidade médica. Também se concluiu que a violência obstétrica não deve ser compreendida apenas como uma questão individual entre médico e paciente, mas como um problema estrutural inserido em práticas institucionais historicamente naturalizadas, exigindo não apenas mudanças legislativas, mas também transformações culturais, educacionais e institucionais voltadas à humanização da assistência obstétrica.

Ao final da pesquisa, verificou-se que as hipóteses inicialmente levantadas foram confirmadas, especialmente no que se refere à insuficiência dos tipos penais existentes para abarcar adequadamente as práticas de violência obstétrica e à necessidade de criação de legislação específica para enfrentar essas condutas de forma mais eficaz. Concluiu-se que a tipificação penal própria contribuiria para fortalecer a prevenção, repressão e responsabilização dessas práticas, além de promover maior conscientização social acerca da gravidade do problema.

Assim, a presente pesquisa permitiu concluir que o atual ordenamento jurídico brasileiro ainda apresenta falhas significativas na proteção das mulheres vítimas de violência obstétrica, sendo imprescindível o aprimoramento legislativo e institucional para assegurar atendimento digno, humano, seguro e respeitoso às gestantes, garantindo-se, sobretudo, a efetiva proteção da dignidade da pessoa humana e dos direitos fundamentais femininos.

REFERÊNCIAS

BLOG DO JORDAN BEZERRA. **A luta de Fernanda, moradora de Patos, denuncia violência obstétrica e o pesadelo no parto**. Disponível em: https://www.blogdojordanbezerra.com/noticia/gerais/30030/a-luta-de-fernanda-moradora-de-patos-denuncia-violencia-obstetrica-e-o-pesadelo-no-parto-veja-video-. Acesso em: 7 mar. 2026.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.633***, de 27 de maio de 2014*. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao recém-nascido durante o ciclo gravídico-puerperal. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.217***, de 27 de setembro de 2018*. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2019.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Código de Defesa do Consumidor**. Art. 14, § 4º.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil**. Arts. 186 e 927.

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, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 7 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

BRASIL. Senado Federal. **Proposta da Senadora Leila pune violência obstétrica**. Brasília, DF, 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Jurisprudência sobre erro médico e responsabilidade civil**. Brasília, DF, 2021-2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 106: responsabilidade do Estado na área da saúde**. Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Apelação Crime nº 70053392767**. Segunda Câmara Criminal. Relatora: Des. Lizete Andreis Sebben. Julgado em 14 nov. 2013.

BRASIL DE FATO. **Mulher de 17 anos morre após parto fórceps realizado em hospital do município de Itabaiana (PB)**. 25 mar. 2025. Disponível em: https://www.brasildefato.com.br/2025/03/25/mulher-de-17-anos-morre-apos-parto-forceps-realizado-em-hospital-do-municipio-de-itabaiana-pb/. Acesso em: 7 mar. 2026.

BRASIL DE FATO. **Série de tragédias obstétricas***: bebê é a terceira vítima fatal em*

um mês em hospital na Paraíba. 31 mar. 2025. Disponível em: https://www.brasildefato.com.br/2025/03/31/serie-de-tragedias-obstetricas-bebe-e-a-terceira-vitima-fatal-em-um-mes-em-hospital-na-paraiba-dois-deles-no-mesmo-instituto/. Acesso em: 7 mar. 2026.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (Brasil). **Vítimas de violência obstétrica denunciam maus-tratos durante o parto**. Brasília, DF: Agência Câmara de Notícias, 2024. Disponível em: https://www.camara.leg.br/noticias/1005005-vitimas-de-violencia-obstetrica-denunciam. Acesso em: 7 mar. 2026.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal**: parte geral. 27. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2023.

CNN BRASIL. **Ex-anestesista é condenado por estupro contra duas pacientes no Rio**. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/sudeste/rj/ex-anestesista-e-condenado-por-estupro-contra-duas-pacientes-no-rio/. Acesso em: 7 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica** *(2020-2024)*. Brasília, DF: CFM, 2024.

DIDIER JR., Fredie. **Curso de Direito Processual Civil:** teoria das provas. Salvador: JusPodivm, 2022.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de direito civil brasileiro**: responsabilidade civil. 36. ed. São Paulo: Saraiva, 2022.

DINIZ, Maria Helena. **Responsabilidade civil**. São Paulo: Saraiva, 2021.
FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética médica e pandemia de COVID-19**. Revista Bioética, Brasília, 2020.

FRIGO, Jucimar; CAGOL, Grasiele; ZOCCHE, Denise Azambuja; ZANOTELLI, Silvana dos Santos; RODRIGUES, Renata Mendonça; ASCARI, Rosana Amora. **Episiotomia: (des)conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher.** Saúde e Pesquisa, Maringá, v. 7, n. 2, p. 199-207, maio/ago. 2014. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140403_200543.pdf. Acesso em: 12 jun. 2026.

G1. **Anestesista é preso em flagrante por estupro de paciente no Hospital da Mulher no RJ**. 11 jul. 2022. Disponível em: https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/07/11/anestesista-e-preso-em-flagrante-por-estupro-de-paciente-no-hospital-da-mulher-no-rj.ghtml. Acesso em: 7 mar. 2026.

G1. **Mulheres relatam histórias de violência em partos realizados por médica influencer**: “custou a vida do meu filho”. 20 abr. 2025. Disponível em: https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2025/04/20/mulheres-relatam-historias-de-violencia-em-partos-realizados-por-medica-influencer-custou-a-vida-do-meu-filho.ghtml. Acesso em: 7 mar. 2026.

GARRAFA, Volnei; LORENZO, Cláudio. **Bioética e saúde pública no Brasil**.

Revista Bioética, Brasília, 2021.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade civil**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade civil do médico**. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.

LEITE, Geilson Salomão. **Responsabilidade ética do médico no Brasil contemporâneo**. Revista Jurídica Brasileira, 2021.

MAIA, Mônica Barbosa. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. 22. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

MARTINS, Juliana; SILVA, Rodrigo. **Autonomia do paciente e consentimento informado**. Revista de Direito Sanitário, 2023.

MASCARENHAS, Ana Cristina de Souza Serrano; PEREIRA, Graciele de Rezende Alves. **A violência obstétrica frente aos direitos sociais da mulher**. Revista Eletrônica de Estudos Jurídicos e da Sociedade – UNIFEG, v. 6, n. 1, 2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO. **Investigação sobre morte de bebê e retirada do útero de gestante no ISEA em Campina Grande**. Disponível em: https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2025/03/12/ministerio-publico-abre-investigacao-sobre-morte-de-bebe-e-retirada-do-utero-de-gestante-no-isea-em-campina-grande.ghtml. Acesso em: 7 mar. 2026.

NAZÁRIO, Larissa; HAMMARSTRON, Fátima Fagundes Barasuol. **Os direitos da parturiente nos casos de violência obstétrica**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO NO MERCOSUL, XVII., 2014, Rio Grande do Sul. *Anais [...]*. Rio Grande do Sul, 2014.

NERY, Vanilde Pereira. **Principais tipos de violências obstétricas sofridas pelas parturientes**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos, Brasília, 2020.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal comentado**. São Paulo: Forense, 2021.

NÚCLEO BEM NASCER. **O parto na antiguidade**. Disponível em: https://www.bemnascer.com. Acesso em: 7 mar. 2026.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde**. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 2, e06500015, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/nPqfV5Jt6NRFq86tnDFFgnb/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 jun. 2026.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília: OPAS, 2018.

PONTES, Maria do Socorro Gomes Abrão; LIMA, Geyslane Maria Barbosa; FEITOSA, Izabely Pereira; TRIGUEIRO, Juliana Vieira de Souza. **Parto nosso de cada dia**: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. Ciência da Saúde Nova Esperança, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 69-78, 2014.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica**: parirás com dor. 2012. Disponível em: https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf. Acesso em: 7 mar. 2026.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DA VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Gaceta Oficial nº 38.668. Caracas, 2007.

REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS CRIMINAIS. **Artigos sobre omissão e responsabilidade penal na área médica**. São Paulo, 2020-2024.

RIBEIRO, Marcelo Costa; ASSIS, Gabriel Braga. **Responsabilidade civil médica e consentimento informado**. RECIMA21, 2023.

SANO, Ariovânia; ABBUD, Vinicius. **Prova e responsabilidade médica**. RECIMA21, 2023.

SENADO FEDERAL. **Manobra de Kristeller e os riscos para mãe e bebê**. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/533729/noticia.html?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 7 mar. 2026.

SILVA, Michelle Gonçalves da. **Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstétricas**. Revista Rene, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 720-728, 2014.

SIQUEIRA, Flávia. **Autonomia, consentimento e Direito Penal da medicina**. 1. ed. São Paulo: Marcial Pons, 2019.

SIQUEIRA, José Eduardo de. **Código de Ética Médica e prática profissional contemporânea**. Revista Bioética, 2022.

TARTUCE, Flávio. **Manual de Direito Civil**: responsabilidade civil. Rio de Janeiro: Forense, 2022.

TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. **Parto hospitalar**: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, n. 6, nov./dez. 2006.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de Direito Processual Civil**. Rio de Janeiro: Forense, 2021.

UOL. **Violência obstétrica**: Shantal pede inquérito contra obstetra Renato Kalil. 15 dez. 2021. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2021/12/15/violencia-obstetrica-shantal-pede-inquerito-contra-obstetra-renato-kalil.htm. Acesso em: 7 mar. 2026.

UNIFEG. **A violência obstétrica**. 2017. Disponível em: https://www.unifeg.edu.br. Acesso em: 7 mar. 2026.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Medo, desamparo e solidão**: impactos da violência obstétrica em gestantes adolescentes do Nordeste. Jornal da USP. Disponível em: https://jornal.usp.br/ciencias/medo-desamparo-e-solidao-impactos-da-violencia-obstetrica-em-gestantes-adolescentes-do-nordeste/. Acesso em: 7 mar. 2026.

VENOSA, Silvio de Salvo. **Direito civil**: responsabilidade civil. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2023.