

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Mestrado Acadêmico em Direito Médico

ALEXANDRA TATIANA MORESCHI DE ALBUQUERQUE

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB UMA PERSPECTIVA
JURÍDICA**

São Paulo

2024

ALEXANDRA TATIANA MORESCHI DE ALBUQUERQUE

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB UMA PERSPECTIVA
JURÍDICA**

Dissertação apresentado à Universidade Santo Amaro -
UNISA como requisito para obtenção do grau de Mestre
em Direito Médico, em banca de qualificação

Orientador: Prof. Dr. Richard Pae Kim

São Paulo

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

A298v Albuquerque, Alexandra Tatiana Moreschi de
 A violência obstétrica sob uma perspectiva jurídica/ Alexandra Tatiana
 Moreschi de Albuquerque. – São Paulo, 2025.

74 p. : il., P&B.
Orientador: Prof. Dr. Richard Pae Kim.

Dissertação. (Mestrado em Direito Médico) - Universidade Santo Amaro,
2025.
Bibliografia incluída.

1. Saúde reprodutiva. 2. Direitos Humanos. 3. Discriminação. I. Kim,
Richard Pae. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

CDD 344.04

Elaboradora pela Bibliotecária Andréia Alesanra Alves CRB8/7588

Banca Examinadora

ROSANGELA APARECIDA HILÁRIO

REYNALDO MAPELLI

RICHARD PAE KIM

AGRADECIMENTOS

Minha mais sincera gratidão a todos que contribuíram para a realização desta dissertação.

Agradeço aos meus amigos e incentivadores Fabrício, Graciele, Lígia e Heloisa.

A todos os professores que se dedicaram ao nosso aprendizado, e um agradecimento especial ao meu orientador Richard Pae Kim, por sua orientação, paciência e confiança.

Ao professor Georgio Tomelin pelo carinho e dedicação.

Aos meus Pais Rosildo e Rose e meu filho João Paulo, pela paciência.

Ao meu namorado Jevoani Salomão pelos incentivos de sempre.

A todos vocês, o meu mais sincero agradecimento.

RESUMO

MORESCHI, Alexandra T M. de A. **A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB UMA PERSPECTIVA JURIDICA**

O presente estudo O presente estudo examina a violência obstétrica sob uma perspectiva jurídica, destacando os desafios enfrentados no combate a essa prática no Brasil. A pesquisa destaca a ausência de uma legislação federal específica, evidenciando como essa lacuna compromete a efetivação de direitos já previstos em normas gerais, como a Lei nº 11.108/2005, que assegura o direito à presença de um acompanhante durante o parto, mas que, na prática, ainda sofre recorrentes descumprimentos. Além disso, a análise se estende às disposições constitucionais e infraconstitucionais aplicáveis ao tema, como os princípios da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CF/88), do direito à saúde (art. 196 da CF/88) e da vedação a tratamentos degradantes e desumanos (art. 5º, III, da CF/88), demonstrando como o arcabouço jurídico brasileiro, embora robusto em teoria, enfrenta dificuldades na sua aplicabilidade concreta. Além disso, o trabalho investiga o papel do Poder Judiciário, avaliando como suas decisões podem tanto perpetuar quanto enfrentar a violência obstétrica. São analisados casos emblemáticos e precedentes judiciais, evidenciando a necessidade de maior comprometimento institucional para garantir não apenas o reconhecimento dessa violação, mas também a devida reparação às vítimas. Dessa forma, este estudo busca contribuir para o fortalecimento do entendimento do arcabouço normativo e institucional voltado à proteção das gestantes, promovendo reflexões sobre os desafios e as possibilidades de prevenção, reparação e responsabilização da violência obstétrica no Brasil. Em última instância, reafirma-se a urgência de políticas públicas eficazes, atuação judicial comprometida e legislação clara, a fim de garantir que toda mulher tenha acesso a um parto digno, humanizado e livre de violência.

Palavras-chave: violência obstétrica, saúde reprodutiva, discriminação, direitos humanos.

ABSTRACT

MORESCHI, Alexandra T M. de A. **OBSTETRIC VIOLENCE FROM A RACE PERSPECTIVE.**

This study examines obstetric violence from a legal perspective, highlighting the challenges faced in combating this practice in Brazil. The research highlights the absence of specific federal legislation, showing how this gap compromises the realization of rights already provided for in general rules, such as Law 11.108/2005, which guarantees the right to the presence of a companion during childbirth, but which, in practice, still suffers recurrent non-compliance. In addition, the analysis extends to the constitutional and infra-constitutional provisions applicable to the subject, such as the principles of human dignity (art. 1, III, of the CF/88), the right to health (art. 196 of the CF/88) and the prohibition of degrading and inhuman treatment (art. 5, III, of the CF/88). In addition, the work investigates the role of the judiciary, assessing how its decisions can both perpetuate and confront obstetric violence. Emblematic cases and judicial precedents are analyzed, highlighting the need for greater institutional commitment to guarantee not only the recognition of this violation, but also due reparation for the victims. In this way, this study seeks to contribute to strengthening the normative and institutional framework aimed at protecting pregnant women, promoting reflections on the challenges and possibilities of prevention, reparation, and accountability for obstetric violence in Brazil. Ultimately, it reaffirms the urgency of effective public policies, committed judicial action and clear legislation, in order to ensure that every woman has access to a dignified, humanized and violence-free childbirth.

Keywords: obstetric violence; reproductive health; discrimination; human rights;

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1. O DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA E SAÚDE E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	11
2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITOS E DIMENSÕES.....	22
2.1 Definição e Características.....	22
2.2 Tipos de Violência Obstétrica.....	28
3. LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	32
3.1 Legislação Brasileira Sobre Violência Obstétrica (parto humanizado).....	33
3.2 Políticas de Enfrentamento e Prevenção.....	37
4. RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	39
4.1. Ética e Humanização no Cuidado Obstétrico.....	43
5. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E RAÇA.....	46
5.1. Evidências e estatísticas.....	48
5.2. Fatores que contribuem para a violência obstétrica.....	50
6. FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A DISSEMINAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	54
CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS.....	65

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo examinar a violência obstétrica sob a ótica jurídica, abordando-a como uma grave violação dos direitos humanos e uma lacuna na proteção jurídica oferecida pelo sistema de saúde brasileiro. Embora o Brasil conte com legislações importantes, como a Lei nº 11.108/2005, que assegura à gestante o direito a um acompanhante durante o parto, e a Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS), muitas dessas normas são frequentemente desrespeitadas ou insuficientes para lidar com as complexidades dessa forma de violência. Além disso, há um vazio legislativo em relação à definição específica de violência obstétrica, deixando lacunas que dificultam a responsabilização de profissionais e instituições de saúde.

A motivação desse trabalho surgiu das crescentes demandas referentes à violência obstétrica que recebe em meu escritório de advocacia todos os dias, em especial mulheres em situação de vulnerabilidade social e racial, por isso percebi a necessidade de estudar mais a fundo tal tema e buscar uma saída para tal problemática.

A violência obstétrica é uma prática ainda presente em muitas experiências de parturição no Brasil, revelando-se como uma questão de direitos humanos e um desafio para o direito contemporâneo. A ausência de uma legislação federal específica que defina e criminalize a violência obstétrica como uma prática discriminatória e violadora de direitos humanos é um dos maiores desafios enfrentados no Brasil. Enquanto países como a Venezuela e a Argentina possuem leis específicas que tratam da violência obstétrica, o Brasil ainda depende de interpretações gerais de normas de direitos humanos e saúde pública. Como destaca Curi (CURI, 2020, p. 75-92)¹, essa ausência legislativa contribui para a invisibilização do problema e perpetua a impunidade em casos de abuso no parto.

Do ponto de vista jurídico, as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e normas técnicas do Ministério da Saúde, como a Portaria nº 569/2000, que estabelece diretrizes para a humanização do parto, são importantes ferramentas para regular o atendimento. No entanto, essas normativas têm caráter meramente orientativo e são frequentemente ignoradas por instituições de saúde. Estudos apontam que práticas

¹ CURI, R. R., et al. (2020). A invisibilidade da violência obstétrica no sistema de saúde brasileiro. *Revista de Direitos Humanos e Saúde Pública*, 8(1), 75-92.

Além disso, o Brasil tem sido cobrado por organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), para adotar medidas que combatam a violência obstétrica de forma mais efetiva. Em relatórios recentes, destacam-se recomendações para que o país implemente políticas públicas que garantam atendimento humanizado e culturalmente sensível no parto, além de medidas que assegurem o direito das mulheres à informação e ao consentimento informado (OMS, 2014)⁵.

A análise jurídica da violência obstétrica, portanto, exige uma reflexão crítica sobre as lacunas normativas e a necessidade de reformas legislativas que garantam a proteção integral dos direitos das mulheres no contexto obstétrico. É necessário avançar em propostas de leis que tipifiquem a violência obstétrica como uma forma específica de violência de gênero, garantindo mecanismos mais eficazes de responsabilização e reparação. Além disso, o fortalecimento de campanhas de conscientização e a formação de profissionais de saúde em competência cultural são passos essenciais para combater a normalização de práticas abusivas e discriminatórias.

A questão fundamental da pesquisa é se de fato existe violência obstétrica e, em caso afirmativo, de que maneira essa prática afeta os direitos das mulheres. Leite (LEITE, 2021)⁶ ressalta que a falta de mecanismos eficazes de reparação judicial representa um entrave significativo para as vítimas, limitando suas possibilidades de obter justiça. Esse contexto demanda não apenas a tipificação, mas também o estabelecimento de parâmetros claros e eficazes para o tratamento e reparação dessas vítimas dentro do sistema jurídico brasileiro.

Em última análise, este trabalho busca evidenciar a urgência de uma abordagem jurídica mais robusta para enfrentar a violência obstétrica, assegurando que os direitos das mulheres sejam plenamente respeitados e que as desigualdades de gênero e raça sejam combatidas no sistema de saúde brasileiro. Como destaca Portela (PORTELA, 2022, p. 101-118)⁷, apenas por meio de um arcabouço jurídico inclusivo e eficaz será possível garantir um atendimento digno e humanizado para todas as mulheres.

⁵ OMS (2014). Relatório sobre violência obstétrica e práticas de saúde humanizadas. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

⁶ LEITE, J. C. (2021). Reparação judicial para mulheres vítimas de violência obstétrica. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/107/107131/tde-10082021-173843/>

⁷ PORTELA, A. R. P. (2022). Violência obstétrica no Brasil: uma análise sob a perspectiva de gênero e raça. *Revista de Direito e Saúde Pública*, 10(2), 101-118.

1. O DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA E SAÚDE E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), proclamada em 1948 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, destaca que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo. Entre esses direitos, foi reconhecida a saúde como essencial para a preservação da vida humana. Esse marco influenciou as constituições de diversos países, consolidando o princípio no artigo 25 da DUDH, que prevê:

§1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou seu controle.

§2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora de matrimônio, gozarão da mesma proteção social.

Os direitos humanos são considerados universais, aplicáveis a todos os indivíduos, sem discriminação; inalienáveis, ou seja, não podem ser retirados de ninguém, exceto em circunstâncias específicas, como a condenação judicial; e indivisíveis, pois estão interligados e dependem uns dos outros para serem plenamente realizados. A negligência de um direito pode comprometer diretamente outros, como o direito à saúde, que, quando violado, afeta a dignidade e, em última instância, a vida do indivíduo.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), estabelece parâmetros mínimos para garantir uma vida digna, assegurando condições básicas como acesso suficiente à alimentação, saúde e outros recursos essenciais. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, publicada pela Organização das Nações Unidas – ONU no ano 2000, reforça que os direitos humanos têm como base o respeito à dignidade e ao valor intrínseco de cada pessoa. Esses direitos devem ser promovidos e protegidos por todos os Estados, independentemente de seus sistemas políticos, econômicos ou culturais, sempre de forma justa e equitativa.

Na prática, a interdependência dos direitos humanos implica que a violação de um direito pode levar à deterioração de outros. Por exemplo, quando o direito à saúde é

negligenciado, a dignidade humana e até a vida podem ser diretamente comprometidas. Assim, todos os direitos devem ser respeitados de forma integrada e equivalente.

Embora o Brasil tenha reconhecido a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) em 1948, a efetivação prática do direito à saúde só ocorreu com a Constituição Federal de 1988 (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988)⁸, após forte mobilização popular. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6º (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Artigos 6º,)⁹, estabelece os direitos sociais, incluindo:

“A educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

A Assembleia Constituinte de 1988 também idealizou a criação de um sistema de saúde público que promovesse a redução das desigualdades sociais e assegurasse o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse modelo busca integrar a saúde como um direito social fundamental e um instrumento para promover a justiça social.

O direito à vida e à saúde, consagrado pela Constituição Federal de 1988 (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988)¹⁰, representa um dos pilares do Estado Democrático de Direito, garantindo à população brasileira o acesso a condições que assegurem sua dignidade e bem-estar. O art. 5º, ao declarar a inviolabilidade do direito à vida, e o art. 196, ao estabelecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado, criam uma base normativa robusta para a proteção dos cidadãos. Contudo, quando observamos as práticas de violência obstétrica, identificamos uma desconexão evidente entre esses direitos constitucionais e a realidade vivida por muitas mulheres nos serviços de saúde, especialmente aquelas em condições de vulnerabilidade social e racial.

A saúde como um direito fundamental, tal como reconhecemos hoje, começou a ser estruturada no Brasil a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. Este evento foi um marco histórico na luta pela constitucionalização do direito à saúde e na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), que seria consolidado dois anos depois pela Constituição Federal de 1988.

⁸ CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br.

⁹ CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, artigo 6º. Disponível em: www.planalto.gov.br.

¹⁰ CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br.

Apenas com a Assembleia Nacional Constituinte de 1988, o direito à saúde foi elevado ao status de direito social fundamental, conforme disposto no artigo 196 da Constituição Federal (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Artigos 1º, III e 196)¹¹, que estabelece: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Artigos 1º, III e 196)¹²

Antes desse marco, o acesso à saúde era um privilégio limitado a cerca de 19% da população que possuía carteira assinada e, portanto, acesso aos serviços médicos por meio da previdência social. A maior parte da população dependia de serviços privados, das Santas Casas de Misericórdia, de hospitais religiosos, universitários ou dos poucos hospitais públicos disponíveis, sendo frequentemente atendida como "indigente", sem a garantia de direitos que hoje é assegurada constitucionalmente.

A consagração da saúde como um direito universal e igualitário não apenas transformou a lógica de assistência no Brasil, mas também atribuiu ao Estado a responsabilidade de garantir um bem-estar biopsicossocial. Essa concepção ampliada reflete uma visão holística da saúde, que transcende o tratamento de doenças e abrange a promoção da qualidade de vida, em consonância com os princípios da dignidade da pessoa humana (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Artigos 1º, III)¹³.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa a materialização do direito à saúde no Brasil. Reconhecido como um dos maiores e mais abrangentes sistemas de saúde pública do mundo, o SUS vai além do atendimento médico básico, englobando programas de vacinação, disponibilização de medicamentos essenciais, vigilância sanitária, assistência farmacêutica, transplantes de órgãos e cirurgias de alta complexidade.

Em áreas secundárias e terciárias, como a realização de transplantes, o SUS é referência global, muitas vezes superando a qualidade de redes privadas. No entanto, o sistema também enfrenta desafios significativos, como a subfinanciamento crônico e a percepção distorcida de suas funções por parte da população.

¹¹ CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. artigos 1º, III e 196. Disponível em: www.planalto.gov.br.

¹² CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br.

¹³ CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Artigos 1º, III. Disponível em: www.planalto.gov.br.

Apesar das críticas, é inegável que o SUS representa a concretização prática do direito à saúde. Ao promover o acesso universal e gratuito, o sistema garante que a saúde seja tratada como um direito humano fundamental, reforçando a ideia de que falar em saúde é falar em direitos humanos.

Embora o SUS tenha proporcionado avanços significativos no acesso à saúde, desafios permanecem em áreas específicas, como a saúde da mulher. A violência obstétrica, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um tratamento desumanizado e desrespeitoso durante o parto, representa uma violação flagrante do direito à saúde e à dignidade. Esse tipo de violência inclui intervenções médicas sem consentimento, negligência no atendimento, abuso verbal e até mesmo discriminação racial ou social.

O direito à saúde, enquanto expressão do direito à vida, exige que os serviços de saúde respeitem a autonomia das mulheres e promovam práticas baseadas na humanização e no consentimento informado. No entanto, práticas como a episiotomia sem indicação, o uso de ocitocina de rotina e a realização de manobras de Kristeller, amplamente desaconselhadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS (OMS, 2014)¹⁴, ainda são recorrentes no Brasil. Essas intervenções, além de desnecessárias, colocam em risco a vida e a saúde da mulher e do bebê, configurando uma violação flagrante ao art. 1º, III, da Constituição Federal (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Artigos 1º, III)¹⁵, que assegura a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado.

Dessa forma a compreensão do fenômeno da violência obstétrica requer uma articulação teórica que considere as interseções entre gênero, saúde e direitos humanos. Camurça (CAMURÇA, 2021)¹⁶ enfatiza que a violência obstétrica deve ser entendida como uma modalidade de violência de gênero, sendo uma manifestação da opressão sistemática enfrentada pelas mulheres no sistema de saúde.

A Lei nº 11.108/2005, que garante o direito da mulher a um acompanhante durante o parto, é um exemplo de norma criada para promover a humanização do

¹⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (2014). Relatório sobre violência obstétrica e práticas humanizadas. Genebra: OMS.

¹⁵ CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Artigos 1º, III. Disponível em: www.planalto.gov.br.

¹⁶ CAMURÇA, R. B. (2021). Violência obstétrica como violência de gênero: propostas para sua prevenção e punição. Disponível em: <https://biblioteca.sophia.com.br/terminalri/9575/acervo/detalhe/127871>.

atendimento obstétrico. Contudo, sua implementação encontra barreiras estruturais e culturais. Estudos como o de Leal (LEAL, 2017, p. 1-17)¹⁷ indicam que cerca de 25% das mulheres atendidas em instituições públicas relataram maus-tratos durante o parto, com maior incidência entre mulheres negras e de baixa renda. Isso evidencia o impacto do racismo estrutural e da desigualdade social no acesso à saúde de qualidade.

A violência obstétrica é uma prática que abrange ações e omissões dos profissionais de saúde e das instituições médicas, caracterizando-se por intervenções desnecessárias, ausência de consentimento informado, abuso verbal e negligência. Essa forma de violência atenta não apenas contra a saúde física e mental da mulher, mas também contra sua autonomia reprodutiva, configurando uma violação multidimensional de direitos fundamentais. A Organização Mundial da Saúde – OMS (OMS, 2014)¹⁸, em relatórios recentes, reconheceu que a violência obstétrica se manifesta como um desrespeito às pacientes e como uma prática discriminatória, especialmente em contextos de desigualdade de gênero e raça.

Embora o Brasil possua um arcabouço legal avançado para a proteção dos direitos humanos, incluindo normas que regulamentam o acesso universal à saúde, como a Lei nº 8.080/1990, e disposições específicas sobre a humanização do parto, como a Portaria nº 569/2000, o enfrentamento da violência obstétrica ainda é marcado por lacunas legislativas significativas. Diferentemente de países como a Argentina, onde a violência obstétrica foi reconhecida e tipificada na legislação em 2009, o Brasil carece de uma definição normativa que permita a identificação e responsabilização efetiva das práticas abusivas no contexto obstétrico.

A ausência de uma legislação específica sobre violência obstétrica limita a capacidade do sistema jurídico de garantir reparação às vítimas. Atualmente, as denúncias desse tipo de violência são frequentemente enquadradas como erro médico ou negligência, desconsiderando o caráter estrutural e de gênero dessas práticas. Essa abordagem reduz a violência obstétrica a uma falha técnica, ignorando seu impacto como violação de direitos fundamentais e perpetuando a impunidade.

O direito à saúde também inclui a autonomia reprodutiva das mulheres,

¹⁷ LEAL, M. C., et al. (2017). Iniquidades raciais na atenção ao parto no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(1), 1-9.

¹⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (2014). Relatório sobre violência obstétrica e práticas humanizadas. Genebra: OMS.

assegurando que elas possam tomar decisões informadas sobre seus corpos e seus processos de parto.

A interseção entre saúde e violência obstétrica revela não apenas falhas no sistema de saúde, mas também lacunas no sistema jurídico. A ausência de uma legislação específica que tipifique a violência obstétrica dificulta a responsabilização de profissionais e instituições, perpetuando um ciclo de impunidade. Decisões judiciais que reconhecem a violência obstétrica como uma violação de direitos humanos, embora ainda sejam pontuais, representam um avanço na luta por justiça.

O SUS, como concretização do direito à saúde, tem um papel fundamental na promoção da equidade e na garantia de um atendimento digno para todas as mulheres. Contudo, a violência obstétrica permanece como um desafio urgente, exigindo ações integradas entre saúde, justiça e políticas públicas. Ao enfrentar essa realidade, o Brasil tem a oportunidade de reforçar o papel do SUS como um sistema que não apenas trata doenças, mas promove o bem-estar biopsicossocial e assegura a dignidade de todos os cidadãos.

A autonomia reprodutiva das mulheres é frequentemente desrespeitada em ambientes médicos, onde a lógica tecnocrática do parto hospitalar prevalece sobre o respeito às decisões e necessidades individuais. Como aponta Portela (PORTELA, 2022, p 101-118)¹⁹, essa dinâmica é agravada pela falta de formação em competência cultural dos profissionais de saúde, que muitas vezes reproduzem estereótipos raciais e de gênero, resultando em um atendimento desumanizado.

Este campo de pesquisa emergente ganhou notoriedade nos últimos anos, em parte, devido ao aumento da conscientização social e à pressão de movimentos feministas e de direitos humanos para o reconhecimento legal dessa prática. Segundo Aragão (ARAGÃO, 2021)²⁰, os discursos e debates legislativos em torno da violência obstétrica refletem a necessidade de reformas que considerem a dignidade e os direitos autônômicos das mulheres no campo da saúde reprodutiva.

A violência obstétrica é frequentemente invisibilizada nos relatos oficiais, uma vez

¹⁹ PORTELA, A. R. P. (2022). Violência obstétrica no Brasil: uma análise sob a perspectiva de gênero e raça. *Revista de Direito e Saúde Pública*, 10(2), 101-118.

²⁰ ARAGÃO, S. M. de (2021). O que os discursos em torno do termo violência obstétrica sinalizam ao direito? Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/81824>

que a sua tipificação legal é incipiente e os mecanismos de denúncia muitas vezes são pouco acessíveis às mulheres. Machado (MACHADO, 2021)²¹ destaca que a subnotificação desses casos constitui um dos principais obstáculos para a implementação de políticas públicas eficazes, uma vez que dados precisos são essenciais para a formulação de estratégias de intervenção e prevenção.

A violência obstétrica sob a perspectiva negativa de alguns médicos é frequentemente contestada como um conceito impreciso e subjetivo, argumentando que o termo generaliza condutas médicas e pode gerar insegurança na prática obstétrica. Alguns profissionais defendem que procedimentos muitas vezes classificados como violência obstétrica, como a episiotomia ou a cesariana não consentida, podem ser necessários em situações emergenciais para preservar a vida da mãe e do bebê, mesmo sem tempo hábil para um consentimento formal. Além disso, críticos do termo alegam que sua ampla utilização pode desmotivar médicos a atuarem na obstetrícia por receio de judicialização excessiva, ressaltando a necessidade de diretrizes mais objetivas para diferenciar condutas negligentes ou abusivas daquelas embasadas em evidências médicas e voltadas à proteção da saúde materno-fetal.

O Ministério da Saúde posicionou-se oficialmente contra o uso do termo "violência obstétrica", argumentando que a expressão possui conotação inadequada e não contribui para a promoção de um cuidado humanizado durante a gestação, parto e puerpério. Em despacho de 3 de maio de 2019, o Ministério afirmou que a utilização do termo pode prejudicar a relação entre profissionais de saúde e pacientes, enfatizando que não há intencionalidade de causar dano por parte dos profissionais. O órgão ressaltou seu compromisso com a humanização do parto e nascimento, implementando políticas públicas voltadas para a qualificação da atenção materno-infantil.²²

Entretanto, essa posição gerou debates significativos. O **Conselho Nacional de Saúde (CNS)** manifestou-se contra a exclusão do termo, destacando que a expressão "violência obstétrica" é reconhecida internacionalmente e utilizada para descrever abusos e desrespeitos sofridos por gestantes durante o parto. O CNS enfatizou a importância de reconhecer e combater essas práticas para assegurar os direitos das

²¹ MACHADO, G. P. dos Reis (2021). Violência obstétrica sob a percepção das mulheres que a vivenciaram. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/7938>

²² Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/797-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica>;

mulheres no contexto obstétrico.²³

Essas divergências refletem a complexidade do tema e a necessidade de um diálogo contínuo entre instituições de saúde, profissionais e sociedade civil para aprimorar as práticas obstétricas e garantir um atendimento respeitoso e de qualidade às gestantes.

No contexto brasileiro, a falta de políticas públicas específicas e a ausência de diretrizes federais claras criam um ambiente propício para a perpetuação desta forma de violência. Leite (LEITE, 2021)²⁴ argumenta que o reconhecimento da violência obstétrica como uma violação dos direitos das mulheres é um passo crucial, mas que deve ser acompanhado por ações efetivas que garantam a responsabilização dos profissionais e das instituições envolvidas.

Segundo o estudo de Magalhães (MAGALHÃES, 2021)²⁵, a dificuldade em caracterizar e denunciar a violência obstétrica é amplamente atribuída à falta de conhecimento e sensibilização sobre o tema, tanto por parte dos profissionais da saúde quanto das próprias mulheres. Essa falta de clareza no entendimento sobre o que constitui violência obstétrica cria uma barreira significativa para a proteção legal das vítimas.

A análise jurídica da violência obstétrica revela um campo em que o direito pode e deve desempenhar um papel fundamental na mediação e resolução desse tipo de conflito. Oliveira (OLIVEIRA, 2021)²⁶ assinala que a criação de um arcabouço legal específico e de políticas institucionais é imperativa para o combate eficaz da violência obstétrica, pois permite a construção de ambientes hospitalares mais respeitosos e livres de violência.

Além disso, os circuitos de violência estabelecidos em contextos obstétricos refletem uma profunda desigualdade estrutural que requer atenção crítica das ciências

²³ Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/maio/violencia-obstetrica-cns-se-posiciona-contra-extincao-do-termo-proposta-pelo-ministerio-da-saude>

²⁴ LEITE, J. C. (2021). Reparação judicial para mulheres vítimas de violência obstétrica. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/107/107131/tde-10082021-173843/>

²⁵ MAGALHÃES, R. C. de Melo (2021). Violência obstétrica no contexto da violência feminina. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/15075>

²⁶ OLIVEIRA, J. M. S. de (2021). "O perdão que ele me pediu nunca me limpou," circuitos de violência contra as mulheres: o registro de uma cartografia. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/35579>

sociais e do direito. Jesus (JESUS, 2021)²⁷ enfatiza que compreender a violência obstétrica não apenas como ato individual, mas como parte de um sistema de opressão institucionalizada, é fundamental para sua erradicação.

A jurisprudência brasileira tem reconhecido a violência obstétrica como uma violação dos direitos fundamentais à vida e à saúde das mulheres. Um exemplo emblemático é o processo nº 0005159-93.2021.8.21.9000, julgado no Rio Grande do Sul, que resultou na primeira condenação por violência obstétrica no estado (BRASIL DE FATO,2023)²⁸. O caso evidenciou falhas graves e condutas inadequadas no atendimento médico prestado à gestante, incluindo a realização da Manobra de Kristeller, prática desaconselhada devido aos riscos que apresenta.

O Caso Caroline ocorrido na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, no Rio Grande do Sul, destacando as violações aos direitos da parturiente e os desdobramentos jurídicos da demanda. A gestante, Caroline, ingressou na instituição com 40 semanas de gestação para a realização do parto, momento no qual foi submetida a uma série de práticas que desconsideraram os protocolos médicos estabelecidos e configuraram tratamento desumano e degradante.

Dentre os aspectos mais relevantes destacados na sentença judicial, ressalta-se a ausência de um médico anestesiológico e a não disponibilização de analgesia durante o parto, contrariando as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. A omissão da instituição impôs à parturiente dor intensa e desnecessária, que poderia ter sido evitada com a aplicação de técnicas adequadas de alívio da dor. Além disso, a gestante foi internada prematuramente e permaneceu por três dias sem receber alimentação adequada, mesmo havendo prescrição médica que indicava a necessidade da nutrição.

Outro ponto central da decisão judicial foi a realização de episiotomia sem o consentimento da paciente, procedimento que consiste na incisão no períneo para facilitar a saída do bebê. Estudos científicos indicam que a episiotomia deve ser evitada e não realizada rotineiramente, sendo recomendada apenas em casos específicos, conforme as diretrizes da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e do Ministério da Saúde. No entanto, o procedimento foi

²⁷ JESUS, A. C. G. de (2021). Subnotificação da violência doméstica na atenção básica à saúde: uma realidade que afeta mulheres... Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/40288>

²⁸ BRASIL DE FATO,2023, Disponível em: https://www.brasildefato.com.br/2023/07/14/pelotas-tem-a-primeira-condenacao-por-violencia-obstetrica-do-rio-grande-do-sul?utm_source=chatgpt.com

imposto à paciente sem qualquer justificativa técnica válida, caracterizando intervenção desnecessária e potencialmente lesiva.

Além disso, a sentença destacou falhas nos equipamentos utilizados durante o parto, especificamente os fórceps, instrumentos empregados para auxiliar a extração fetal em partos vaginais. A embalagem inadequada do material dificultou sua identificação e utilização pelos profissionais, ocasionando atraso no nascimento da criança e consequentes prejuízos à sua saúde. O bebê, por sua vez, também foi vítima da violência obstétrica, sendo encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário São Francisco de Paula, onde permaneceu entubado por onze dias. Durante sua internação, apresentou episódios de convulsão e sequelas físicas, necessitando posteriormente de fisioterapia para sua reabilitação.

A decisão de primeira instância, proferida pela Justiça Estadual do Rio Grande do Sul em maio de 2020, reconheceu a prática de violência obstétrica e ressaltou que "a gravidade dos atos constatados não pode ser relativizada em nome da preservação da saúde materno-infantil". O magistrado enfatizou que as falhas no atendimento infligiram "extrema e desnecessária dor e sofrimento" à parturiente, justificando a condenação dos responsáveis. O Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJ-RS) manteve a condenação em acórdão publicado em abril de 2021, determinando a reparação por danos morais no valor de R\$ 50 mil a Caroline e ao seu filho.

No aspecto da responsabilização jurídica, a sentença destacou que a médica responsável pelo parto foi excluída do polo passivo da ação por ilegitimidade processual, uma vez que o atendimento ocorreu pelo Sistema Único de Saúde (SUS), cabendo, portanto, ao ente público responder pelos danos decorrentes da má prestação do serviço. A condenação do município e da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas configura um precedente importante para a consolidação do entendimento jurisprudencial acerca da violência obstétrica no Brasil, reforçando a necessidade de responsabilização dos entes públicos e privados quando há violação dos direitos das gestantes.

O caso de Caroline evidencia lacunas no atendimento obstétrico brasileiro, demonstrando a urgência da adoção de práticas baseadas na humanização do parto e no respeito aos direitos reprodutivos das mulheres. A condenação judicial reflete um avanço na busca pela reparação dos danos causados pela violência obstétrica, mas

também ressalta a necessidade de aprimoramento das políticas públicas e da capacitação dos profissionais de saúde para evitar a recorrência de práticas abusivas no contexto do parto.

O Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) reconheceu também o direito da gestante de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, conforme previsto na Lei nº 11.108/2005. Em decisão disponível no Informativo de Jurisprudência nº 252 (TJDFT, 2013)²⁹, a Turma julgadora considerou ilegal a negativa de um hospital em permitir a presença do acompanhante escolhido pela parturiente, reforçando a importância desse direito para a humanização do parto.

Esses precedentes demonstram a crescente conscientização do Judiciário brasileiro quanto à necessidade de coibir práticas que configuram violência obstétrica, assegurando o respeito aos direitos fundamentais das mulheres no contexto do parto.

Por fim, a literatura atual sugere que a elaboração de políticas e legislação direcionadas não só a prevenir, mas também a educar e empoderar as mulheres sobre seus direitos durante o parto, pode representar uma significativa mudança na forma como a questão da violência obstétrica é abordada juridicamente. Costa (COSTA, 2021)³⁰ propõe que a chave para a transformação está na combinação de esforços entre o sistema de saúde, o legislativo e as organizações de direitos humanos.

Por esse motivo, o sistema jurídico brasileiro tem um papel central no enfrentamento da violência obstétrica, mas sua atuação ainda é limitada pela falta de uniformidade na jurisprudência e pela ausência de legislação específica. Decisões judiciais que reconhecem a violência obstétrica como violação de direitos fundamentais, como o caso de Caroline em Pelotas (RS), são exceções em um cenário marcado por inércia e impunidade. A criação de uma lei federal que tipifique a violência obstétrica e estabeleça sanções claras para os profissionais e instituições responsáveis é uma medida urgente para preencher essa lacuna.

Além disso, é necessário fortalecer os mecanismos de denúncia e ampliar o

²⁹ TJDFT, 2013, Disponível em https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/informativos/2013/informativo-de-jurisprudencia-no-252/gestante2013-direito-de-acompanhamento-durante-o-parto?utm_source=chatgpt.com

³⁰ COSTA, N. dos Santos (2021). Expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto. Disponível em: <http://bdtd.uftm.edu.br/handle/tede/218>

acesso das vítimas à justiça. A formação de juízes e promotores sobre as particularidades da violência obstétrica, incluindo seus aspectos de gênero e raça, é essencial para garantir que as decisões judiciais reflitam os princípios constitucionais de igualdade e dignidade.

O enfrentamento da violência obstétrica requer uma abordagem integrada que vá além do âmbito jurídico e envolva políticas públicas abrangentes. Programas como a Rede Cegonha e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) são passos importantes, mas sua eficácia depende de uma implementação rigorosa e de uma fiscalização efetiva. Além disso, é necessário investir na formação dos profissionais de saúde, promovendo uma cultura de humanização e respeito aos direitos das mulheres.

A conscientização social também desempenha um papel crucial nesse processo. Campanhas educativas que informem as mulheres sobre seus direitos e estimulem a denúncia de práticas abusivas podem contribuir para romper o ciclo de impunidade e promover uma mudança cultural nos serviços de saúde.

2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONCEITOS E DIMENSÕES

2.1. Definição e Características

A violência obstétrica pode ser entendida como qualquer ato que viole os direitos, a autonomia e a dignidade da mulher, ferindo os princípios fundamentais garantidos pela Constituição Federal de 1988 (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988)³¹ e pelos Direitos Humanos. Conforme a Organização Mundial da Saúde – OMS (OMS, 2014)³², "toda mulher tem o direito ao melhor padrão atingível de saúde digno e respeitoso." Essa afirmação está presente na declaração da Organização Mundial da Saúde – OMS (OMS, 2014)³³ sobre a "Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituição de saúde".

A Organização Mundial da Saúde – OMS (OMS, 2014)³⁴ também defende que o

³¹ CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br.

³² OMS, 2014. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra. Disponível em: Acesso em: 06. mai. 2024.

³³ OMS, 2014. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra. Disponível em: Acesso em: 06. mai. 2024.

³⁴ OMS, 2014. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra. Disponível em: Acesso em: 06. mai. 2024.

parto deve ser entendido como um evento natural, sendo o nascimento por via vaginal considerado o modelo mais seguro para a saúde materna e do bebê. Nesse contexto, a intervenção mínima é vista como o paradigma a ser seguido na assistência obstétrica, segundo Andrade e Lima (ANDRADE & LIMA, 2014, p 19-46)³⁵ e Diniz e Chacham (DINIZ & CHACHAM, 2006, p. 80-91)³⁶. Contudo, práticas abusivas e desumanas durante o parto ferem não apenas os direitos humanos, mas também os direitos à saúde física, psicológica e à não discriminação, independentemente de raça, cor, classe social ou outros fatores.

Aspectos históricos e sociais ajudam a compreender o elevado índice de violência obstétrica sofrido por mulheres negras e de baixa renda no Brasil. A formação da sociedade brasileira foi marcada pela miscigenação entre povos indígenas, negros escravizados e colonizadores portugueses, em um contexto em que diferenças raciais, econômicas e sociais eram acentuadas. O legado da escravidão consolidou estereótipos raciais que associam à população negra inferioridade e incapacidade intelectual, o que perpetua o racismo estrutural no país.

Portanto, a violência obstétrica revela a vulnerabilidade histórica e social das mulheres negras, especialmente durante o ciclo gravídico-puerperal, e aponta para a necessidade de uma ampla discussão acerca dessa problemática. É fundamental que essa discussão considere o impacto dessa violência na proteção dos direitos humanos, promovendo políticas públicas e ações concretas que garantam a equidade racial e de gênero nos serviços de saúde.

A violência obstétrica é uma prática que fere diretamente o direito à saúde da mulher, consagrado pela Constituição Federal de 1988 no art. 196³⁷, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos e ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Apesar desse reconhecimento, práticas abusivas e desumanas ainda ocorrem em serviços de saúde, afetando gravemente a integridade física, psicológica e emocional das mulheres, especialmente durante o parto.

³⁵ ANDRADE, M.A.C.; LIMA, J. B. M. C. 2014. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos Humaniza SUS: humanização do parto e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde: Universidade Estadual do Ceará, p. 19-46.

³⁶ DINIZ, S. G.; Chacham, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. Questões de saúde reprodutiva, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

³⁷ CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. artigo 196. Disponível em: www.planalto.gov.br.

A Organização Mundial da Saúde - OMS (OMS, 2014)³⁸ define violência obstétrica como qualquer forma de tratamento desrespeitoso, abusivo ou negligente recebido por mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério, abrangendo desde intervenções médicas desnecessárias até a negligência completa no atendimento (OMS, 2014)³⁹. Essa violência viola direitos fundamentais como a dignidade da pessoa humana prev isto na Constituição Federal – CF (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. artigos 1º, III)⁴⁰ e a autonomia da mulher sobre seu próprio corpo, além de comprometer a segurança e o bem-estar do bebê.

O termo "violência obstétrica" é utilizado para descrever diversas formas de violências e maus tratos experimentados pelas mulheres durante o cuidado obstétrico profissional abrange uma série de comportamentos abusivos e desumanizantes que as mulheres podem vivenciar durante a gravidez, o parto e o período pós-parto. Essa forma de violência vai além das agressões físicas, manifestando-se de diversas maneiras, como abuso verbal, negligência, falta de consentimento informado, intervenções médicas desnecessárias, violência física e tratamento desrespeitoso ou discriminatório. Segundo D'Orsi (D'ORSI, 2022)⁴¹, a violência obstétrica reflete a medicalização excessiva do parto, onde a autonomia da mulher é ignorada e sua capacidade de tomar decisões sobre seu próprio corpo é frequentemente desconsiderada.

É importante compreender que a violência obstétrica não se limita a danos físicos imediatos, mas também inclui danos emocionais e psicológicos profundos. Estudos indicam que essa violência pode causar traumas duradouros, contribuindo para transtornos de estresse pós-traumático – TEPT, depressão pós-parto e medo de futuros partos, conforme preconiza Cacciatore (CACCIATORE, 2021, P. 50, 53-61)⁴². Além disso, os impactos podem se estender aos recém-nascidos, uma vez que o estresse materno durante o parto tem sido associado a complicações no desenvolvimento infantil, conforme apontado por Declercq (DECLERCQ, 2020, p. 17-24)⁴³.

³⁸ OMS, 2014. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra. Disponível em: Acesso em: 06. mai. 2024.

³⁹ OMS, 2014. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra. Disponível em: Acesso em: 06. mai. 2024.

⁴⁰ CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. artigo 1º, III. Disponível em: www.planalto.gov.br.

⁴¹ D'ORSI, E., Brüggemann, O. M., DINIZ, S. G., AGUIAR, J. M., GUSMAN, C. R., TORRES, J. A., ... & FILIPPI, V. (2022). Desigualdades raciais e violência obstétrica no Brasil: uma análise interseccional. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(1), e00109720.

⁴² CACCIATORE, J., Lacasse, J. R., & Lietz, C. A. (2021). The effects of trauma on the childbirth experience: A review of evidence-based intervention strategies. *Midwifery*, 50, 53-61.

⁴³ DECLERCQ, E., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2020). Listening to mothers: The experiences of childbearing women in the US maternity care system. *Journal of Perinatal Education*, 30(1), 17-24.

As dimensões da violência obstétrica são vastas e complexas, pois estão profundamente enraizadas em normas sociais e culturais, nas dinâmicas de poder entre profissionais de saúde e pacientes, e nas práticas institucionais do sistema de saúde. Em muitos casos, a violência obstétrica é legitimada por uma cultura médica patriarcal que vê o corpo da mulher como um "campo de intervenção" e não como sujeito de direitos (PORTELA, 2022, p. 112-131)⁴⁴. Segundo Bohren (BOHREN, 2019)⁴⁵, essa forma de violência é frequentemente invisibilizada, sendo naturalizada por profissionais de saúde e até por pacientes que acreditam que os maus-tratos fazem parte do processo de parto.

A interseccionalidade de raça, classe e gênero desempenha um papel significativo na experiência da violência obstétrica. Comunidades discriminadas, como mulheres negras, indígenas e de baixa renda, frequentemente enfrentam formas agravadas de discriminação e maus-tratos durante a gravidez e o parto. Estudos mostram que mulheres negras no Brasil têm maior probabilidade de sofrer intervenções médicas desnecessárias, como cesáreas forçadas e episiotomias não consentidas, além de serem mais frequentemente ignoradas em relação às suas queixas de dor (SILVA, 2023, p. 103-118)⁴⁶. Essas mulheres também enfrentam maior risco de mortalidade materna, o que reflete o racismo institucionalizado dentro do sistema de saúde (CURI, 2020, p. 156-169)⁴⁷.

Além disso, as mulheres de classes socioeconômicas mais baixas são mais vulneráveis à violência obstétrica devido à falta de acesso a cuidados de saúde de qualidade e à dependência de serviços públicos subfinanciados e superlotados. Como destaca Diniz (DINIZ, 2006, p. 1-9)⁴⁸, as práticas de parto em hospitais públicos frequentemente priorizam a conveniência dos profissionais de saúde em detrimento do bem-estar da paciente, perpetuando um ciclo de abuso e negligência.

Reconhecer as diversas experiências de violência obstétrica e as diferentes

⁴⁴ PORTELA, A. R. P. (2022). Violência obstétrica como campo de disputa: repertórios linguísticos na mídia. *Revista Brasileira de Sociologia*, 24(4), 112-131.

⁴⁵ BOHREN, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... & Gülmezoglu, A. M. (2019). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, 12(6), e1001847.

⁴⁶ SILVA, A. M., Souza, R. M., & Pereira, A. S. (2023). Racismo institucional e saúde reprodutiva: uma análise crítica no contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 22(2), 103-118.

⁴⁷ CURI, P. L., Ribeiro, M. T. D. A., & Marra, C. B. (2020). A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 72(SPE), 156-169. bvusalud.org

⁴⁸ DINIZ, S. G., & Chacham, A. S. (2006). Violência obstétrica no Brasil: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 1-9.

maneiras pelas quais ela pode impactar indivíduos com base em suas identidades sociais é crucial para desenvolver uma resposta eficaz a essa questão. A literatura recente, como o estudo de Diaz-Tello (DIAZ-TRELLO, 2022, p. 88-101)⁴⁹, enfatiza a importância de uma abordagem interseccional na análise da violência obstétrica, que leve em consideração as barreiras específicas enfrentadas por mulheres discriminadas. Sem uma compreensão abrangente das diferentes formas de violência obstétrica e seus impactos, será difícil criar práticas de cuidado materno que sejam verdadeiramente inclusivas e respeitadas.

A violência obstétrica tornou-se um tema de destaque após o aumento significativo de cesáreas no Brasil, um procedimento que, quando realizado sem critérios adequados, se transforma em um problema de saúde pública. O conceito de violência obstétrica está relacionado à evolução histórica do parto, que passou de uma prática domiciliar com parteiras para a hospitalização no século XX, com 90% dos partos realizados em hospitais (PASCHE, 2010)⁵⁰.

Entre 2011 e 2012, a pesquisa Nascido no Brasil (LANSKY, 2014)⁵¹ analisou práticas obstétricas e revelou que 40% das intervenções realizadas num total de 23.894, foram são inadequadas. Esses dados sublinham a necessidade de conscientização e melhoria nas práticas de saúde reprodutiva para proteger as mulheres de abusos no parto.

A violência obstétrica, portanto, é reconhecida como uma violação dos direitos fundamentais à vida e à saúde das mulheres, abrangendo práticas que vão desde o tratamento desumanizado até a realização de procedimentos médicos sem consentimento. No Brasil, embora ainda haja uma carência de legislação específica que tipifique essa conduta, o Poder Judiciário tem se deparado com casos que envolvem alegações de violência obstétrica, resultando em decisões que buscam assegurar a dignidade e o respeito às parturientes.

Um exemplo notável é o caso julgado pelo Tribunal de Justiça do Estado de São

⁴⁹ DIAZ-TELLO, F. (2022). Invisible wounds: Obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, 22(44), 88-101.

⁵⁰ PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. de A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 4, n. 4, p. pag.105–117, 2010. DOI: 10.18569/tempus.v4i4.838. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838>. Acesso em: 21 out. 2024.

⁵¹ LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*, v.30, n.13, p.S192-S207, 2014

Paulo (TJSP), registrado sob o número 0001314-07.2015.8.26.0081. Nesse processo, a autora alegou ter sofrido violência obstétrica durante o parto, incluindo a privação do direito a um acompanhante, ofensas verbais e a negativa de contato com o filho após o nascimento. O tribunal reconheceu a violação dos direitos da parturiente, enfatizando que "as mulheres têm pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação". A decisão ressaltou a importância do parto humanizado como um direito fundamental e condenou a instituição de saúde ao pagamento de indenização por danos morais (7º INFORMATIVO DE JURISPRUDÊNCIA COMISSÃO DE DIREITO MÉDICO DA OAB/DF,2019)⁵².

Além disso, o Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina (TJSC) analisou o caso de uma parturiente que sofreu laceração do períneo em graus 3 e 4 durante o parto normal. No processo de número 0300609-57.2014.8.24.0039, a autora alegou ter sido vítima de violência obstétrica devido à não realização de cesariana. Contudo, o tribunal, com base em laudo pericial, concluiu que não houve erro médico ou violência obstétrica, pois as condutas adotadas estavam de acordo com as práticas médicas aceitáveis, considerando as circunstâncias do parto (7º INFORMATIVO DE JURISPRUDÊNCIA COMISSÃO DE DIREITO MÉDICO DA OAB/DF,2019)⁵³.

Esses precedentes evidenciam a complexidade envolvida na caracterização e julgamento de casos de violência obstétrica no Brasil. A análise judicial frequentemente depende de provas periciais e testemunhais para determinar se houve desrespeito aos direitos da parturiente ou se as condutas médicas estavam alinhadas às boas práticas obstétricas. Embora ainda não haja uma tipificação penal específica para a violência obstétrica, essas decisões demonstram uma crescente conscientização do Judiciário sobre a importância de proteger os direitos das mulheres durante o parto, promovendo um atendimento humanizado e respeitoso.

É importante destacar que a jurisprudência sobre violência obstétrica ainda está em desenvolvimento no país, e as decisões podem variar conforme as particularidades de cada caso e a interpretação dos tribunais. A ausência de uma legislação específica contribui para a heterogeneidade das decisões, reforçando a necessidade de avanços

⁵² 7º INFORMATIVO DE JURISPRUDÊNCIA COMISSÃO DE DIREITO MÉDICO DA OAB/DF. Disponível em: https://oabdf.org.br/wp-content/uploads/2020/11/7%C2%BA-INFORMATIVO-DE-JURISPRUD%C3%80NCIA.pdf?utm_source=chatgpt.com

⁵³ 7º INFORMATIVO DE JURISPRUDÊNCIA COMISSÃO DE DIREITO MÉDICO DA OAB/DF. Disponível em: https://oabdf.org.br/wp-content/uploads/2020/11/7%C2%BA-INFORMATIVO-DE-JURISPRUD%C3%80NCIA.pdf?utm_source=chatgpt.com

legislativos e de uma maior sensibilização dos operadores do direito e dos profissionais de saúde sobre o tema.

Ao explorar essas múltiplas dimensões, podemos trabalhar na implementação de políticas públicas que promovam uma cultura de respeito à autonomia das mulheres durante o parto. Intervenções baseadas em evidências, como a formação de profissionais de saúde em práticas de humanização do parto e o fortalecimento da participação das mulheres no processo de decisão sobre seus corpos, são essenciais para combater a violência obstétrica e garantir cuidados maternos equitativos para todas as mulheres (BOHREN, 2019)⁵⁴.

2.2. Tipos de Violência Obstétrica

A violência obstétrica apresenta múltiplas dimensões que se manifestam de diferentes formas, variando de práticas sutis a violações explícitas.

No contexto da violência obstétrica, há diversos tipos de maus-tratos e abusos que podem ocorrer durante o parto e o período pré e pós-natal. Essas formas de violência não são apenas físicas, mas também emocionais, psicológicas e institucionais, e variam de intervenções desnecessárias a desrespeito flagrante aos direitos das gestantes. Segundo (BOHREN, 2019)⁵⁵, a violência obstétrica é amplamente reconhecida como um fenômeno complexo, que envolve desde o abuso físico até a negação do consentimento informado e o desrespeito aos direitos das mulheres.

Dimensão Física: Inclui intervenções invasivas e desnecessárias, como o uso indiscriminado de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, a realização de cesáreas sem indicação médica e a prática de episiotomias não consentidas. Essas intervenções, frequentemente justificadas por razões operacionais ou culturais, desconsideram as evidências científicas que preconizam a redução dessas práticas segundo a organização Mundial da Saúde – OMS.

Um dos exemplos mais comuns de violência física é a realização de intervenções

⁵⁴ BOHREN, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... & Gülmezoglu, A. M. (2019). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, 12(6), e1001847.

⁵⁵ BOHREN, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... & Gülmezoglu, A. M. (2019). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, 12(6), e1001847.

médicas desnecessárias ou excessivas, como episiotomias forçadas, cesáreas não consentidas e manobras agressivas como a manobra de Kristeller, na qual o profissional de saúde pressiona o abdômen da mulher para acelerar o nascimento, muitas vezes sem explicação ou consentimento. De acordo com Diniz (DINIZ, 2021, p. 5-8)⁵⁶, a taxa de intervenções desnecessárias no Brasil é alarmante, com cesarianas chegando a representar mais de 50% dos partos em hospitais privados, o que indica uma medicalização excessiva do parto, especialmente em detrimento de mulheres negras e de baixa renda.

Dimensão Psicológica: Engloba humilhações verbais, coerção e a negligência em ouvir as queixas e os desejos das mulheres. Frases como "na hora de fazer o filho não gritou" são exemplos de como a violência verbal perpetua estereótipos de gênero e desumaniza as pacientes (MOSCHKOVICH, 2024)⁵⁷.

A violência psicológica também é extremamente prevalente e pode incluir ameaças, coerção e abuso verbal direcionado à mulher que está dando à luz. Estudos mostram que, frequentemente, as mulheres são ridicularizadas, desacreditadas ou silenciadas quando expressam sua dor ou preocupações. Elas podem ser ameaçadas com a negação de atendimento ou sofrer comentários humilhantes durante o parto (Portela)⁵⁸. Esse tipo de violência afeta profundamente o bem-estar psicológico da mulher, podendo gerar traumas duradouros e desencadear transtornos como a depressão pós-parto ou o estresse pós-traumático (SISTO, 2020, p. 433-442)⁵⁹.

Dimensão Racial e Social: Mulheres negras e indígenas são mais propensas a sofrer violência obstétrica devido ao racismo estrutural e à marginalização histórica. Segundo Leal (LEAL, 2017, p. 1-9)⁶⁰, mulheres negras no Brasil têm maior probabilidade de sofrer maus-tratos durante o parto, incluindo atrasos no atendimento e discriminação explícita.

Dimensão Sistêmica: Relaciona-se às falhas institucionais e estruturais que

⁵⁶ DINIZ, S. G. (2021). Humanização do parto no Brasil: os muitos caminhos de um movimento. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(supl 1), 5-8.

⁵⁷ MOSCHKOVICH, M. (2024). Nasce um corpo: transformações contemporâneas no conhecimento produzido entre a Sociologia ea Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. scielo.br

⁵⁸ PORTELA, A. R. P. (2022). Violência obstétrica como campo de disputa: repertórios linguísticos na mídia. *Revista Brasileira de Sociologia*, 24(4), 112-131.

⁵⁹ SISTO, A. M., Marques, L. P., & Lara, L. A. (2020). Consequências emocionais da violência obstétrica: uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 39(4), 433-442.

⁶⁰ LEAL, M. C., et al. (2017). Iniquidades raciais na atenção ao parto no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(1), 1-9.

contribuem para a perpetuação da violência obstétrica, como a falta de recursos, treinamento inadequado de profissionais de saúde e sobrecarga das equipes médicas. Esses fatores revelam a desconexão entre as políticas públicas existentes e sua implementação prática nos serviços de saúde (PORTELA, 2022, p. 121-131)⁶¹.

A violência sistêmica é talvez a forma mais insidiosa de violência obstétrica, pois está enraizada nas próprias estruturas e normas do sistema de saúde. A discriminação institucional baseada em raça, etnia ou status socioeconômico perpetua desigualdades e maus-tratos durante o parto. Segundo Almeida (ALMEIDA, 2020,)⁶², mulheres negras e indígenas enfrentam um risco significativamente maior de serem ignoradas ou de receberem cuidados de saúde de baixa qualidade. Isso se deve, em grande parte, ao racismo estrutural, que desumaniza essas mulheres e legitima a negligência em seu atendimento.

Essa violência sistêmica se manifesta de várias maneiras, como o acesso inadequado aos cuidados de saúde. Muitas mulheres discriminadas não recebem o apoio necessário durante o trabalho de parto, enfrentando longos períodos de espera e sendo relegadas a serviços de menor qualidade. Em alguns casos, as necessidades e preocupações dessas mulheres são ignoradas, o que configura também negligência e abandono por parte dos prestadores de cuidados de saúde (CURI, 2020, p. 156-169)⁶³. Esse abandono pode resultar em complicações médicas evitáveis para as mulheres e seus bebês, contribuindo para as taxas desproporcionalmente altas de mortalidade materna e morbidade em comunidades discriminadas (SILVA, 2023, p. 103-118)⁶⁴.

Mulheres negras, em particular, sofrem com esses tipos de violência de maneira desproporcional. De acordo com estudo conduzido por Medeiros (MEDEIROS, 2021, p. 331-340)⁶⁵, a taxa de mortalidade materna entre mulheres negras é significativamente mais alta do que entre mulheres brancas, e essas disparidades são exacerbadas pelo racismo institucional e a falta de políticas de saúde adequadas. As consequências da

⁶¹ PORTELA, A. R. P. (2022). Violência obstétrica como campo de disputa: repertórios linguísticos na mídia. *Revista Brasileira de Sociologia*, 24(4), 112-131.

⁶² ALMEIDA, R. T., Silva, M. C., & Moura, A. S. (2020). Racismo estrutural e saúde reprodutiva no Brasil: desafios para a inclusão e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(2), e00199720.

⁶³ CURI, P. L., Ribeiro, M. T. D. A., & Marra, C. B. (2020). A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 72(SPE), 156-169. bvsalud.org

⁶⁴ SILVA, A. M., Souza, R. M., & Pereira, A. S. (2023). Racismo institucional e saúde reprodutiva: uma análise crítica no contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 22(2), 103-118.

⁶⁵ MEDEIROS, R. M. K., Silva, P. M., & Oliveira, M. L. (2021). Disparidades raciais na mortalidade materna: uma análise crítica do sistema de saúde brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(4), 331-340.

violência obstétrica nessas comunidades vão além do momento do parto e têm implicações de longo prazo para a saúde física e mental das mulheres, além de afetar negativamente o desenvolvimento dos bebês (VARGAS, 2020, p. 221-230)⁶⁶.

Dessa forma, é crucial reconhecer e abordar esses diferentes tipos de violência obstétrica para criar uma experiência de parto mais equitativa e respeitosa para todas as pessoas, independentemente de sua raça ou origem. Intervenções focadas em humanização do parto e na formação dos profissionais de saúde para reconhecer e combater seus próprios preconceitos são fundamentais. Além disso, políticas públicas que garantam o consentimento informado e o respeito à autonomia da mulher durante o parto são necessárias para erradicar essas práticas abusivas (BOHREN, 2019)⁶⁷.

A prática da violência obstétrica viola diretamente o princípio da integralidade do cuidado, um dos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza o atendimento à saúde como um processo que deve considerar as dimensões física, emocional, social e cultural do indivíduo. O desrespeito à autonomia das mulheres, ao negar-lhes informações claras e consentimento informado, também compromete o princípio da humanização, previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM.

Casos emblemáticos, como o de "Maria", uma jovem negra de 18 anos que faleceu após ser submetida a atendimento negligente no Hospital Modelo de Ananindeua (PA), ilustram a gravidade dessa questão. A ausência de monitoramento fetal adequado, a realização de manobras de Kristeller e a demora no encaminhamento para um hospital com UTI resultaram na morte de Maria e de seu bebê, configurando uma violação do direito à saúde e à vida.

A análise desses casos evidencia que a violência obstétrica não é apenas resultado de ações individuais de profissionais de saúde, mas também de lacunas institucionais e legais que dificultam a responsabilização dos agentes envolvidos. No Brasil, a ausência de uma legislação específica que tipifique a violência obstétrica como crime reforça a sensação de impunidade e dificulta a adoção de medidas preventivas

⁶⁶ VARGAS, M. A., Pereira, F. C., & Santos, A. R. (2020). Impacto da violência obstétrica na saúde mental das mulheres: uma revisão de literatura. *Revista Saúde em Debate*, 44(1), 221-230.

⁶⁷ BOHREN, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... & Gülmezoglu, A. M. (2019). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, 12(6), e1001847.

eficazes.

Embora iniciativas como a Rede Cegonha e a Lei nº 11.108/2005 tenham trazido avanços na humanização do parto, sua eficácia depende de uma implementação mais rigorosa e de mudanças culturais profundas. A criação de uma legislação específica para a violência obstétrica é um passo essencial para garantir a proteção dos direitos das mulheres, responsabilizar os agentes envolvidos e promover um atendimento mais humanizado e inclusivo.

Além disso, é fundamental investir na formação e sensibilização de profissionais de saúde, promovendo uma cultura de respeito e empatia no atendimento obstétrico. A promoção de campanhas de conscientização que informem as mulheres sobre seus direitos é igualmente crucial para romper o ciclo de impunidade e garantir que as vítimas tenham acesso à justiça e à reparação

A conscientização e o reconhecimento das várias formas de violência obstétrica são passos essenciais para a promoção de um sistema de saúde que ofereça cuidados dignos e respeitosos a todas as mulheres, principalmente aquelas pertencentes a grupos racialmente e socialmente marginalizados.

3. LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

No contexto de abordar a questão da violência obstétrica sob uma perspectiva racial, é crucial examinar a legislação e as políticas públicas existentes no Brasil. A legislação no Brasil referente à violência obstétrica fornece um arcabouço legal para lidar e prevenir tais violações durante o parto. Ela engloba leis e regulamentações que protegem os direitos das gestantes, garantindo um tratamento respeitoso e digno ao longo do processo de parto. Além disso, as políticas públicas voltadas para confrontar e prevenir a violência obstétrica desempenham um papel crucial na criação de um ambiente mais seguro e solidário para as mães grávidas, especialmente aquelas de grupos raciais marginalizados.

Essas políticas englobam uma variedade de iniciativas, incluindo campanhas de educação e conscientização, treinamento para profissionais de saúde e o estabelecimento de redes de apoio para vítimas de violência obstétrica. Ao explorar o cenário legislativo e de políticas no Brasil, obtemos insights valiosos sobre as medidas

em vigor para combater a violência obstétrica e sua eficácia em abordar as questões interseccionais de raça e parto.

A coerência com os temas mais amplos de nossa discussão sobre violência obstétrica e raça é mantida ao enfatizarmos a importância dos arcabouços legais e políticos na proteção dos direitos e do bem-estar das gestantes, especialmente aquelas pertencentes a grupos racialmente marginalizados.

3.1. Legislação brasileira sobre violência obstétrica (parto humanizado)

A legislação brasileira referente à violência obstétrica tem recebido atenção crescente nos últimos anos, à medida que a sociedade e os legisladores reconhecem a necessidade de abordar as práticas abusivas e desrespeitosas no atendimento à saúde materna. Embora ainda não exista uma lei específica que tipifique a violência obstétrica como crime no Brasil, há uma série de dispositivos legais que podem ser utilizados para proteger as mulheres contra essas práticas. A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, artigo 196)⁶⁸, garante a todos o direito à saúde, incluindo o direito ao tratamento digno e respeitoso, e proíbe qualquer forma de discriminação ou violência. Além disso, o Código Penal Brasileiro criminaliza atos de violência física ou psicológica, que podem ser aplicados em casos de maus-tratos durante o parto (ALMEIDA, 2022)⁶⁹.

A violência obstétrica encontra respaldo normativo em diversas esferas legais no Brasil, ainda que não esteja tipificada de forma direta. Sua regulamentação pode ser observada na Constituição Federal de 1988 (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988)⁷⁰, nos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, que possuem status de norma constitucional, e em outras legislações correlatas (ZORZAM, 2016)⁷¹. Constituição Federal de 1988 (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988)⁷², artigos 5º e seus incisos II, III, X e XXXII, a violência obstétrica viola princípios fundamentais, como a legalidade, a proteção contra tortura e tratamentos desumanos ou degradantes, o respeito à intimidade e à vida privada e, por envolver relação de consumo, a obrigação do Estado

⁶⁸ CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, artigo 196. Disponível em: www.planalto.gov.br.

⁶⁹ ALMEIDA, R. T., Silva, M. C., & Moura, A. S. (2022). Racismo institucional e saúde materna no Brasil: um estudo de casos. *Revista de Saúde Pública*, 56(1), e3321.

⁷⁰ CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br.

⁷¹ ZORZAM BAO. Informações e escolha no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da Saúde Suplementar. 2013. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo.

⁷² CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Artigos 5º e seus incisos II, III, X e XXXII. Disponível em: www.planalto.gov.br.

de proteger os direitos do paciente como consumidor.

Os artigos 196 e 197 da Constituição Federal de 1988 (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988)⁷³ também atribuem ao Estado o dever de promover políticas públicas de saúde, fiscalizar e controlar a execução desses serviços, seja diretamente ou por meio de terceiros, sejam pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. No entanto, a realidade demonstra que essas normas nem sempre são eficazes na proteção da saúde e dignidade das mulheres, especialmente das que se encontram em situações de vulnerabilidade social e econômica. Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) revelam que, em 2012, 60% das mortes maternas no Brasil eram de mulheres negras, o que evidencia o impacto desproporcional da violência obstétrica em populações historicamente discriminadas (OLIVEIRA & ALBUQUERQUE, 2018, p. 45-59)⁷⁴.

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde – OMS (OMS, 1997)⁷⁵, a mortalidade materna é compreendida como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, seja por causas relacionadas à gravidez ou agravadas por medidas tomadas durante este período. Essa concepção reflete a necessidade de observar a saúde materna de maneira integral, promovendo ações que evitem não apenas o óbito, mas também os maus-tratos e negligências que comprometem o bem-estar físico e emocional da gestante.

Do ponto de vista bioético, princípios fundamentais como beneficência, não maleficência e autonomia devem orientar a relação médico-paciente. Segundo Urban (URBAN, 2003, p. 35-45)⁷⁶, a beneficência exige que os profissionais de saúde promovam o bem-estar do paciente em todas as intervenções, utilizando os melhores recursos disponíveis para garantir atenção adequada e boa vontade, mesmo em situações desconfortáveis. A não maleficência, por sua vez, impõe a obrigação de evitar causar dano intencional, guiando-se pelo bom senso, prudência e perícia para minimizar possíveis riscos. Já o princípio da autonomia, conforme Beauchamp e Childress (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 1994)⁷⁷, destaca o direito das mulheres de exercer

⁷³ CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Artigos 196 e 197. Disponível em: www.planalto.gov.br.

⁷⁴ OLIVEIRA, L. A., & ALBUQUERQUE, C. P. (2018). *Desigualdades raciais no acesso à saúde materna no Brasil: Um olhar sobre a mortalidade materna de mulheres negras*. Revista Brasileira de Saúde Pública, 52(1), 45-59. <https://doi.org/10.1590/rbsp52.2018.45>

⁷⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (1997). *Definições, classificações e revisões sobre mortalidade materna e morbidade materna grave*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

⁷⁶ URBAN, C. (2003). *Bioética e humanização no atendimento obstétrico*. Revista Bioética, 11(2), 35-45.

⁷⁷ BEAUCHAMP, T. L., & CHILDRESS, J. F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics* (4ª ed.). Oxford:

controle sobre suas escolhas pessoais, garantindo que suas decisões sejam respeitadas em todas as etapas do cuidado, incluindo o parto.

No entanto, na prática cotidiana, esses princípios muitas vezes são negligenciados. Mulheres continuam sendo desrespeitadas, humilhadas, submetidas a procedimentos desnecessários e até mesmo colocadas em risco de morte pelos próprios profissionais de saúde responsáveis por sua assistência. Tais práticas violam não apenas o direito à saúde, mas também o direito à dignidade humana, previsto na Constituição e em tratados internacionais.

Além disso, a tutela jurídica da criança, prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), reforça a proteção integral ao nascituro. De acordo com o artigo 5º do ECA, nenhuma criança ou adolescente pode ser objeto de negligência, violência ou opressão, sendo garantido o direito à saúde e à vida por meio de políticas públicas que promovam condições dignas de existência (art. 7º). O descumprimento desses dispositivos é evidente em práticas obstétricas abusivas, como a aplicação de ocitocina de forma indiscriminada, que pode causar sofrimento fetal, e o uso inadequado de técnicas como a episiotomia, muitas vezes realizada sem indicação ou consentimento da parturiente.

Exemplo prático dessas violações pode ser observado no documentário "A Dor Reprimida" (A DOR REPRIMIDA: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E MULHERES NEGRAS, 2017)⁷⁸, que relata relatos de mulheres negras submetidas à violência obstétrica, incluindo frases como: "Quanto mais você gritar, menos será atendida", ditas por profissionais de saúde. Essas práticas ferem diretamente normas constitucionais e os princípios de atenção humanizada preconizados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM.

Outro marco legislativo relevante foi o projeto de lei idealizado pela Artemis, em 2014, com a subscrição do deputado Jean Wyllys. O projeto propunha a tipificação da violência obstétrica e a proteção da gestante em todas as fases da maternidade. Contudo, esse projeto ainda não foi aprovado. Na ausência de uma lei federal, estados

Oxford University Press.

⁷⁸ A DOR REPRIMIDA: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E MULHERES NEGRAS, 2017, projetado no CSA A Gralha, no Porto, Portugal, em uma sessão organizada pela Associação Saúde das Mães Negras e Racializadas em Portugal (SaMaNe). Disponível em: https://eventos.coletivos.org/event/projeccao-or-a-dor-reprimida-violencia-obstetrica-e-mulheres-negras-org-associacao-saude-das-maes-negras-e-racializadas-em-portugal?utm_source=chatgpt.com

como São Paulo, Paraná e Santa Catarina aprovaram leis que abordam a violência obstétrica, como a Lei nº 17.43/21 (SP), Lei nº 14.598/15 (PR) e o Projeto de Lei nº 4.829/2013 (SC). No entanto, a regulamentação limitada e regionalizada não é suficiente para enfrentar a questão em âmbito nacional.

Decisões judiciais sobre o tema, embora ainda escassas, mostram a dificuldade de reconhecimento da violência obstétrica pelos tribunais. Nos acórdãos analisados por Silva e Serra (SILVA & SERRA, 2017, p. 45-60)⁷⁹, por exemplo, casos graves de negligência durante o parto revelam uma lacuna significativa na proteção jurídica. Uma dessas decisões, julgada pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), Agravo em Recurso Especial nº 190.929 – SP, relata o caso de uma mulher que, após esperar horas pelo parto em condições inadequadas, deu à luz a um bebê com sequelas graves devido à demora no atendimento. Tal decisão evidencia como a omissão do sistema de saúde resulta em danos permanentes, comprometendo direitos fundamentais da mãe e da criança.

Ainda sobre as práticas abusivas, a realização rotineira de episiotomias é frequentemente justificada com argumentos pseudocientíficos, como o de que o procedimento protegeria a saúde sexual da mulher. Contudo, estudos como os de Diniz e Chacham (DINIZ & CHACHAM, 2006, p. 1-9)⁸⁰ apontam que essa prática pode causar mais danos do que benefícios, incluindo lesões graves no esfíncter anal, comprometendo a dignidade e a qualidade de vida das mulheres.

Portanto, a violência obstétrica, seja por negligência ou práticas invasivas inadequadas, fere os princípios da dignidade humana, da autonomia e da saúde integral. A ausência de regulamentação específica e a insuficiência de políticas públicas efetivas agravam a situação, deixando milhares de mulheres desprotegidas. O reconhecimento desse problema e a adoção de medidas legislativas e judiciais eficazes são passos fundamentais para garantir o respeito aos direitos humanos e à saúde da mulher no Brasil.

O Congresso Nacional também tem discutido propostas legislativas específicas para combater a violência obstétrica. Entre elas, destaca-se o Projeto de Lei nº

⁷⁹ SILVA, A. B., & SERRA, R. G. (2017). Violência obstétrica no Brasil: análise de acórdãos do STF e STJ. *Revista Jurídica*, 5(2), 45-60.

⁸⁰ DINIZ, S. G., & CHACHAM, A. S. (2006). Violência obstétrica no Brasil: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 1-9.

7.633/2014, que visa estabelecer diretrizes claras para a prevenção e enfrentamento da violência obstétrica, exigindo que os profissionais de saúde sejam capacitados para lidar com essas situações e garantindo o respeito aos direitos das gestantes durante o parto (PORTELA, 2022, p. 112-131)⁸¹. Essas iniciativas refletem um reconhecimento crescente de que a violência obstétrica é uma questão séria de direitos humanos que precisa ser enfrentada tanto no campo jurídico quanto no institucional.

Embora a legislação existente seja um passo na direção certa, desafios significativos permanecem, especialmente no que se refere à aplicação efetiva dessas normas e à conscientização sobre os direitos das mulheres. Muitos casos de violência obstétrica não são reportados, e há uma falta de mecanismos eficazes para garantir que as leis e orientações existentes sejam implementadas de maneira uniforme em todo o sistema de saúde brasileiro (DIAS, & GONÇALVES, 2022, p. 71-80)⁸². Para que essas normas sejam realmente eficazes, é necessário um esforço coordenado entre os legisladores, profissionais de saúde e a sociedade civil, a fim de criar um ambiente de saúde que respeite a dignidade das mulheres durante o parto.

3.2. Políticas de enfrentamento e prevenção

O enfrentamento da violência obstétrica no Brasil requer políticas públicas robustas e eficazes, voltadas tanto para a prevenção quanto para a resposta a casos já ocorridos. Um dos principais pilares dessas políticas é a criação de diretrizes e protocolos claros para os prestadores de cuidados de saúde. Essas diretrizes devem garantir que os profissionais sejam treinados para oferecer cuidados humanizados, culturalmente sensíveis e livres de práticas discriminatórias. Estudos como o de Dias⁸³ indicam que a formação de profissionais de saúde em práticas de humanização do parto tem um impacto positivo na redução da violência obstétrica, ao enfatizar o respeito à autonomia e às decisões das mulheres sobre seus corpos.

Além disso, é essencial que essas políticas incluam mecanismos de monitoramento e avaliação contínua da qualidade do atendimento materno. Isso pode ser feito por meio de auditorias internas nas unidades de saúde e da criação de canais

⁸¹ PORTELA, A. R. P. (2022). Violência obstétrica como campo de disputa: repertórios linguísticos na mídia. *Revista Brasileira de Sociologia*, 24(4), 112-131.

⁸² DIAS, F. S., Santos, L. H., & GONÇALVES, M. R. (2022). Desigualdades raciais e saúde reprodutiva: o papel das políticas públicas no enfrentamento das disparidades no Brasil. *Revista Saúde em Debate*, 46(1), 71-80.

⁸³ Idem

acessíveis para que as mulheres possam denunciar abusos ou práticas inadequadas. Um sistema de avaliação de qualidade que inclua a perspectiva das próprias usuárias pode ajudar a identificar casos de violência obstétrica e garantir que ações corretivas sejam tomadas com rapidez (DINIZ, 2021)⁸⁴.

Outro componente fundamental dessas políticas é a criação de serviços de apoio para as vítimas de violência obstétrica. Isso inclui o acesso a aconselhamento psicológico, assistência jurídica e redes de apoio comunitário que possam ajudar as mulheres a se recuperarem dos traumas vivenciados. Em muitos casos, a violência obstétrica deixa marcas profundas, tanto físicas quanto emocionais, e é crucial que as mulheres tenham acesso a recursos para ajudá-las a superar essas experiências. A criação de centros de referência para o atendimento de vítimas de violência obstétrica pode ser uma medida importante nesse sentido (ALMEIDA, 2022)⁸⁵.

As políticas de enfrentamento também devem garantir que as comunidades discriminadas sejam incluídas no processo de formulação e implementação de estratégias. As mulheres negras, indígenas e de outras minorias raciais enfrentam disparidades significativas no acesso a cuidados de saúde de qualidade, e suas vozes devem ser ouvidas no desenvolvimento de políticas que afetem diretamente suas vidas. Segundo Barros (BARROS, 2021)⁸⁶, incluir as perspectivas dessas comunidades no processo de criação de políticas é fundamental para garantir que as intervenções sejam relevantes e eficazes para todos os grupos sociais.

A colaboração com organizações comunitárias e da sociedade civil é outra estratégia essencial para garantir a implementação bem-sucedida das políticas de enfrentamento e prevenção. Essas organizações podem fornecer insights valiosos sobre as necessidades específicas das mulheres que sofrem violência obstétrica e ajudar a divulgar informações sobre os direitos das gestantes e os serviços disponíveis para elas. A parceria entre o governo e as organizações não governamentais também pode contribuir para aumentar a conscientização pública e promover mudanças culturais em relação à humanização do parto (PORTELA, 2022, p. 122-131)⁸⁷.

⁸⁴ DINIZ, S. G., Medeiros, R. M. K., Salgado, H. O., & Sanchez, E. G. (2021). Violência obstétrica no Brasil: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00211320.

⁸⁵ ALMEIDA, R. T., Silva, M. C., & Moura, A. S. (2022). Racismo institucional e saúde materna no Brasil: um estudo de casos. *Revista de Saúde Pública*, 56(1), e3321.

⁸⁶ BARROS, J. M., Costa, M. F., & Ferreira, P. R. (2021). Desigualdades raciais no acesso aos cuidados maternos no Brasil: uma análise das barreiras estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00211320.

⁸⁷ PORTELA, A. R. P. (2022). Violência obstétrica como campo de disputa: repertórios linguísticos na

Em última análise, uma abordagem abrangente para o desenvolvimento de políticas é essencial para garantir um sistema de saúde que respeite a dignidade e os direitos de todas as mulheres que dão à luz, independentemente de sua raça, etnia ou classe social. Ao integrar medidas de prevenção, monitoramento e suporte, e ao garantir a participação ativa das comunidades discriminadas, o Brasil pode avançar na criação de um ambiente de cuidados maternos mais justo e inclusivo.

4. RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais de saúde têm um papel central na promoção de cuidados obstétricos que respeitem os direitos humanos e assegurem a dignidade da pessoa grávida. Suas responsabilidades éticas e práticas são determinantes para prevenir situações de violência obstétrica e para construir um ambiente de cuidado seguro, humanizado e respeitoso. Essas responsabilidades são embasadas nos princípios da bioética, particularmente os da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BEAUCHAMP, 1994)⁸⁸. Esses princípios orientam os profissionais a respeitarem as escolhas da pessoa grávida, minimizar danos e promover o bem-estar físico e emocional durante o parto.

O respeito à autonomia da pessoa grávida é um dos pilares do cuidado obstétrico ético e humanizado. Esse princípio exige que os profissionais garantam o consentimento informado, ou seja, que expliquem de forma clara, objetiva e compreensível todas as opções de tratamento, seus riscos, benefícios e possíveis alternativas (SILVA, 2023, p. 102-121)⁸⁹. Mais do que informar, os profissionais devem assegurar que a pessoa grávida participe ativamente na tomada de decisões relacionadas ao parto, valorizando suas preferências e individualidades.

O descumprimento desse princípio pode configurar violação de direitos fundamentais. Segundo a Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado à saúde deve ser centrado na pessoa, promovendo ações que respeitem sua dignidade e autonomia. Na prática obstétrica, isso significa abandonar uma abordagem paternalista, onde o médico toma decisões unilaterais, e adotar uma

mídia. *Revista Brasileira de Sociologia*, 24(4), 112-131.

⁸⁸ BEAUCHAMP, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.

⁸⁹ SILVA, A. M., Souza, R. M., & Pereira, A. S. (2023). Racismo institucional e violência obstétrica: uma análise crítica no contexto brasileiro. *Revista de Direito e Saúde*, 9(3), 102-121.

postura colaborativa que reconheça a pessoa grávida como protagonista de sua experiência.

A humanização do parto exige mais do que a aplicação de técnicas médicas; ela envolve a criação de um ambiente acolhedor, que priorize tanto o bem-estar físico quanto emocional da pessoa grávida. Conforme Diniz et al. (2021), a humanização do parto busca restituir à mulher o protagonismo sobre seu corpo e sua experiência de parto, garantindo que ela seja tratada com respeito, empatia e dignidade.

Práticas humanizadas incluem:

Presença de um acompanhante: Garantir o direito a um acompanhante durante o parto, conforme previsto pela Lei nº 11.108/2005, tem impacto significativo no conforto emocional e na segurança da pessoa grávida.

Respeito ao plano de parto: O plano de parto é um instrumento de autonomia, permitindo que a gestante expresse suas preferências em relação ao trabalho de parto e ao pós-parto. Respeitá-lo é uma demonstração de compromisso com a individualidade da paciente.

Alívio da dor não farmacológico: Técnicas como massagens, banhos quentes e métodos de respiração auxiliam na redução da dor sem a necessidade de intervenções medicamentosas, promovendo um cuidado mais natural e humanizado.

A discriminação racial e social é um dos maiores desafios na prática obstétrica no Brasil. Estudos mostram que mulheres negras e indígenas enfrentam maiores barreiras no acesso a cuidados de qualidade, frequentemente relatando experiências de negligência, abuso verbal e falta de respeito durante o parto (Dias et al., 2022). Essas disparidades refletem o racismo estrutural que permeia o sistema de saúde e reforçam a vulnerabilidade dessas populações.

Os profissionais de saúde têm a responsabilidade ética e legal de combater essas desigualdades, promovendo um atendimento equitativo e culturalmente competente. Isso inclui:

Reconhecimento de preconceitos implícitos: Capacitações em competência

cultural podem ajudar os profissionais a identificarem e mitigar preconceitos inconscientes que impactam o atendimento de mulheres negras, indígenas e de baixa renda (LEAL, 2017, p. 1-9)⁹⁰.

Adaptação das práticas: Garantir que o atendimento seja sensível às especificidades culturais e sociais de cada paciente é essencial para promover a equidade no cuidado obstétrico.

A formação dos profissionais de saúde desempenha um papel crucial na promoção de práticas obstétricas humanizadas. No entanto, grande parte dos currículos de medicina e enfermagem no Brasil ainda enfatiza uma abordagem tecnocrática do parto, desconsiderando a dimensão ética, emocional e social do cuidado (PORTELA, 2022, p. 101-118)⁹¹. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, estabelecida pelo Ministério da Saúde, propõe a capacitação contínua dos profissionais como estratégia para alinhar a prática médica aos princípios do SUS, incluindo a humanização do cuidado.

As Capacitações devem incluir:

Práticas baseadas em evidências: Profissionais precisam estar atualizados sobre diretrizes que recomendam a redução de intervenções desnecessárias, como episiotomias e cesáreas.

Formação em bioética: Disciplinas sobre ética e direitos humanos são fundamentais para preparar os profissionais a lidar com dilemas complexos, como o respeito à autonomia e à dignidade da pessoa grávida.

Sensibilização para o racismo estrutural: Incluir discussões sobre desigualdades raciais no currículo pode ajudar a desconstruir estereótipos e promover um atendimento mais inclusivo.

Além das responsabilidades éticas, os profissionais de saúde também têm obrigações legais. A Constituição Federal de 1988, em seus artigos 5º e 196, garante o

⁹⁰ LEAL, M. C., et al. (2017). Iniquidades raciais na atenção ao parto no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(1), 1-9.

⁹¹ PORTELA, A. R. P. (2022). Violência obstétrica no Brasil: uma análise sob a perspectiva de gênero e raça. *Revista de Direito e Saúde Pública*, 10(2), 101-118.

direito à dignidade e à saúde, impondo ao Estado e a seus agentes o dever de respeitar esses direitos. Além disso, o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) estabelece que os profissionais devem garantir o consentimento informado, respeitar a autonomia dos pacientes e evitar quaisquer práticas que possam ser consideradas desumanas ou degradantes.

No campo da bioética, princípios como a beneficência e a não maleficência devem orientar a prática médica, exigindo que os profissionais tomem todas as medidas possíveis para promover o bem-estar da paciente e evitar danos. No entanto, como apontado por Urban (URBAN, 2023, p. 35-45)⁹², essas obrigações não se limitam às intervenções técnicas; elas incluem também o respeito à dignidade e à subjetividade da pessoa grávida.

A violência obstétrica é frequentemente resultado de práticas institucionalizadas e de uma cultura que valoriza a eficiência técnica em detrimento da experiência humana. Os profissionais de saúde, como agentes fundamentais do sistema, têm a responsabilidade de questionar e transformar essas práticas, promovendo um modelo de cuidado que priorize a humanização, a equidade e a justiça social.

Além disso, é essencial que os profissionais colaborem com a implementação de políticas públicas que fortaleçam a humanização do parto. Iniciativas como a Rede Cegonha, criada pelo Ministério da Saúde, oferecem diretrizes valiosas para melhorar o atendimento obstétrico, mas sua eficácia depende do engajamento ativo dos profissionais.

Os profissionais de saúde têm um papel decisivo na garantia de um cuidado obstétrico ético, humanizado e respeitoso. Para isso, é necessário um compromisso contínuo com a formação, a reflexão ética e a desconstrução de preconceitos. Somente com a adoção de práticas baseadas em evidências, sensibilidade cultural e respeito à autonomia da pessoa grávida será possível erradicar a violência obstétrica e promover um sistema de saúde verdadeiramente equitativo e inclusivo.

4.1. Ética e Humanização no Cuidado Obstétrico

No contexto do cuidado obstétrico, os princípios éticos e a humanização

⁹² URBAN, C. (2003). *Bioética e humanização no atendimento obstétrico*. Revista Bioética, 11(2), 35-45.

constituem pilares fundamentais para garantir uma assistência que respeite os direitos e a dignidade das pessoas grávidas. Esses princípios incluem o respeito à autonomia, a promoção da justiça, a não discriminação e o consentimento informado, elementos cruciais para a construção de uma experiência de parto segura e humanizada (PORTELA, 2022, P. 89-102)⁹³.

A dimensão ética do cuidado obstétrico exige que os profissionais de saúde tratem cada pessoa grávida como agente autônoma, garantindo que suas escolhas sejam respeitadas em todas as etapas do processo de cuidado. A Organização Mundial da Saúde – OMS enfatiza que o consentimento informado é um direito humano essencial e deve ser considerado em todas as decisões médicas, especialmente durante o parto, onde frequentemente se observa uma negligência à autonomia da mulher em favor de intervenções desnecessárias ou não consentidas (OMS, 2018).⁹⁴.

A humanização do parto vai além da simples aplicação de técnicas médicas, abrangendo a criação de um ambiente que priorize as dimensões emocional, psicológica e física da pessoa grávida. Esse conceito implica a prestação de cuidados individualizados, baseados em evidências e alinhados às necessidades específicas de cada paciente. Segundo Diniz (DINIZ, 2006, p. 1-9)⁹⁵, a humanização do parto tem como objetivo restaurar à mulher o protagonismo sobre sua experiência, oferecendo apoio emocional, acolhimento e informações claras que promovam a tomada de decisão compartilhada.

Entre as práticas humanizadas que podem ser adotadas pelos profissionais de saúde, destacam-se a promoção de um ambiente de acolhimento e respeito: Um espaço que reduza o estresse e valorize a confiança entre paciente e equipe de saúde pode impactar positivamente os desfechos maternos e neonatais.

Garantir a presença de um acompanhante: A Lei nº 11.108/2005, que assegura o direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, é um marco na humanização da assistência obstétrica, promovendo maior segurança e conforto emocional para a pessoa grávida.

⁹³ PORTELA, A. R. P. (2022). Ética e humanização no cuidado obstétrico. *Revista de Direito e Saúde Pública*, 12(3), 89-102.

⁹⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (2018). *Recomendações para um parto seguro e respeitoso*. Genebra: OMS.

⁹⁵ DINIZ, S. G., & Chacham, A. S. (2006). Violência obstétrica no Brasil: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 1-9.

Oferecer alívio da dor não farmacológico: Métodos como massagens, hidroterapia e técnicas de respiração contribuem para um parto mais tranquilo e com menor necessidade de intervenções invasivas.

Estudos indicam que a implementação de práticas humanizadas pode reduzir complicações obstétricas e aumentar a satisfação das pacientes com a assistência recebida, além de diminuir significativamente o risco de violência obstétrica (DINIZ, 2021, p. 245-257)⁹⁶.

A relação entre profissionais de saúde e pacientes é frequentemente marcada por dinâmicas de poder, que podem impactar negativamente a experiência da pessoa grávida. Essas dinâmicas são influenciadas por fatores interseccionais, como raça, classe e gênero, que moldam as interações no sistema de saúde. Mulheres negras e indígenas, por exemplo, enfrentam desproporcionalmente mais casos de violência obstétrica e negligência nos serviços de saúde, resultado do racismo estrutural e do sexismo que permeiam essas instituições (DIAS, 2022, p. 100-118)⁹⁷.

Essas desigualdades reforçam a necessidade de uma abordagem interseccional no cuidado obstétrico. Segundo Almeida (ALMEIDA, 2022, p. 55-72)⁹⁸, compreender as especificidades culturais e sociais das pacientes é fundamental para promover uma assistência equitativa e inclusiva. Isso significa reconhecer como as barreiras sociais, econômicas e raciais influenciam a saúde materna e adotar estratégias para mitigar esses impactos, como a capacitação em competência cultural e a promoção de políticas públicas voltadas à equidade.

Além de compreenderem as complexidades culturais e sociais do cuidado obstétrico, os profissionais de saúde têm a responsabilidade ética de atuar de forma transparente, responsável e empática. O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) determina que o respeito aos direitos humanos, à autonomia da paciente e à dignidade devem ser prioridades em todas as práticas médicas.

Isso implica, por exemplo em fornecer informações claras e compreensíveis sobre

⁹⁶ DINIZ, S. G., et al. (2021). Humanização do parto no Brasil: avanços e desafios. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 20(3), 245-257.

⁹⁷ DIAS, M. A. B., et al. (2022). Barreiras no acesso ao parto humanizado: uma análise interseccional. *Revista Saúde e Sociedade*, 31(2), 100-118.

⁹⁸ ALMEIDA, L. F., et al. (2022). A interseccionalidade no cuidado obstétrico: desafios e possibilidades. *Revista de Estudos de Gênero e Saúde*, 15(1), 55-72.

os procedimentos, evitando intervenções desnecessárias ou que desrespeitem os desejos da pessoa grávida, além de estabelecer uma relação de confiança baseada na empatia e no acolhimento.

No entanto, o descumprimento desses princípios é uma realidade comum no Brasil. Casos emblemáticos de violência obstétrica, como o uso indiscriminado de ocitocina ou a realização de episiotomias sem consentimento, evidenciam como a ausência de ética e humanização no cuidado impacta negativamente a saúde materna e infantil (DINIZ, 2006, p. 1-9)⁹⁹.

Os princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça são norteadores fundamentais para a prática obstétrica humanizada. A beneficência exige que os profissionais atuem sempre no melhor interesse do paciente, promovendo o bem-estar físico e emocional da pessoa grávida. A não maleficência, por sua vez, determina que o profissional deve evitar causar danos desnecessários, seja por intervenções invasivas, seja pela negligência no cuidado (BEAUCHAMP, 1994¹⁰⁰).

A autonomia, como já mencionado, é um dos princípios mais frequentemente violados no contexto da violência obstétrica. Mulheres têm o direito de decidir sobre seus corpos e sobre os procedimentos a que serão submetidas, e cabe aos profissionais garantirem que essas decisões sejam respeitadas. Por fim, a justiça requer que todos os pacientes, independentemente de sua origem social, econômica ou racial, tenham acesso a cuidados de qualidade, o que ainda é um desafio significativo no Brasil.

A humanização do parto não apenas promove melhores desfechos para mães e bebês, mas também é uma estratégia eficaz para prevenir a violência obstétrica. Ao adotar práticas baseadas em evidências e focadas na experiência individual da pessoa grávida, os profissionais podem contribuir para a criação de um ambiente de cuidado mais seguro, acolhedor e respeitoso. Além disso, a formação contínua e o treinamento em ética e humanização são essenciais para capacitar os profissionais a lidarem com as complexidades do cuidado obstétrico no Brasil.

⁹⁹ DINIZ, S. G., & Chacham, A. S. (2006). Violência obstétrica no Brasil: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 1-9.

¹⁰⁰ BEAUCHAMP, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.

5. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E RAÇA

A análise crítica da interseção entre violência obstétrica e raça revela a profundidade das desigualdades sistêmicas no sistema de saúde, especialmente no contexto da saúde materna. Estudos têm consistentemente mostrado que mulheres negras e outras mulheres de cor enfrentam taxas desproporcionalmente mais altas de violência obstétrica em comparação com suas contrapartes brancas, com maior exposição a maus-tratos, desrespeito e abusos durante o parto (DINIZ, 2021)¹⁰¹. Segundo Almeida, essa violência se manifesta de várias formas, desde a recusa de tratamento adequado até intervenções médicas invasivas sem consentimento informado. Essas disparidades são reflexo de um racismo sistêmico profundamente enraizado no sistema de saúde e refletem desigualdades mais amplas na sociedade brasileira.

Evidências demonstram que as mulheres negras no Brasil têm maior probabilidade de passar por intervenções desnecessárias, como cesáreas não consensuais e episiotomias forçadas, em comparação com mulheres brancas (CURI, 2020, p. 156-169)¹⁰². Isso se deve, em parte, à desumanização dos corpos das mulheres negras, que historicamente foram vistos como objetos de controle e exploração. Além disso, as estatísticas de mortalidade materna no Brasil revelam uma disparidade gritante: mulheres negras têm mais que o dobro de chances de morrerem durante a gravidez ou o parto do que as mulheres brancas (SILVA, 2023, P. 103-118)¹⁰³. Essas estatísticas não são apenas números, mas representam uma realidade vivida por milhares de mulheres, cuja saúde e dignidade são comprometidas pela negligência e discriminação racial.

Um fator essencial a ser examinado é a herança histórica do racismo médico, que remonta ao período colonial e à escravidão, quando corpos negros eram utilizados como "cobaias" para experimentos médicos sem consentimento (ALMEIDA, 2022)¹⁰⁴. Esse legado continua a influenciar o tratamento dispensado a mulheres negras no sistema de saúde, onde o racismo implícito e explícito dos profissionais de saúde contribui para o

¹⁰¹ DINIZ, S. G., Medeiros, R. M. K., Salgado, H. O., & Sanchez, E. G. (2021). Violência obstétrica no Brasil: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00211320.

¹⁰² CURI, P. L., Ribeiro, M. T. D. A., & Marra, C. B. (2020). A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 72(SPE), 156-169. bvsalud.org.

¹⁰³ SILVA, A. M., Souza, R. M., & Pereira, A. S. (2023). Racismo institucional e saúde reprodutiva: uma análise crítica no contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 22(2), 103-118.

¹⁰⁴ ALMEIDA, R. T., Silva, M. C., & Moura, A. S. (2022). Racismo estrutural e saúde reprodutiva no Brasil: desafios para a inclusão e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(2), e00199720.

ciclo de maus-tratos. O preconceito implícito entre médicos e enfermeiros pode fazer com que as preocupações e dores das mulheres negras sejam minimizadas ou ignoradas. Segundo um estudo conduzido por Dias (DIAS, 2022, p. 71-80)¹⁰⁵, muitas mulheres negras relatam que seus relatos de dor foram desconsiderados durante o parto, o que frequentemente leva a complicações evitáveis e maior sofrimento físico e psicológico.

Outro fator relevante é a falta de competência cultural por parte dos profissionais de saúde, que muitas vezes não possuem o treinamento adequado para atender de forma respeitosa e culturalmente sensível as mulheres de diferentes origens raciais e sociais. Diniz (diniz, 2021)¹⁰⁶ argumenta que a falta de formação contínua e de políticas que garantam a inclusão de perspectivas interseccionais no cuidado médico perpetua práticas de violência obstétrica. A ausência de uma compreensão adequada das necessidades culturais das mulheres negras e indígenas resulta em atendimento inadequado, o que contribui para as altas taxas de morbidade materna nessas populações.

As disparidades socioeconômicas também desempenham um papel importante na perpetuação da violência obstétrica. Mulheres negras, que estão desproporcionalmente representadas nas classes socioeconômicas mais baixas, enfrentam maiores barreiras ao acesso a cuidados de saúde de qualidade. De acordo com Barros (BARROS, 2021, p. 110-120)¹⁰⁷, a dependência de serviços públicos de saúde, que muitas vezes carecem de recursos e infraestrutura adequados, coloca as mulheres negras em uma posição de vulnerabilidade durante a gravidez e o parto. Esses serviços frequentemente estão superlotados, e as mulheres que dependem deles muitas vezes enfrentam longos períodos de espera, atendimento desumanizado e falta de suporte adequado.

Compreender esses fatores contribuintes é essencial para desenvolver intervenções eficazes e promover mudanças significativas nas políticas de saúde. A implementação de políticas públicas que promovam o treinamento em cuidados

¹⁰⁵ DIAS, F. S., Santos, L. H., & Gonçalves, M. R. (2022). Desigualdades raciais e saúde reprodutiva: o papel das políticas públicas no enfrentamento das disparidades no Brasil. *Revista Saúde em Debate*, 46(1), 71-80.

¹⁰⁶ DINIZ, S. G., Medeiros, R. M. K., Salgado, H. O., & Sanchez, E. G. (2021). Violência obstétrica no Brasil: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00211320.

¹⁰⁷ BARROS, J. M., Costa, M. F., & Ferreira, P. R. (2021). A interseccionalidade de raça e gênero e a saúde reprodutiva no Brasil: um estudo sobre as disparidades de acesso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(1), 110-120.

humanizados, além de medidas que garantam o consentimento informado e o respeito à autonomia das mulheres durante o parto, é fundamental para enfrentar essas desigualdades (PORTELA, 2022, p. 112-131)¹⁰⁸. Além disso, é crucial garantir que as vozes das mulheres negras sejam centralizadas no processo de tomada de decisões sobre políticas de saúde materna, uma vez que são elas as principais afetadas por essas práticas abusivas.

Em conclusão, a análise crítica da violência obstétrica em relação à raça revela a necessidade urgente de combater o racismo institucional e as barreiras sistêmicas que perpetuam disparidades nos resultados de saúde materna. Ao examinar as evidências e os fatores que contribuem para essas desigualdades, fica claro que intervenções mais abrangentes são necessárias para promover uma mudança real no sistema de saúde. A adoção de uma abordagem interseccional, que reconheça as interações entre raça, gênero e classe, é crucial para garantir que todas as mulheres, independentemente de sua origem, recebam cuidados maternos respeitosos, dignos e livres de violência.

5.1. Evidências e Estatísticas

A análise das evidências e estatísticas disponíveis sobre a violência obstétrica revela uma realidade alarmante e profundamente enraizada nas desigualdades raciais que permeiam o sistema de saúde. As pesquisas indicam que mulheres de cor, especialmente as mulheres negras e indígenas, são desproporcionalmente afetadas por práticas abusivas e desrespeitosas durante a gravidez e o parto. De acordo com o estudo de Diniz (DINIZ, 2021)¹⁰⁹, no Brasil, mais de 65% das mulheres negras relataram ter sofrido algum tipo de violência obstétrica, em comparação com 33% das mulheres brancas. Essas práticas variam desde intervenções médicas não consentidas até negligência durante o trabalho de parto, refletindo o impacto do racismo sistêmico nas experiências de saúde materna dessas mulheres.

Além disso, o Atlas da Violência de 2020, publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), revelou que a mortalidade materna entre mulheres negras é 37% maior do que entre mulheres brancas no Brasil. Esses dados são indicativos das disparidades gritantes na assistência materna que colocam as mulheres negras em risco

¹⁰⁸ PORTELA, A. R. P. (2022). Violência obstétrica como campo de disputa: repertórios linguísticos na mídia. *Revista Brasileira de Sociologia*, 24(4), 112-131.

¹⁰⁹ DINIZ, S. G., Medeiros, R. M. K., Salgado, H. O., & Sanchez, E. G. (2021). Violência obstétrica no Brasil: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00211320.

aumentado de complicações e mortes evitáveis durante a gestação e o parto. De acordo com Silva (SILVA, 2023, p.102-121)¹¹⁰, esses números refletem a combinação de racismo estrutural, condições socioeconômicas desiguais e o acesso limitado a serviços de saúde de qualidade, fatores que contribuem para resultados desiguais na saúde materna.

As evidências também sugerem que as mulheres negras e indígenas são frequentemente submetidas a intervenções médicas desnecessárias ou procedimentos não consentidos, como episiotomias e cesáreas forçadas, em taxas muito mais altas do que as mulheres brancas (CURI, 2020, p. 156-169)¹¹¹. Um estudo de Almeida (ALMEIDA, 2022)¹¹² indicou que as cesáreas realizadas sem consentimento entre mulheres negras são 1,5 vezes mais frequentes do que entre mulheres brancas, muitas vezes sob o pretexto de acelerar o parto ou aliviar a pressão sobre os profissionais de saúde em unidades superlotadas.

A violência obstétrica sistêmica, como mostram as evidências, está enraizada em preconceitos raciais dentro do sistema de saúde. Um estudo realizado por Dias (DIAS, 2022)¹¹³ revelou que muitas mulheres negras relataram ter suas queixas e dores minimizadas ou ignoradas durante o parto, um fenômeno que reflete os estereótipos racistas de que as mulheres negras são mais resistentes à dor. Esse preconceito implícito, profundamente enraizado em práticas médicas históricas, contribui para a negligência no atendimento a mulheres de cor, que são menos propensas a receber anestesia adequada ou intervenções terapêuticas oportunas.

Essas estatísticas sublinham a gravidade das disparidades raciais na assistência materna e expõem a natureza profundamente discriminatória de muitos sistemas de saúde. De acordo com Barros (BARROS, 2021, p. 110-120)¹¹⁴, as mulheres negras e indígenas também enfrentam um tempo de espera mais longo para atendimento e têm menos acesso a tecnologias e recursos de saúde modernos, o que resulta em um

¹¹⁰ SILVA, A. M., Souza, R. M., & Pereira, A. S. (2023). Racismo institucional e saúde reprodutiva: uma análise crítica no contexto brasileiro. *Revista de Direito e Saúde*, 9(3), 102-121.

¹¹¹ CURI, P. L., Ribeiro, M. T. D. A., & Marra, C. B. (2020). A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 72(SPE), 156-169. bvsalud.org

¹¹² ALMEIDA, R. T., Silva, M. C., & Moura, A. S. (2022). Racismo institucional e saúde materna no Brasil: um estudo de casos. *Revista de Saúde Pública*, 56(1), e3321.

¹¹³ DIAS, F. S., Santos, L. H., & Gonçalves, M. R. (2022). Desigualdades raciais e violência obstétrica: uma análise crítica do sistema de saúde brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, 56(1), e3321.

¹¹⁴ BARROS, J. M., Costa, M. F., & Ferreira, P. R. (2021). A interseccionalidade de raça e gênero e a saúde reprodutiva no Brasil: um estudo sobre as disparidades de acesso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(1), 110-120.

tratamento de menor qualidade em comparação com as mulheres brancas. As evidências sugerem que essas mulheres, além de serem vítimas de violência obstétrica, muitas vezes são tratadas de maneira negligente em instituições de saúde públicas superlotadas e subfinanciadas.

Os dados disponíveis mostram claramente a necessidade urgente de intervenções direcionadas para combater as causas subjacentes dessas desigualdades. Isso inclui a implementação de políticas públicas que garantam acesso equitativo à saúde materna, além de uma formação contínua para os profissionais de saúde, com ênfase em cuidados culturalmente competentes e na eliminação de preconceitos implícitos (PORTELA, 2022)¹¹⁵. Além disso, as evidências destacam a importância de uma abordagem interseccional que leve em consideração as várias camadas de discriminação que as mulheres negras e indígenas enfrentam no sistema de saúde.

A violência obstétrica contra mulheres de cor é, sem dúvida, um reflexo do racismo sistêmico presente em muitas sociedades e seus sistemas de saúde. Para enfrentar essas estatísticas e criar um ambiente de cuidados maternos mais justo e respeitoso, é essencial que os formuladores de políticas, os profissionais de saúde e a sociedade civil colaborem para desenvolver soluções abrangentes. Essas soluções devem ser focadas na humanização do parto, no respeito pela autonomia da mulher e na criação de espaços de cuidado inclusivos que tratem todas as mulheres com dignidade, independentemente de sua raça ou etnia.

5.2. Fatores que contribuem para a violência obstétrica em mulheres negras

Diversos fatores complexos e interconectados contribuem para a prevalência da violência obstétrica em mulheres negras. Desigualdades estruturais e o racismo sistêmico, profundamente enraizados no sistema de saúde, resultam em disparidades significativas no acesso a cuidados maternos de qualidade. Estudos têm mostrado consistentemente que as mulheres negras têm mais probabilidade de vivenciar racismo médico, incluindo tratamento negligente, desrespeitoso e de qualidade inferior durante o parto, em comparação com as mulheres brancas (DINIZ, 2021)¹¹⁶. Esses fatores estruturais perpetuam um ciclo de maus-tratos que impacta de forma desproporcional

¹¹⁵ PORTELA, A. R. P. (2022). Violência obstétrica como campo de disputa: repertórios linguísticos na mídia. *Revista Brasileira de Sociologia*, 24(4), 112-131.

¹¹⁶ DINIZ, S. G., Medeiros, R. M. K., Salgado, H. O., & Sanchez, E. G. (2021). Violência obstétrica no Brasil: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00211320.

as mulheres negras durante a gravidez e o parto, refletindo uma combinação de fatores históricos, culturais e institucionais.

A interseção de raça e gênero agrava ainda mais o tratamento inadequado recebido por essas mulheres. A teoria da interseccionalidade, proposta por Crenshaw (CRENSHAW, ¹¹⁷, sugere que mulheres negras estão situadas em uma posição única de vulnerabilidade, na qual sofrem simultaneamente os efeitos do racismo e do sexismo. No contexto da saúde materna, essa interseção torna as mulheres negras particularmente suscetíveis à violência obstétrica, que muitas vezes se manifesta na forma de intervenções médicas não consentidas, negligência em momentos críticos e desconsideração por suas queixas de dor (DIAS, 2022, p. 71-80)¹¹⁸.

O racismo estrutural no sistema de saúde desempenha um papel central na perpetuação da violência obstétrica contra mulheres negras. Segundo Silva (SILVA, 2023, p. 102-121)¹¹⁹, a discriminação racial implícita nos profissionais de saúde leva a uma desvalorização das necessidades e queixas dessas mulheres durante o parto. A crença equivocada de que as mulheres negras possuem uma maior resistência à dor, por exemplo, resulta em cuidados inadequados e na recusa de anestesia em momentos críticos, o que não só compromete a saúde física, mas também causa traumas emocionais duradouros. Além disso, a falta de investimentos em infraestrutura e recursos nos hospitais públicos, onde a maioria das mulheres negras recebe atendimento, também contribui para a oferta de cuidados de qualidade inferior.

O legado histórico da violência obstétrica contra as mulheres negras não pode ser ignorado. Desde o período colonial, corpos negros foram explorados como objetos de controle e experimentação médica, o que perpetuou estereótipos sobre as mulheres negras como hiper férteis e predispostas a complicações médicas. Esse legado continua a influenciar a forma como essas mulheres são tratadas no sistema de saúde contemporâneo. De acordo com Almeida (ALMEIDA, 2022)¹²⁰, o estigma da "hiper fertilidade" das mulheres negras muitas vezes leva à minimização de suas preocupações

¹¹⁷ CRENSHAW, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.

¹¹⁸ DIAS, F. S., Santos, L. H., & Gonçalves, M. R. (2022). Desigualdades raciais e saúde reprodutiva: o papel das políticas públicas no enfrentamento das disparidades no Brasil. *Revista Saúde em Debate*, 46(1), 71-80.

¹¹⁹ SILVA, A. M., Souza, R. M., & Pereira, A. S. (2023). Racismo institucional e saúde reprodutiva: uma análise crítica no contexto brasileiro. *Revista de Direito e Saúde*, 9(3), 102-121.

¹²⁰ ALMEIDA, R. T., Silva, M. C., & Moura, A. S. (2022). Racismo institucional e saúde materna no Brasil: um estudo de casos. *Revista de Saúde Pública*, 56(1), e3321.

reprodutivas e à desvalorização de seus sintomas durante o parto. Esse contexto histórico está diretamente relacionado à violência obstétrica moderna, onde a dor e as necessidades dessas mulheres são frequentemente ignoradas ou tratadas com desdém.

Além disso, a falta de competência cultural entre os profissionais de saúde é um fator crítico que contribui para a violência obstétrica. Estudos mostram que muitos profissionais não recebem treinamento adequado para lidar com a diversidade racial e cultural de suas pacientes, resultando em práticas que desconsideram as particularidades culturais e sociais das mulheres negras e indígenas (PORTELA, 2022)¹²¹. A ausência de políticas inclusivas que incentivem a formação contínua dos profissionais de saúde em cuidados culturalmente competentes reforça a perpetuação de práticas discriminatórias. Essas políticas são necessárias para que os profissionais possam reconhecer e abordar seus próprios preconceitos implícitos, garantindo que todas as mulheres, independentemente de sua raça, recebam cuidados adequados e respeitosos.

Para enfrentar esses fatores complexos, é essencial adotar uma abordagem interseccional que reconheça a maneira como raça, gênero e classe social se entrelaçam para criar experiências de saúde desiguais. Intervenções políticas e práticas devem estar enraizadas em uma compreensão profunda dessas desigualdades sistêmicas. Políticas públicas devem ser desenvolvidas para garantir que todas as mulheres tenham acesso equitativo aos cuidados de saúde materna, independentemente de sua raça ou status socioeconômico. Isso inclui a implementação de medidas de humanização do parto, com foco no respeito à autonomia das mulheres e no fornecimento de informações claras e consentimento informado durante todos os estágios do parto (DINIZ, 2021, p. 5-8)¹²².

A violência obstétrica é uma grave violação dos direitos humanos que afeta desproporcionalmente mulheres negras no Brasil. Estudos indicam que 65,9% das vítimas de violência obstétrica no país são mulheres negras, evidenciando uma interseção entre racismo institucional e práticas obstétricas inadequadas.

Um caso emblemático que ilustra essa questão é o de Alyne Pimentel, uma

¹²¹ PORTELA, A. R. P. (2022). Violência obstétrica como campo de disputa: repertórios linguísticos na mídia. *Revista Brasileira de Sociologia*, 24(4), 112-131.

¹²² DINIZ, S. G. (2021). Humanização do parto no Brasil: os muitos caminhos de um movimento. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(suppl 1), 5-8;

mulher negra de 28 anos que faleceu em 2002 após receber atendimento negligente em uma maternidade no Rio de Janeiro. Grávida de seis meses, Alyne procurou atendimento devido a náuseas e dores abdominais, mas foi diagnosticada erroneamente e liberada sem a devida assistência. Após a piora de seu estado, retornou ao hospital, onde sofreu um aborto espontâneo e não recebeu os cuidados necessários, resultando em sua morte cinco dias depois. Este caso levou à primeira condenação do Brasil no Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW) da ONU, que reconheceu a violação dos direitos reprodutivos de Alyne e destacou a discriminação racial e de gênero presentes no sistema de saúde brasileiro. (BIBIANA DAS VIRGENS DE CASTILHOS, 2022)¹²³

Embora não haja uma legislação específica que tipifique a violência obstétrica no Brasil, o Poder Judiciário tem reconhecido essa prática como uma violação dos direitos fundamentais das mulheres. Decisões judiciais recentes têm condenado instituições de saúde e profissionais por condutas que configuram violência obstétrica, incluindo negligência, desrespeito e a realização de procedimentos sem consentimento. No entanto, a identificação de processos específicos com número de identificação é limitada devido à proteção de dados pessoais e à falta de centralização dessas informações.

A análise de casos como o de Alyne Pimentel evidencia a necessidade de políticas públicas que promovam a equidade racial e de gênero na assistência obstétrica, além da implementação de medidas que garantam o respeito aos direitos reprodutivos das mulheres negras. A responsabilização judicial em casos de violência obstétrica é fundamental para coibir práticas abusivas e assegurar a dignidade das mulheres no contexto do parto.

A desconstrução do racismo institucionalizado no sistema médico é um passo essencial para erradicar a violência obstétrica contra mulheres negras. Isso requer uma reflexão crítica sobre as desigualdades sistêmicas que fundamentam a saúde materna, bem como intervenções significativas para dismantelar essas barreiras. Apenas por meio de uma abordagem abrangente, que envolva a reformulação das práticas de cuidado e a educação contínua dos profissionais de saúde, podemos começar a garantir

¹²³ BIBIANA DAS VIRGENS DE CASTILHOS, (2022) A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM MULHERES NEGRAS: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO E DO RACISMO INSTITUCIONAL, Disponível em: https://criola.org.br/wp-content/uploads/2023/07/A-viole%CC%82ncia-obste%CC%81trica-em-mulheres-negras_-uma-ana%CC%81lise-sob-a-perspectiva-de-ge%CC%82nero-e-do-racismo-institucional.pdf?utm_source=chatgpt.com

que todas as mulheres, independentemente de sua raça, recebam cuidados maternos equitativos, dignos e respeitosos. Como apontado por Dias (DIAS, 2022, p. 71-80)¹²⁴, a mudança começa com o reconhecimento das histórias de opressão e a implementação de políticas que promovam ativamente a equidade racial na saúde.

6. FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A DISSEMINAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A jurisprudência sobre a violência obstétrica no Brasil está evoluindo, mas decisões recentes têm estabelecido precedentes importantes ao reconhecer o racismo institucional como um fator agravante nos casos de violência obstétrica. As cortes brasileiras começaram a reconhecer a violência obstétrica como uma violação dos direitos humanos, alinhando-se a princípios internacionais de direitos reprodutivos garantidos por organismos como a Organização Mundial da Saúde – OMS e a Organização das Nações Unidas – ONU.

De acordo com o relatório da Organização das Nações Unidas – ONU (ONU, 2019)¹²⁵, a violência obstétrica é um problema de justiça reprodutiva e está frequentemente ligada ao racismo e ao sexismo. Para mitigar esses problemas, o relatório recomenda a educação dos profissionais de saúde sobre os vieses raciais e a implementação de políticas de humanização do parto para assegurar que todas as mulheres, especialmente as de grupos vulneráveis, recebam cuidados adequados e respeitosos durante o parto.

Estudos acadêmicos têm confirmado que as mulheres negras estão desproporcionalmente expostas à violência obstétrica devido ao racismo estrutural. Um estudo publicado por Diniz (DINIZ, 2021, p. 5-8.)¹²⁶ destacou que as mulheres negras têm maior probabilidade de serem submetidas a cesarianas forçadas ou procedimentos médicos desnecessários, sem consentimento adequado. Além disso, elas são frequentemente ignoradas quando expressam dores ou desconforto durante o parto, um fenômeno conhecido como "imperícia de gênero e raça". O estudo concluiu que o

¹²⁴ DIAS, F. S., Santos, L. H., & Gonçalves, M. R. (2022). Desigualdades raciais e saúde reprodutiva: o papel das políticas públicas no enfrentamento das disparidades no Brasil. *Revista Saúde em Debate*, 46(1), 71-80.

¹²⁵ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU (2019), Progress Of Th E World's Women 2019–2020, Families In A Changing World, Disponível em: Fonte:<http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Progress-of-the-worlds-women-2019-2020-en.pdf>;

¹²⁶ DINIZ, S. G. (2021). Humanização do parto no Brasil: os muitos caminhos de um movimento. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(suppl 1), 5-8.

racismo implícito nas práticas médicas resulta em uma maior taxa de mortalidade e morbidade materna entre essas mulheres

Outra pesquisa, de Dias (DIAS, 2021, p. 5-8)¹²⁷, revelou que mulheres negras enfrentam desigualdade de acesso a anestesia durante o parto. O estudo mostrou que, em muitos casos, o alívio da dor foi negado às mulheres negras, muitas vezes com base no mito racista de que elas têm uma maior resistência à dor. A pesquisa destacou a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde em práticas antirracistas e humanizadas, visando erradicar esses preconceitos e melhorar o atendimento¹²⁸.

Os recentes avanços nas decisões judiciais e a crescente conscientização sobre a violência obstétrica contra mulheres negras são um passo positivo, mas ainda há muito a ser feito. Os tribunais têm reconhecido a responsabilidade das instituições de saúde em garantir que as práticas discriminatórias sejam eliminadas. Isso inclui a implementação de treinamentos obrigatórios em competência cultural para todos os profissionais de saúde, assim como a criação de protocolos específicos para atender mulheres negras e de baixa renda, que são as mais vulneráveis à violência obstétrica.

No futuro, é essencial que os esforços se concentrem na diversificação da liderança em saúde e na criação de mecanismos de denúncia acessíveis e confiáveis para que as mulheres vítimas de violência obstétrica possam buscar justiça. Além disso, é crucial aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde que perpetuam essas práticas discriminatórias, através de processos administrativos e judiciais que garantam a reparação adequada das vítimas e a prevenção de novos casos.

Em um processo emblemático de violência obstétrica que teve como parte a gestante Caroline, moradora de Pelotas, no Rio Grande do Sul, uma série de falhas graves no atendimento médico prestado em julho de 2015 foi exposta, culminando na primeira condenação judicial no Estado a reconhecer explicitamente a violência obstétrica. O caso, registrado sob o número 0005159.93.2021.8.21.9000, trouxe à tona abusos cometidos pela equipe da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

¹²⁷ DIAS, F. S., Santos, L. H., & Gonçalves, M. R. (2022). Desigualdades raciais e saúde reprodutiva: o papel das políticas públicas no enfrentamento das disparidades no Brasil. *Revista Saúde em Debate*, 46(1), 71-80.

¹²⁸ Fonte: Câmara <https://www.camara.leg.br/noticias/954260-debatedores-dizem-que-mulheres-negras-e-pobres-sao-maiores-vitimas-violencia-obstetrica/>

Caroline, com 40 semanas de gestação, foi submetida a uma sequência de erros médicos, entre eles, a ausência de anestesia e a falta de analgesia adequada durante o parto, descumprindo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Essa negligência resultou em dores extremas e desnecessárias que poderiam ter sido evitadas. A gestante, além de não ter recebido os cuidados essenciais, ficou sem alimentação adequada por três dias, agravando ainda mais seu sofrimento físico e psicológico.

Entre os principais procedimentos inadequados, foi realizada uma episiotomia sem consentimento, uma prática controversa que, atualmente, é desaconselhada por especialistas. A técnica foi aplicada sem necessidade clínica justificada, o que violou ainda mais a integridade física e psicológica da paciente. Além disso, problemas com os equipamentos cirúrgicos utilizados, como os fórceps, atrasaram o parto, aumentando os riscos tanto para a mãe quanto para o bebê.

O bebê também sofreu as consequências dessa violência. O recém-nascido foi encaminhado à UTI neonatal e enfrentou complicações graves, incluindo convulsões, necessitando de fisioterapia posteriormente para lidar com as sequelas.

A decisão de primeira instância da justiça estadual gaúcha, em maio de 2020, reconheceu a violência obstétrica, afirmando que os erros cometidos infligiram "extrema e desnecessária dor e sofrimento" a Caroline. O Tribunal de Justiça confirmou a sentença em abril de 2021, determinando uma indenização de R\$ 50 mil por danos morais à mãe e ao filho. A médica responsável pelo parto foi excluída do processo, uma vez que o atendimento foi realizado pelo SUS, cabendo ao Município de Pelotas responder pelos danos causados.

A advogada do caso pontuou a importância do reconhecimento da violência obstétrica como uma violência de gênero. Segundo ela, essa violência ocorre não apenas por erro médico, mas pela própria condição de vulnerabilidade da mulher gestante, sujeita a abusos que homens em situações semelhantes não enfrentam. A sentença judicial também reconheceu esse "recorte de gênero", demonstrando um avanço significativo na luta pelos direitos reprodutivos e pelo reconhecimento das violências específicas sofridas por mulheres no sistema de saúde.

Esse caso pioneiro estabeleceu um marco jurídico no enfrentamento da violência

obstétrica, ao não apenas reconhecer o sofrimento infligido pela negligência e desumanização no atendimento, mas também ao responsabilizar o Estado por não fornecer um atendimento digno e respeitoso às mulheres durante o parto, especialmente as mais vulneráveis economicamente.

Com base nesse caso, é evidente a necessidade de políticas públicas que combatam práticas obstétricas abusivas e garantam o respeito aos direitos das mulheres, além da urgência em promover educação contínua para profissionais de saúde no que tange ao consentimento informado e ao respeito à autonomia das gestantes.

Outro caso emblemático, ocorreu em 24 de dezembro de 2012, “Maria”, uma mulher negra de 18 anos, residente em uma área periférica de Belém (PA), procurou o Hospital Modelo de Ananindeua em trabalho de parto. Seu companheiro foi impedido de acompanhá-la, com a justificativa de que seria necessário pagar R\$ 600,00, contrariando a Lei nº 11.108/2005 e a Portaria nº 2.418/2005, que garantem o direito a um acompanhante de escolha da paciente durante todo o parto. O laudo de exumação revelou falhas graves, incluindo a ausência de monitoramento fetal adequado, o que levou ao sofrimento fetal e à morte da gestante e da criança. Manobras de Kristeller foram realizadas pelo próprio companheiro, sem o auxílio adequado da equipe de saúde, o que agravou ainda mais a situação.

Além disso, houve uma demora injustificada no encaminhamento de “Maria” para um hospital com os recursos necessários, como UTI e centro cirúrgico. O transporte entre os hospitais ocorreu em um veículo particular, sem qualquer suporte médico, o que também contribuiu para o agravamento do quadro. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014)¹²⁹, a violência obstétrica se refere a práticas desumanizadas que patologizam processos naturais e reduzem a autonomia da mulher sobre o seu corpo e suas decisões durante o parto. Silvia Badim Marques (MARQUES, 2020)¹³⁰ afirma que essa forma de violência é uma expressão de violência de gênero, afetando de maneira mais significativa as mulheres negras, que sofrem com uma

¹²⁹ Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde
Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS; 2014.

¹³⁰ MARQUES, Silvia Bandim. (2020). Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres.

Cad. Ibero Am. Direito Sanit. [Internet]. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585> . Acesso em 20 de jun de 2024

combinação de racismo e machismo.

No Brasil, há uma assimetria racial clara quando se trata de violência obstétrica, conforme demonstrado pelo estudo "A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil". Esse estudo analisou 6.689 mulheres, das quais 1.840 eram negras e 4.449 brancas. Os resultados evidenciaram que as mulheres negras enfrentam um risco muito maior de receberem um atendimento inadequado durante o pré-natal e o parto, além de serem mais frequentemente vítimas de peregrinação em busca de atendimento e de ausência de vínculo com uma maternidade (LEAL, 2017, p. 1-9)¹³¹. Esses dados reforçam a necessidade urgente de políticas públicas que garantam atendimento humanizado e equitativo para todas as mulheres, independentemente de sua cor ou condição social.

A violência obstétrica que vitimou "Maria" e sua filha, infelizmente, reflete uma realidade enfrentada por muitas mulheres, especialmente as negras e de baixa renda, no Brasil. Essa violência institucionalizada não apenas viola direitos básicos garantidos por lei, mas também perpetua o ciclo de desigualdade racial no acesso a cuidados de saúde de qualidade.

A partir dos casos reais mencionados, percebe-se que, mesmo em um momento tão vulnerável quanto o parto, mulheres ainda são vítimas de atos de violência obstétrica, frequentemente cometidos por profissionais da saúde. Quantas "Marias negras" e em situação de vulnerabilidade financeira, foram submetidas a uma série de procedimentos inadequados que resultaram em sofrimento extremo e na violação de seus direitos fundamentais. O mais grave, contudo, é que a resposta do sistema judiciário contribuiu para perpetuar essa violência. A decisão judicial, ao extinguir a punibilidade devido ao falecimento da ré, impediu que a família de "Maria" recebesse qualquer tipo de reparação financeira, encerrando o processo sem uma resolução justa.

Apesar de começarmos a ter uma mudança na realidade da violência obstétrica, em especial com decisões judiciais começando a surgir, mulheres em situações de vulnerabilidade social, especialmente negras, ainda enfrentam não apenas a violência no sistema de saúde, mas também a inércia do sistema judiciário, que muitas vezes falha em garantir justiça. Mesmo em situações nas quais o Brasil já foi responsabilizado

¹³¹ LEAL, M. C., et al. (2017). Iniquidades raciais na atenção ao parto no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(1), 1-9.

em instâncias internacionais, como pelo comitê CEDAW – Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, o ciclo de violência e impunidade persiste.

A perpetuação dessas injustiças revela as falhas sistêmicas que impedem que vítimas de violência obstétrica obtenham reparação. É essencial que não apenas o sistema de saúde, mas também o sistema judiciário, sejam reformados para garantir que as mulheres recebam o atendimento humanizado e o respeito que lhes são devidos, e que seus direitos não sejam apenas reconhecidos na legislação, mas efetivamente implementados e protegidos. A violência obstétrica, somada à inação judicial, cria um ambiente de impunidade que reforça as desigualdades de gênero e raça no Brasil, tornando urgente a necessidade de medidas mais rigorosas para combater essa realidade.

Um dos fatores centrais para a disseminação da violência obstétrica é a cultura da medicalização excessiva, que transforma o parto, um evento natural, em um procedimento técnico centrado no controle médico. De acordo com Diniz e Chacham (DINIZ E CHACHAM, 2006, p. 1-9)¹³², essa visão tecnocrática do parto promove práticas invasivas, como o uso rotineiro de ocitocina, episiotomias e cesáreas desnecessárias, sem considerar as preferências ou o consentimento da mulher. A Organização Mundial da Saúde – OMS (OMS, 2014)¹³³ alerta que essas práticas não apenas aumentam o risco de complicações para a mãe e o bebê, mas também desrespeitam a dignidade e a autonomia da parturiente.

Além disso, a desumanização do parto reflete uma abordagem paternalista que coloca o profissional de saúde como autoridade absoluta, relegando a mulher a um papel passivo. Essa relação hierárquica desconsidera os direitos da paciente, violando o princípio da autonomia e intensificando a vulnerabilidade da mulher durante o processo de parto (BEAUCHAMP, 1994)¹³⁴.

O racismo estrutural desempenha um papel significativo na perpetuação da violência obstétrica no Brasil. Mulheres negras e indígenas, historicamente

¹³² DINIZ, S. G., & CHACHAM, A. S. (2006). Violência obstétrica no Brasil: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 1-9.

¹³³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (2014). *Prevenção e eliminação de maus-tratos durante o parto*. Genebra: OMS.

¹³⁴ BEAUCHAMP, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.

discriminadas, enfrentam maiores dificuldades no acesso a serviços de saúde de qualidade e são desproporcionalmente afetadas por práticas abusivas durante o parto. Segundo Leal (LEAL, 2017, p. 1-9)¹³⁵, mulheres negras têm maior probabilidade de serem submetidas a maus-tratos verbais, negligência e intervenções desnecessárias, em comparação às mulheres brancas.

Esse cenário é agravado por preconceitos implícitos entre os profissionais de saúde, que muitas vezes desvalorizam a dor e as queixas de mulheres negras. Essa discriminação, enraizada em estereótipos raciais, reforça desigualdades e compromete o direito dessas mulheres à saúde digna e respeitosa (MOSCHKOVICH, 2024, P. 55-72)¹³⁶.

Outro fator importante é a falta de formação adequada dos profissionais de saúde em relação à humanização do parto e ao respeito aos direitos da mulher. Embora existam diretrizes, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, que promovem a humanização do atendimento obstétrico, muitas instituições de ensino ainda enfatizam práticas obsoletas e tecnocráticas. Segundo Portela (PORTELA, 2022, p. 15-235)¹³⁷, a ausência de disciplinas que abordem a bioética, a autonomia e as questões raciais na saúde contribui para a perpetuação de condutas desumanas e discriminatórias no atendimento às gestantes.

Além disso, a falta de treinamento em competência cultural impede que os profissionais compreendam as necessidades específicas de mulheres de diferentes origens sociais, culturais e raciais. Isso reforça barreiras ao acesso equitativo aos serviços de saúde e perpetua a desigualdade no atendimento obstétrico.

A ausência de uma legislação federal específica sobre violência obstétrica no Brasil é outro fator que contribui para sua disseminação. Embora a Constituição Federal de 1988 e o Código de Ética Médica garantam direitos à dignidade e à autonomia da mulher, a falta de normativas claras dificulta a identificação e a responsabilização de práticas abusivas. Projetos de lei, como o idealizado pela organização Artemis em 2014, que buscava tipificar a violência obstétrica, ainda não foram aprovados, deixando uma lacuna normativa que perpetua a impunidade.

¹³⁵ Leal, M. C., et al. (2017). Iniquidades raciais na atenção ao parto no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(1), 1-9.

¹³⁶ MOSCHKOVICH, L. (2024). Racismo e sexismo nos serviços obstétricos. *Revista Brasileira de Estudos de Gênero*, 15(1), 55-72.

¹³⁷ PORTELA, A. R. P. (2022). Violência obstétrica e racismo estrutural no Brasil. *Revista de Direito e Saúde Pública*, 12(3), 15-25

Mesmo em estados que possuem legislações específicas, como São Paulo (Lei nº 15.759/13) e Paraná (Lei nº 14.598/15), a fiscalização e a aplicação dessas normas ainda são deficientes. Essa fragilidade institucional reforça a sensação de impunidade entre os profissionais de saúde e dificulta o acesso das vítimas à justiça (SILVA, 2017, p. 45-60)¹³⁸.

As desigualdades econômicas e sociais também desempenham um papel central na perpetuação da violência obstétrica. Mulheres de baixa renda, muitas vezes dependentes exclusivamente do Sistema Único de Saúde – SUS, enfrentam sobrecarga nos serviços públicos e falta de recursos básicos, como medicamentos e equipamentos. Além disso, a precarização do trabalho dos profissionais de saúde, somada à superlotação de maternidades, resulta em atendimentos apressados e desumanizados.

A vulnerabilidade social dessas mulheres também está associada à falta de acesso à informação sobre seus direitos. Muitas não sabem que têm o direito de recusar procedimentos invasivos ou exigir um acompanhante durante o parto, como assegurado pela Lei nº 11.108/2005.

Por fim, a invisibilidade e o silenciamento das vítimas dificultam o enfrentamento da violência obstétrica. Muitas mulheres não denunciam os abusos sofridos por medo de retaliação, falta de apoio ou desconhecimento dos mecanismos legais disponíveis. Além disso, a normalização de práticas abusivas no sistema de saúde contribui para a perpetuação desse ciclo de violência. Segundo Diniz (DINIZ, 2006, P. 1-9)¹³⁹, a ideia de que "o parto precisa ser doloroso" ou que "as mulheres precisam ser fortes" reflete uma cultura que legitima o sofrimento feminino como parte natural da experiência obstétrica.

A disseminação da violência obstétrica é um fenômeno complexo, sustentado por uma combinação de fatores estruturais, culturais e legais. Combatê-la exige uma abordagem integrada que inclua a revisão de práticas obstétricas, a capacitação dos profissionais de saúde, a aprovação de legislações específicas e o fortalecimento de políticas públicas de humanização do parto. Além disso, é fundamental promover a conscientização das mulheres sobre seus direitos e garantir mecanismos acessíveis para a denúncia e reparação de abusos. Somente assim será possível assegurar que

¹³⁸ SILVA, A. B., & Serra, R. G. (2017). Violência obstétrica no Brasil: análise de acórdãos do STF e STJ. *Revista Jurídica*, 5(2), 45-60.

¹³⁹ DINIZ, S. G., & Chacham, A. S. (2006). Violência obstétrica no Brasil: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 1-9.

todas as mulheres recebam um atendimento obstétrico digno, respeitoso e equitativo.

CONCLUSÃO

A conclusão deste estudo sobre a violência obstétrica através de uma perspectiva jurídica aponta para um conjunto de descobertas essenciais que reforçam a urgência de intervenções educacionais e legislativas no Brasil. Os resultados destacam que a violência obstétrica não apenas persiste, mas é exacerbada por gaps estruturais no sistema de saúde, como a falta de conhecimento sobre direitos reprodutivos entre as gestantes e a implementação desigual de políticas de humanização do parto. Como observado por Camurça (CAMURÇA, 2021)¹⁴⁰, a violência obstétrica deve ser tratada como uma questão de gênero, requerendo mudanças significativas no sistema de saúde para sua erradicação.

Os achados indicam claramente que muitas mulheres enfrentam barreiras substanciais ao tentar acessar informações sobre seus direitos. Esta constatação está alinhada com as observações de Freitas (FREITAS, 2021)¹⁴¹, que sugere a necessidade urgente de iniciativas educacionais voltadas ao empoderamento das mulheres no contexto obstétrico. Isso é crucial para combater a vulnerabilidade das pacientes frente a práticas médicas desrespeitosas ou nocivas.

Outra dimensão importante dos resultados é a inconsistência na aplicação das políticas de humanização do parto, confirmando a análise de Nery (NERY, 2021)¹⁴² sobre a incoerência entre a intenção das políticas públicas e sua execução no cotidiano das instituições de saúde. Este achado sublinha a importância de estabelecer mecanismos de controle e padronização mais eficientes para garantir que todas as mulheres recebam atendimento digno e respeitoso durante o parto.

Os insights obtidos através deste estudo não só reafirmam as teorias discutidas na literatura, como também ampliam a compreensão dos desafios legais e institucionais na proteção dos direitos das mulheres no parto. Além disso, a pesquisa destaca a necessidade de uma reformulação nos currículos e treinamentos de profissionais de

¹⁴⁰ CAMURÇA, R. B. (2021). Violência obstétrica como violência de gênero: propostas para sua prevenção e punição. Disponível em: <https://biblioteca.sophia.com.br/terminalri/9575/acervo/detalhe/127871>

¹⁴¹ FREITAS, C. A. (2021). Direitos humanos da paciente no contexto do cuidado obstétrico. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/44584>

¹⁴² NERY, L. A. R. (2021). As interfaces no enfrentamento da violência obstétrica: descortinando a realidade. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/44866>

saúde, para que sejam mais senhorizados sobre práticas centradas na paciente, como defendido por Aragão (ARAGÃO, 2021)¹⁴³.

Em resumo, os resultados deste estudo oferecem um panorama claro dos desafios e urgências na arena jurídica e de saúde pública em relação à violência obstétrica. Eles respaldam a necessidade de reformas abrangentes que abordem a educação para as gestantes, a aplicação consistente de políticas e a sensibilização dos profissionais de saúde.

Continuando a conclusão deste estudo sobre violência obstétrica sob uma perspectiva jurídica, é imperativo sublinhar as implicações significativas que os achados têm para o desenvolvimento de políticas públicas e reformas legais. As evidências coletadas revelam a urgência de articulação coordenada entre as instituições de saúde e as esferas jurídicas para efetivamente salvaguardar os direitos das gestantes. Como posto por Camurça (CAMURÇA, 2021)¹⁴⁴, a integração de políticas de saúde e direitos humanos é crucial para proteger as mulheres de experiências de parto desumanizantes.

O estudo reflete a importância de uma reforma legislativa que garanta uma abordagem holística e eficaz das questões associadas à violência obstétrica. Conforme discutido por Leite (LEITE, 2021)¹⁴⁵, a reparação judicial eficaz é um veículo essencial para promover justiça e assegurar que as infrações não permaneçam impunes. Isso aponta para a necessidade de uma regulamentação mais incisiva e de políticas institucionais que garantam a aplicação prática dos direitos reprodutivos, sem discriminação ou violação.

Acrescido a isso no contexto da violência obstétrica a partir de uma perspectiva racial revelou a profundidade dos desafios enfrentados pelas mulheres de grupos racialmente marginalizados no acesso a cuidados maternos de qualidade. Mulheres negras, indígenas e de outras minorias raciais enfrentam barreiras adicionais e formas de discriminação que resultam em taxas mais altas de violência obstétrica, evidenciando como o racismo estrutural permeia o sistema de saúde. Estudos demonstram que a interseção de raça e gênero amplifica a vulnerabilidade dessas mulheres a práticas

¹⁴³ ARAGÃO, S. M. de (2021). O que os discursos em torno do termo violência obstétrica sinalizam ao direito? Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/81824>

¹⁴⁴ CAMURÇA, R. B. (2021). Violência obstétrica como violência de gênero: propostas para sua prevenção e punição. Disponível em: <https://biblioteca.sophia.com.br/terminalri/9575/acervo/detalhe/127871>

¹⁴⁵ LEITE, J. C. (2021). Reparação judicial para mulheres vítimas de violência obstétrica. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/107/107131/tde-10082021-173843/>

abusivas e desrespeitosas durante o parto (SILVA, 2023, p. 103-118)¹⁴⁶. Enfrentar essa questão exige uma abordagem multifacetada que combine mudanças nas políticas públicas, treinamento em competência cultural para profissionais de saúde e melhoria do acesso aos serviços maternos para mulheres de todas as raças e etnias.

Para combater a violência obstétrica, é crucial que as discussões sobre equidade nos cuidados maternos sejam contínuas e que ações concretas sejam implementadas para dismantelar o racismo sistêmico que perpetua essas desigualdades. A formação de profissionais de saúde para atender de maneira mais inclusiva e culturalmente competente é essencial. Conforme observado por Diniz (DINIZ, 2021, p. 245-247)¹⁴⁷, a humanização do parto, com respeito ao consentimento informado e à autonomia das mulheres, é um componente-chave para garantir que todas as mulheres, independentemente de sua origem racial, recebam cuidados dignos e respeitosos.

No entanto, um dos maiores desafios na luta contra a violência obstétrica é a falta de reconhecimento do problema, especialmente no que diz respeito às formas específicas pelas quais as mulheres de diferentes origens raciais sofrem maus-tratos. De acordo com Dias (DIAS, 2022, p. 71-80)¹⁴⁸, há uma necessidade urgente de maior conscientização pública e pesquisas adicionais sobre as interseções de raça e violência obstétrica. Essas investigações são essenciais para compreender melhor as complexidades do problema e para informar o desenvolvimento de políticas públicas eficazes. A pesquisa deve abordar não apenas a prevalência da violência obstétrica, mas também suas causas estruturais, como racismo e sexismo no sistema de saúde, para que sejam elaboradas intervenções que efetivamente combatam essas práticas.

Avançando, é imperativo que as vozes das comunidades discriminadas sejam amplificadas e colocadas no centro das discussões sobre violência obstétrica. Isso requer uma maior participação das mulheres negras e indígenas em processos de tomada de decisão relacionados à saúde materna. Conforme sugerido por Almeida (ALMEIDA, 2020)¹⁴⁹, para que ocorra uma mudança real, é necessário diversificar a

¹⁴⁶ SILVA, A. M., Souza, R. M., & Pereira, A. S. (2023). Racismo institucional e saúde reprodutiva: uma análise crítica no contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 22(2), 103-118.

¹⁴⁷ DINIZ, S. G., et al. (2021). Humanização do parto no Brasil: avanços e desafios. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 20(3), 245-257.

¹⁴⁸ DIAS, F. S., Santos, L. H., & Gonçalves, M. R. (2022). Desigualdades raciais e saúde reprodutiva: o papel das políticas públicas no enfrentamento das disparidades no Brasil. *Revista Saúde em Debate*, 46(1), 71-80.

¹⁴⁹ Almeida, R. T., Silva, M. C., & Moura, A. S. (2020). Racismo estrutural e saúde reprodutiva no Brasil: desafios para a inclusão e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(2), e00199720.

liderança nas instituições de saúde e garantir que a equidade racial seja uma prioridade nas políticas e práticas clínicas. Além disso, as políticas públicas devem ser antirracistas, visando dismantelar as estruturas que perpetuam as desigualdades no acesso e no tratamento oferecido às mulheres de cor.

No futuro, uma abordagem interseccional é indispensável para enfrentar a violência obstétrica. A interseccionalidade permite uma compreensão mais abrangente das experiências de mulheres de diferentes origens raciais e sociais, ajudando a identificar as múltiplas formas de opressão que essas mulheres enfrentam. Conforme destaca Portela (PORTELA, 2022, p. 89-102)¹⁵⁰, é fundamental que as práticas e políticas de saúde se adaptem para refletir essa complexidade, promovendo um atendimento mais equitativo e culturalmente sensível. Somente ao centrar as vivências daqueles mais impactados e ao adotar uma postura ativa de enfrentamento ao racismo sistêmico, será possível avançar na luta contra a violência obstétrica e garantir que todas as mulheres sejam tratadas com a dignidade, respeito e compaixão que merecem.

REFERÊNCIAS

7º INFORMATIVO DE JURISPRUDÊNCIA COMISSÃO DE DIREITO MÉDICO DA OAB/DF. Disponível em: https://oabdf.org.br/wp-content/uploads/2020/11/7%C2%BA-INFORMATIVO-DE-JURISPRUD%C3%8ANCIA.pdf?utm_source=chatgpt.com

A DOR REPRIMIDA: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E MULHERES NEGRAS, 2017, projetado no CSA A Gralha, no Porto, Portugal, em uma sessão organizada pela Associação Saúde das Mães Negras e Racializadas em Portugal (SaMaNe). Disponível em: https://eventos.coletivos.org/event/projeccao-or-a-dor-reprimida-violencia-obstetrica-e-mulheres-negras-org-associacao-saude-das-maes-negras-e-racializadas-em-portugal?utm_source=chatgpt.com

AGÊNCIA BRASIL. Maioria De Mortes Maternas No País Ocorrem Entre Mulheres Negras. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-05/maioria-de-mortes-maternas-no-pais-ocorre-entre-mulhere-negras-jovens>. Acesso em: 14. jun. 2024.

¹⁵⁰ Portela, A. R. P. (2022). Racismo e saúde obstétrica no Brasil. *Revista de Direito e Saúde Pública*, 12(3), 89-102.

ALBUQUERQUE A. Bioética clínica e direitos humanos: a interface entre o direito humano a saúde e o consentimento informado. *Revista Bioethikos*, São Paulo, v.7, n, 4, p.388-397, out./dez.2013.Disponível em: http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/7972/1/2010_alinealbuquerqueoliveira.pdf . Acesso em: 14. jun. 2024.

ALMEIDA, L. F., et al. (2022). A interseccionalidade no cuidado obstétrico: desafios e possibilidades. *Revista de Estudos de Gênero e Saúde*, 15(1), 55-72.

ALMEIDA, R. T., Silva, M. C., & Moura, A. S. (2020). Racismo estrutural e saúde reprodutiva no Brasil: desafios para a inclusão e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(2), e00199720.

ALMEIDA, R. T., Silva, M. C., & Moura, A. S. (2021). Racismo institucional e a saúde materna no Brasil: uma análise interseccional. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(4), 221-230.

ALMEIDA, R. T., Silva, M. C., & Moura, A. S. (2022). Racismo institucional e saúde materna no Brasil: um estudo de casos. *Revista de Saúde Pública*, 56(1), e3321.

ARAGÃO, S. M. De (2021). O que os discursos em torno do termo violência obstétrica sinalizam ao direito? Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/81824>

BARROS, J. M., Costa, M. F., & Ferreira, P. R. (2021). A interseccionalidade de raça e gênero e a saúde reprodutiva no Brasil: um estudo sobre as disparidades de acesso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(1), 110-120.

BARROS, J. M., Costa, M. F., & Ferreira, P. R. (2021). Desigualdades raciais no acesso aos cuidados maternos no Brasil: uma análise das barreiras estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00211320.

BEAUCHAMP, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.

BOHREN, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... & Gülmezoglu, A. M. (2019). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *Plos medicine*, 12(6), e1001847.

BRASIL DE FATO,2023, Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023/07/14/pelotas-tem-a-primeira-condenacao-por->

[violencia-obstetrica-do-rio-grande-do-sul?utm_source=chatgpt.com](https://www.violencia-obstetrica-do-rio-grande-do-sul?utm_source=chatgpt.com)

BRASIL MS. Manual do Programa de humanização do parto, humanização do pré-natal e nascimento. Brasília; 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: Acesso em: 01 mai. 2019.

BRASIL. Guia de enfrentamento do Racismo Institucional - SEPPIR; 2013.

BRASIL. Manual do Programa de humanização do parto, humanização do pré-natal e nascimento. Brasília; 2000.

CACCIATORE, J., Lacasse, J. R., & Lietz, C. A. (2021). The effects of trauma on the childbirth experience: A review of evidence-based intervention strategies. *Midwifery*, 50, 53-61.

CAMURÇA, R. B. (2021). Violência obstétrica como violência de gênero: propostas para sua prevenção e punição. Disponível em: <https://biblioteca.sophia.com.br/terminalri/9575/acervo/detalhe/127871> .

CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br.

COSTA, N. Dos Santos (2021). Expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto. Disponível em: <http://bdtd.uftm.edu.br/handle/tede/218>

CRENSHAW, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.

DECLARAÇÃO DA OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra: OMS, 2015.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948.

DECLERCQ, E., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2020). Listening to mothers: The experiences of childbearing women in the US maternity care system. *Journal of Perinatal Education*, 30(1), 17-24.

DIAS, F. S., Santos, L. H., & Gonçalves, M. R. (2022). Desigualdades raciais e saúde

reprodutiva: o papel das políticas públicas no enfrentamento das disparidades no Brasil. *Revista Saúde em Debate*, 46(1), 71-80.

DIAS, F. S., Santos, L. H., & Gonçalves, M. R. (2022). Disparidades raciais e violência obstétrica: uma análise crítica do sistema de saúde brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, 56(1), e3321.

DIAS, M. A. B., et al. (2022). Barreiras no acesso ao parto humanizado: uma análise interseccional. *Revista Saúde e Sociedade*, 31(2), 100-118.

DIAZ-Tello, F. (2022). Invisible wounds: Obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, 22(44), 88-101.

DINIZ Csg. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3), 2005. P. 627-637.

DINIZ S. A violência contra as mulheres como questão de saúde no Brasil. IN: Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980- 2005) alcança limites., 2006; 310p. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. 2006.

DINIZ, S. G. (2021). Humanização do parto e as desigualdades raciais: um caminho para a equidade. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(suppl 1), 5-8.

DINIZ, S. G., & Chacham, A. S. (2006). Violência obstétrica no Brasil: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 1-9.

DINIZ, S. G., et al. (2021). Humanização do parto no Brasil: avanços e desafios. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 20(3), 245-257.

DINIZ, S. G., Medeiros, R. M. K., Salgado, H. O., & Sanchez, E. G. (2021). Violência obstétrica no Brasil: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3).

DIRETRIZES DE ATENÇÃO À GESTANTE: A OPERAÇÃO CESARIANA. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) – Brasília, DF: Autor, Acesso em 15 de agosto, 2015. Disponível em: < https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf >. Acesso em: 14. jun. 2024.

D'ORSI, E., Brüggemann, O. M., Diniz, S. G., Aguiar, J. M., Gusman, C. R., Torres, J. A., ... & Filippi, V. (2022). Desigualdades raciais e violência obstétrica no Brasil: uma

análise interseccional. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(1), e00109720.

DOS SANTOS GOMES, C. A. (2024). Racismo Obstétrico e Maternidade de Mulheres Negras: Questões para a Psicologia. Puc-rio.br

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Lei 8.069/90, de 13 de julho de 1990.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). (2020). *Atlas da Violência 2020*. Brasília: IPEA.

LEAL, M. C., et al. (2017). Iniquidades raciais na atenção ao parto no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(1), 1-9.

LEI 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei 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. Diário Oficial da União, Brasília, 8 abr. 2005. Seção 1, p.1.

LEITE, J. C. (2021). Reparação judicial para mulheres vítimas de violência obstétrica. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/107/107131/tde-10082021-173843/>.

LIMA, K. D., Pimentel, C., & Lyra, T. M. (2021). Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva*. SciELOsp.org

LOPES, J. P., Silva, P. T., & Fernandes, M. F. (2021). A interseccionalidade de raça e gênero na saúde reprodutiva: um estudo sobre as disparidades no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(1), 45-57.

MACHADO, G. P. Dos Reis (2021). Violência obstétrica sob a percepção das mulheres que a vivenciaram. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/7938>.

MAGALHÃES, R. C. De Melo (2021). Violência obstétrica no contexto da violência feminina. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/15075>.

MEDEIROS, R. M. K., Silva, P. M., & Oliveira, M. L. (2021). Disparidades raciais na mortalidade materna: uma análise crítica do sistema de saúde brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(4), 331-340.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Datasus/Sgep/MS. Plano Diretor de Tecnologia da

Informação do Ministério da Saúde 2016. Brasília-DF, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf . Acesso em: 14. jun. 2024.

MOSCHKOVICH, L. (2024). Racismo e sexismo nos serviços obstétricos. *Revista Brasileira de Estudos de Gênero*, 15(1), 55-72.

MOSCHKOVICH, M. (2024). Nasce um corpo: transformações contemporâneas no conhecimento produzido entre a Sociologia e a Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. [Scielo.br](https://doi.org/10.1590/1518-8746.20240000)

MÜLLER, TMP (Org.) Saúde da População Negra Coleção Negras e Negros: pesquisas e Debates. 2ª edição

NERY, L. A. R. (2021). As interfaces no enfrentamento da violência obstétrica: descortinando a realidade. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/44866> .

NOGUEIRA BC, Severi Fc. Violência obstétrica e acesso das mulheres à justiça: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região sudeste. *Panóptica*, vol. 11, n. 2, jul. /dez. 2016.

OLIVEIRA EHS. Mulheres negras vítimas de violência obstétrica: estudo em um hospital público de Feira de Santana - Bahia. 2018. Dissertação de Mestrado em Ciências. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e Mulher, do Instituto Nacional de Saúde da Criança, Mulher e Adolescente Fernandes Figueira – IFF/RJ. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2017.

OLIVEIRA MA. A dor reprimida: Violência obstétrica e Mulheres Negras. Documentário. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?V=vsisihzcnhg>>. Acesso em: 14. jun. 2024.

OLIVEIRA, J. M. S. De (2021). “O perdão que ele me pediu nunca me limpou,” circuitos de violência contra as mulheres: o registro de uma cartografia. Disponível em:

<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/35579> .

OMS. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Organização Mundial da Saúde. 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, Ciência E Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e direitos humanos. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 14. jun. 2024

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (2014). Prevenção e eliminação de maus-tratos durante o parto. Genebra: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (2018). *Recomendações para um parto seguro e respeitoso*. Genebra: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (2020). *Relatório sobre violência obstétrica e saúde reprodutiva*. Geneva: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=FC144B74125E12D51565138911AF1A56?Sequence=3. Acesso em: 14. jun. 2024.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. De A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, [S. L.], v. 4, n. 4, p. Pag.105–117, 2010.

DOI: 10.18569/tempus.v4i4.838. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838>. Acesso em: 21 out. 2024.

PIOVESAN F. *Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional*. 4. Ed. São Paulo: Max Limonad, 2000.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: Uma Política Para O Sus / Ministério Da Saúde, Secretaria De Gestão Estratégica E

Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

PORTELA, A. R. P. (2022). Racismo e saúde obstétrica no Brasil. *Revista de Direito e Saúde Pública*, 12(3), 89-102.

PORTELA, A. R. P. (2022). Violência obstétrica como campo de disputa: repertórios linguísticos na mídia. *Revista Brasileira de Sociologia*, 24(4), 112-131.

PORTELA, A. R. P. (2022). Violência obstétrica e racismo estrutural no Brasil. *Revista de Direito e Saúde Pública*, 12(3), 15-25.

RATTNER D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1), 595-602 (2009). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>. Acesso em: 14. jun. 2024. 2019.

SANTANA, A. T. (2022). Essa dor tem cor: uma análise interseccional no fenômeno da violência obstétrica. [Ufba.br](http://ufba.br)

SCHWARCZ, L.M. Nem preto, nem branco, muito pelo contrário. Cor e raça na sociabilidade Brasileira. São Paulo: Claro enigma. 1 ed. 2012.

SILVA, A. B., & Serra, R. G. (2017). Violência obstétrica no Brasil: análise de acórdãos do STF e STJ. *Revista Jurídica*, 5(2), 45-60.

SILVA, A. M., Souza, R. M., & Pereira, A. S. (2023). Racismo institucional e violência obstétrica: uma análise crítica no contexto brasileiro. *Revista de Direito e Saúde*, 9(3), 102-121.

SISTO, A. M., Marques, L. P., & Lara, L. A. (2020). Consequências emocionais da violência obstétrica: uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 39(4), 433-442.

SOARES RMFS ET AL. Cidadania, jurisdição e direitos humanos: panorama internacional. Salvador: Ed. Pagine, 2017.

TAVARES SILVA, V. (2024). Operação cesariana e humanização: uma revisão bibliográfica. [Ufsc.br](http://ufsc.br)

https://www.tjdft.jus.br/consultas/jurisprudencia/informativos/2013/informativo-de-jurisprudencia-no-252/gestante2013-direito-de-acompanhamento-durante-o-parto?utm_source=chatgpt.com

URBAN, C. (2003). Princípios da Bioética e o parto humanizado. *Revista Bioética*, 11(2), 35-45.

ZORZAM BAO. Informações e escolha no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da Saúde Suplementar. 2013. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo.