

Mulheres Silenciadas: Violência Obstétrica, Direitos Violados E Vulnerabilidade Social

Vladimir Pinto Novaes¹

Luana Pacheco Da Costa²

RESUMO

A violência obstétrica configura-se como uma grave violação de direitos humanos, frequentemente invisibilizada no contexto institucional brasileiro. Trata-se de um conjunto de práticas abusivas, físicas, psicológicas, verbais ou institucionais, que ocorrem durante a gestação, o parto, o pós-parto, o puerpério ou o abortamento, impactando de forma mais significativa mulheres em situação de vulnerabilidade social. Este artigo analisa a violência obstétrica como expressão de desigualdades estruturais de gênero, raça e classe, evidenciando como tais fatores influenciam a experiência reprodutiva feminina, especialmente no sistema público de saúde. A pesquisa fundamenta-se em revisão bibliográfica interdisciplinar e apresenta o caso Alyne Pimentel como exemplo paradigmático da negligência estatal e da responsabilização internacional do Brasil por violações à saúde reprodutiva. Conclui-se que a violência obstétrica, além de comprometer a saúde física e mental das mulheres, representa um obstáculo à efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, exigindo a implementação de políticas públicas eficazes e a responsabilização institucional.

Palavras-chave: Violência obstétrica; vulnerabilidade social; direitos humanos; parto; saúde da mulher.

¹ Advogado criminalista e professor universitário, Doutor e Mestre em Psicologia, atua em Direito Penal Empresarial e é membro da Abracrim.

² Graduado em Gestão de Recursos Humanos (Unisuam, 2020), coordenador EAD no Centro Universitário Maurício de Nassau e graduando em Direito na UNINASSAU Rio.

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica constitui uma forma de violação de direitos humanos que atinge mulheres durante a gestação, o parto, o pós-parto e o abortamento, manifestando-se por meio de práticas desrespeitosas, negligentes ou abusivas, frequentemente naturalizadas no contexto institucional. Trata-se de uma problemática silenciosa, cuja ocorrência é potencializada por marcadores sociais como gênero, raça, classe e nível de escolaridade, afetando de forma mais acentuada mulheres em situação de vulnerabilidade social.

A medicalização do parto e o afastamento progressivo da mulher de sua autonomia reprodutiva inserem essa violência em um contexto histórico de apagamento e subordinação, consolidando práticas que vão desde a imposição de procedimentos sem consentimento até a negligência deliberada. No Brasil, apesar da existência de legislações e diretrizes voltadas à humanização do parto, a efetividade dessas medidas ainda é limitada diante da ausência de responsabilização e da invisibilização da temática.

O presente artigo tem como objetivo analisar a violência obstétrica como expressão de violência institucional e estrutural, com foco nas interseções entre gênero e vulnerabilidade social. Busca-se, ainda, evidenciar os mecanismos de silenciamento e naturalização dessa forma de violência, destacando seus impactos físicos, psíquicos e sociais, bem como as dificuldades enfrentadas pelas vítimas no reconhecimento e na denúncia dos abusos sofridos.

A partir de uma abordagem interdisciplinar, o estudo propõe uma reflexão crítica sobre as práticas obstétricas hegemônicas e sobre a atuação do Estado diante das violações que acometem mulheres em contextos marcados por desigualdade social. O caso Alyne Pimentel é apresentado como exemplo paradigmático da responsabilização internacional do Brasil diante da omissão estatal no cuidado obstétrico, reforçando a urgência de políticas públicas efetivas e do fortalecimento da justiça reprodutiva.

1. O PARTO E O NASCIMENTO: DA EXPERIÊNCIA FEMININA À INSTITUCIONALIZAÇÃO MÉDICA SOB A PERSPECTIVA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

1.1 A HISTÓRIA DO PARTO E SURGIMENTO DO CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Historicamente, o parto e o nascimento eram compreendidos como eventos complexos, nos quais a mulher ocupava a posição central (HELMAN,2003). Tratava-se de uma vivência feminina, marcada por processos fisiológicos significativos. Segundo Muñoz (2024, p. 1), ‘a gestação provoca modificações em todos os órgãos e sistemas maternos, sendo que a maioria desses sistemas retorna ao estado anterior após o parto’.

Nesse contexto, o parto era compreendido como um ritual pertencente ao universo feminino, geralmente realizado nas residências das famílias, com o acompanhamento de parteiras (Rattner, 2009; Pasche, Vilela & Martins, 2010; Sanfelice et al., 2014). Segundo o Ministério da Saúde (2024), as parteiras e doulas são profissionais que contribuem de maneira qualificada e humanizada para o cuidado obstétrico de gestantes, oferecendo suporte durante o pré-natal, o parto e o puerpério.

De acordo com Valkiria Braga (SES/RS, 2020) , enfermeira especialista em enfermagem obstétrica e saúde da família, o puerpério, também conhecido como "resguardo" ou "quarentena" tem início imediatamente após o parto e dura, em média, seis semanas. Assim, parteiras e doulas desempenhavam papel fundamental ao orientar e acompanhar as mulheres, promovendo cuidados integrais e preparando-as para esse momento singular do binômio mãe e filho.

Com os avanços na assistência ao parto no século XIX, os procedimentos obstétricos passaram, em sua grande maioria, a ser realizados em ambientes hospitalares, sendo possível constatar a predominância da participação masculina nesses espaços (COSTA, 2000). Tal movimento teve início na Europa, entre os séculos XVII e XVIII, e foi posteriormente

introduzido no Brasil com a criação das primeiras escolas de medicina e cirurgia, inauguradas em 1808, na Bahia e no Rio de Janeiro.

O processo de institucionalização da parturição no Brasil esteve fortemente relacionado ao avanço da medicina acadêmica, que passou a incorporar a assistência ao parto como uma de suas atribuições, apropriando-se dessa prática e conferindo-lhe o título de "Arte Obstétrica" (TOSI, 1988). Com isso, os profissionais formados passaram a ser denominados médicos-parteiros (BRENES, 1991).

A partir desse momento, ocorre uma mudança significativa no cenário do nascimento, qual seja a mulher deixa de ser a protagonista e perde autonomia sobre seus próprios processos biológicos. Surge então um novo agente central nesse contexto — o médico —, representando a figura masculina no que antes era um campo exclusivamente feminino (BRENES, 1991).

Nesse contexto, podemos afirmar que a obstetrícia moderna contribuiu significativamente para a redução da mortalidade materna e neonatal, tornando os partos de risco mais seguros quando realizados em ambiente hospitalar, sob os cuidados de equipes especializadas. Todavia a recomendação generalizada para que todos os partos ocorressem em hospitais e fossem medicalizados provocou uma experiência de parto muitas vezes marcada por solidão e despersonalização (SPINK, 2013).

Somado a esse panorama, observa-se o afastamento da mulher de seu ambiente familiar durante o processo do parto, seja ele normal ou cesária, de acordo com Sousa et al. (2024) a mulher fica em uma situação na qual ela frequentemente se encontra assustada, angustiada e em condição de vulnerabilidade. Diante dessas transformações históricas e sociais que envolvem o nascimento, emerge o conceito de violência obstétrica (VO), que de acordo com Brandt et al. (2018, p.02), “é o termo utilizado para agrupar todos os tipos de violência sofridos pela mulher durante a gravidez, parto, pós-parto e abortamento. As agressões acontecem de forma verbal, institucional, moral, física e psicológica”.

A violência obstétrica se evidencia , assim, (Tesser et al.2015), como um conjunto de práticas violentas ocorridas no contexto da assistência profissional ao parto. Além da realização de procedimentos considerados desnecessários ou prejudiciais, como episiotomia (corte feito no períneo), manobra de Kristeller (pressão externa realizada no útero), tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), restrição ao leito durante o pré-parto, administração indiscriminada de ocitocina para estimular as contrações uterinas e a negação do direito à presença de um acompanhante.

As manifestações da violência obstétrica podem se concretizar de diversas maneiras ao longo do processo de parto, dentre as quais destacamos: A violência verbal, violência sexual, violência física, violência psicológica e violência institucional. A violência verbal, que ocorre por meio de uma comunicação desrespeitosa por parte da equipe de saúde em relação às mulheres. Essa forma de violência inclui comentários depreciativos, geralmente baseados em estereótipos de gênero, raça e classe social, resultando na desvalorização da dor sentida pelas mulheres e na negação de seus pedidos de ajuda (Nascimento et al., 2017; Barboza & Motta, 2016).

A violência sexual, por sua vez, refere-se a qualquer ato que viole a intimidade ou o pudor da mulher, afetando sua integridade sexual e reprodutiva, com ou sem envolvimento direto dos órgãos genitais. Entre os exemplos mais comuns de violência sexual obstétrica estão a realização da episiotomia sem consentimento, o assédio, exames de toque invasivos (repetidos ou agressivos), a lavagem intestinal, a realização de cesariana sem consentimento informado, a ruptura ou descolamento de membranas sem autorização prévia e a imposição da posição supina durante o parto (Nascimento et al., 2017).

A violência física diz respeito a práticas que incidem diretamente sobre o corpo da mulher, provocando dor ou danos físicos — de leves a severos — sem respaldo em evidências científicas. Entre essas práticas, destacam-se a privação de alimentos, a restrição à movimentação, a tricotomia, a manobra de Kristeller, o uso rotineiro de ocitocina, a realização de cesariana eletiva sem indicação clínica e a recusa injustificada da analgesia quando tecnicamente indicada (Nascimento et al., 2017).

A violência psicológica, todavia, abrange ações ou omissões que causam, ou têm a intenção de causar, prejuízo à identidade, à autoestima ou ao bem-estar emocional da mulher (Ministério da Saúde, 2002). Ameaças, mentiras, humilhações, chacotas, piadas ofensivas, grosserias, chantagens e insultos são formas dessa violência, capazes de gerar sentimentos de inferioridade, medo, insegurança, abandono, instabilidade emocional e perda de dignidade. Essas condições podem colocar a gestante em situação de risco, contribuindo para o agravamento de complicações durante o parto e o puerpério (Nascimento et al., 2017).

Por fim, a violência institucional se refere às negligências e omissões por parte das instituições de saúde, que dificultam ou impedem o acesso das mulheres a seus direitos. Exemplos dessa prática incluem a recusa ao direito de ter um acompanhante durante o parto (Koperek et al., 2018; Nascimento et al., 2017) e a omissão de informações sobre os procedimentos a serem realizados ou sobre o que está ocorrendo com o próprio corpo da gestante (Barboza & Motta, 2016).

2. VULNERABILIDADE SOCIAIS E A INCIDÊNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

2.1 DESIGUALDADE E GÊNERO

A violência obstétrica configura-se como uma realidade persistente no contexto brasileiro, manifestando-se com frequência nos atendimentos prestados durante a gestação, o parto e o pós-parto. Essa prática revela uma relação intrínseca entre o sofrimento imposto às mulheres e a atuação de saberes institucionais que reforçam dinâmicas de poder assimétricas entre os(as) profissionais de saúde e as parturientes (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011). Dessa forma, a violência obstétrica pode ser compreendida como uma manifestação de violência institucional, caracterizada por práticas discriminatórias que incidem sobre marcadores sociais como gênero, classe social e raça.

A distinção no atendimento às mulheres nos serviços de saúde obstétrica está atrelada a um conjunto de atributos sociais, como ser mulher, pertencer às camadas mais pobres da população e apresentar baixa escolaridade. Tais características contribuem frequentemente para

sua objetificação como meros corpos a serem submetidos a intervenções médicas (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011). Ademais, dificuldades econômicas e estruturais persistem nos serviços públicos de saúde, especialmente nos hospitais públicos, agravando ainda mais a vulnerabilidade dessas mulheres frente às práticas de violência institucional (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011). De acordo com Carmo e Guizardi (2018), a condição de viver em vulnerabilidade social, já é uma forma de violência praticada pelo Estado, onde os direitos fundamentais e direitos humanos não são assegurados.

A negligência nos cuidados obstétricos ocorre, nesse contexto, não apenas pelo fato de se tratar de mulheres, mas, sobretudo, quando essas mulheres pertencem a grupos historicamente marginalizados e socialmente vulneráveis. Incluem-se nesse cenário as mulheres pobres, negras, adolescentes, profissionais do sexo, usuárias de drogas, entre outras, que enfrentam cotidianamente processos de exclusão social. Essas populações tornam-se alvos recorrentes de discriminação, preconceito e desumanização no ambiente hospitalar (DINIZ et al., 2015). Quanto maior se revela o grau de vulnerabilidade social, maiores os riscos de acometimento a alguma espécie de violência, entre elas a violência obstétrica (ASSIS, 2017).

Acrescentando ao fato de que mulheres em situação de vulnerabilidade social tendem a enfrentar maiores dificuldades no acesso à educação, saúde, trabalho e moradia, em razão de sua posição socioeconômica desfavorecida. Além disso, o acesso limitado a métodos contraceptivos e a falta de ações de conscientização contribui para o aumento do risco de gestações não planejadas (ALVAREZ; GONZAGA E AGUIAR, 2024).

A partir desse cenário, podemos analisar dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE que apresenta estudos sobre Estatísticas de gênero, com indicadores sociais das mulheres no Brasil e informações fundamentais para análise das condições de vida das mulheres no País. A taxa específica de fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos de idade, denominada Taxa de fecundidade adolescente (CMIG 52).

Podemos concluir, que os marcadores raciais e socioeconômicos dificultam o acesso das parturientes em situação de vulnerabilidade social a um atendimento humanizado e a um

tratamento adequado. Essas mulheres frequentemente têm seus planos de parto desconsiderados, como reflexo das desigualdades presentes nas relações político-sociais, sustentadas por discriminações baseadas em preconceito racial, de classe e de gênero, o que compromete o acesso a um serviço de saúde verdadeiramente igualitário (GOES, 2010).

Outro fator comum na vida de mulheres gestantes ou puérperas, em sua conjuntura social e econômica, é a falta de apoio e fragilidade existente no ambiente familiar, sendo a ausência paterna um fator frequente (ALVAREZ; GONZAGA; AGUIAR, 2024). Encontrando-se, assim, em situação de vulnerabilidade por não ter com quem contar e, diante disso, busca apoio nos serviços públicos disponíveis. No entanto, muitas dessas mães desconhecem seus direitos e, quando são vítimas de violência obstétrica, não compreendem o que de fato lhes aconteceu (ALVAREZ; GONZAGA; AGUIAR, 2024).

2.2 IMPACTOS PSICOLÓGICOS

O processo de parto é permeado por uma diversidade de fatores que abrangem dimensões psicológicas, físicas, sociais, econômicas e culturais. Trata-se de uma experiência particularmente delicada, que pode despertar uma ampla gama de emoções, incluindo ansiedade, medo, insegurança, estresse, além de sentimentos positivos como alegria e expectativa (PETERSON 1996). Além de toda a sensibilidade que envolve o parto, há outros fatores que podem torná-lo uma experiência complexa e, por vezes, traumática. Entre esses, destaca-se a violência obstétrica (Tesser et al. 2015). O processo de dor durante a gestação e o parto, ocorre por se tratar de um fenômeno biológico, porém, à história do parto possui uma naturalização da dor que é resultado também de uma construção sociocultural onde sentir dor é normal, e dessa forma a mulher é criticada por expressar seu sofrimento (BARBOZA; MOTA, 2016).

Tal sentimento perpassa o atendimento desigual e repercute negativamente na saúde mental e física das mulheres. Para a Psicologia, a violência contra a mulher, independente de seu tipo, causa comprometimentos à saúde física, mas o que se enfatiza são as consequências

que vão além desses danos imediatos. Pois, o trauma reflete seriamente na saúde mental da mulher, principalmente vivenciado em um momento de parto ou/e pós-parto, considerado psicologicamente, como turbulento e vulnerável para gestante e o bebê (CFP, 2013; MUNIZ; BARBOZA, 2012; SOUSA, 2008). A gestação é uma fase marcada por fragilidades emocionais, levando-se em conta a V.O sofrida, o estado psíquico da mulher torna-se vulnerável e não suporta tanta pressão (SILVA; SILVA; ARAÚJO, 2017).

Portanto, sentimentos aparecem como consequência da violência obstétrica, sendo o constrangimento o primeiro sentimento que as mulheres enfrentam, seguido de violência psicológica por agressões verbais (SILVA; SILVA; ARAÚJO, 2017). As seguintes frases “Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”, “Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender”, “Na hora de fazer você gostou, né?” São alguns exemplos de relatos que fazem parte da realidade do atendimento obstétrico à mulher. Portanto, segundo a pesquisa da Fundação Perseu Abramo em 2010, uma em cada quatro mulheres sofreu algum tipo de Violência obstétrica no Brasil (Brasil, 2015, p2). Nessa perspectiva a V.O , ao violar o corpo, a intimidade, e os direitos da mulher durante o trabalho de parto, pode produzir sofrimento psíquico, incluindo sentimentos de angústia, revolta, tristeza e a inscrição de traumas, tanto para a mulher quanto para sua rede familiar (SILVA et al., 2017). O impacto negativo desta experiência pode ocasionar a diminuição do número de mulheres que procuram, ou até mesmo utilizam os serviços de assistência obstétrica (OMS, 2014).

Dessa forma, a violência obstétrica pode desencadear psicopatologias em virtude do profundo impacto psicológico que provoca. A violação da autonomia da mulher, somada a intervenções desnecessárias, tratamentos desumanos e discursos autoritários, contribui para a geração de traumas significativos (SOUZA et al 2024). Esses traumas são intensificados pela internalização de culpa, vergonha, frequentemente perpetuada pelo sistema médico que desvaloriza a experiência subjetiva da mulher. A perda do controle sobre o processo do parto pode resultar em traumas psicológicos duradouros, incluindo transtorno de estresse pós-traumático, depressão pós-parto e ansiedade generalizada (SOUZA et al 2024).

Sintomas de alterações negativas de humor e cognição, pensamentos intrusivos, são comuns em relatos de mulheres que experimentam o parto traumático, revivendo os momentos de medo e impotência (MARTINS et al. 2024).

Conforme exposto anteriormente, à V.O não traz consequências apenas físicas, mas também gera problemas na saúde mental das mulheres. Consequentemente, há um risco significativo de interrupção na continuidade do cuidado, afetando tanto o acompanhamento do crescimento de desenvolvimento da criança até um ano de idade quanto o planejamento familiar (LEITE et al., 2024; MATOS, MAGALHÃES E FÉRES-CARNEIRO, 2021).

Outro fator de risco associado à V.O e o desenvolvimento de depressão pós-parto é a discriminação racial (LIMA, PIMENTEL E LIRA, 2021). Como destacado por Alves et al. (2023) o preconceito racial aumenta o sentimento de desamparo e invisibilidade. Além disso, destaca que as mulheres negras são mais frequentemente submetidas a práticas abusivas durante o parto. Esse tratamento discriminatório amplia o risco de depressão pós-parto associado a discriminação racial que agrava o impacto psicológico e emocional do parto.

Por fim, é evidente que à V.O exerce um impacto devastador na saúde mental das mulheres, revelando-se como uma causa significativa de alterações psicológicas (LIMA, PIMENTEL E LIRA, 2021). As práticas desrespeitosas e abusivas, o medo de ser ainda mais hostilizada, violentada ou rotulada como escandalosa, contribui para que muitas mulheres optem pelo silêncio e ocultem a violência sofrida. Além disso, durante o período que compreende a gestação até o parto, a vulnerabilidade emocional e física é intensificada, tornando essas mulheres ainda mais suscetíveis a aceitar abusos como se fossem parte natural do processo. Essa condição, por sua vez, pode dificultar a percepção da violência cometida, impedindo que a vítima reconheça o abuso e, consequentemente, busque ajuda ou denuncie a violência sofrida (ESTUMANO et. Al, 2017).

3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS.

3.1 MARCOS LEGAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS

Embora haja avanços significativos em termos de regulamentações e diretrizes que envolvam a violência obstétrica, reconhecida como questão central de saúde pública e de direitos humanos (Diniz et al.,2014) a violência obstétrica continua a ser uma realidade persistente no Brasil (Diniz et al.,2015). Esse conceito é amplamente discutido e é um tema de extrema importância pois envolve fatores biopsicossociais e socioeconômicos (GRABHERR 2018). A medicalização, a realização de procedimentos predominantemente invasivos, sem explicação, consentimento e frequentemente sem anestesia, são processos característicos da violência obstétrica e podem levar a violações importantes dos direitos da mulher e do nascituro (DINIZ; CHACHAM, 2006). Segundo Santos 2021, “ estima-se que a violência obstétrica afeta cerca de 15-20% das mulheres em idade reprodutiva, dependendo do contexto local”. Para Chibai (2018,p. 211):

É inegável e necessário defender o direito das mulheres, bem como a de todos os cidadãos, resguardando-os de todos os tipos de violência, seja ela qual for. Nesse sentido, o Poder Público deverá agir no sentido de punir os responsáveis por tais atos, a fim de garantir o direito de nossas mulheres tanto em relação à atenção em saúde quanto ao profissional envolvido.

A violência obstétrica viola diversos direitos humanos das mulheres e pessoas que gestam, algumas dessas violações ocorrem quando o direito à vida, à saúde, à integridade física e psicológica, assim como a autonomia sobre o próprio corpo e tomadas de decisão são desrespeitadas (NASCIMENTO 2017). Nesse sentido, o Brasil é signatário de relevantes tratados e convenções internacionais voltados à proteção e promoção dos direitos das mulheres. Dentre esses instrumentos destaca-se o Decreto nº 19.841/1945, responsável por promulgar a Carta das Nações Unidas, documento fundacional que afirma a dignidade e o valor inerente ao ser humano, bem como a igualdade de direitos entre homens e mulheres (CNU, 1945).

A Convenção Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), que assegura direitos fundamentais como o direito à vida, à integridade física e psicológica, à não discriminação e à igualdade. A violação da autonomia da mulher, bem como a imposição de sofrimento físico e psicológico, configura, portanto, uma afronta direta aos direitos consagrados pela CIDH (NOGUEIRA, 2017).

Outro importante tratado é a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), no âmbito do sistema global, determina expressamente o dever de eliminar a discriminação contra a mulher, na esfera dos cuidados médicos em seu art 12º. Os Estados-partes devem assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar, à assistência apropriada e gratuita à mulher durante a gravidez e à lactância. E reforça a importância social da maternidade e a função dos pais na família e na educação dos filhos, e conscientes de que o papel da mulher na procriação não deve ser causa de discriminação. A CEDAW tem sido utilizada como base legal para defesa dos direitos das mulheres durante o parto e na formulação sobre políticas públicas, garantindo o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos (DSR), prevenindo e combatendo a violência obstétrica e na luta pelo cumprimento dos direitos fundamentais (DINIZ et al., 2015).

Além disso, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, conhecida como (Pacto de São José da Costa Rica), ratificada pelo Brasil, reforça a proteção aos direitos humanos no continente americano, contemplando garantias essenciais como o direito à vida, à liberdade, à igualdade perante a lei, entre outros direitos civis e políticos. Esses marcos normativos reforçam a obrigação do Estado brasileiro em adotar medidas efetivas para prevenir, investigar, punir e reparar violações de direitos que afetem especificamente as mulheres (DINIZ et al., 2015).

É importante ressaltar que a violência obstétrica não é um fenômeno isolado, mas está intrinsecamente ligada a questões estruturais de gênero, poder e desigualdade social (NASCIMENTO 2017). No contexto jurídico, os impactos da violência obstétrica são profundos e multifacetados. A ausência de reconhecimento legal explícito dificulta a

responsabilização dos profissionais de saúde e das instituições envolvidas. Essa ausência de definições claras torna mais difícil para as vítimas buscarem reparação e justiça (PAIM, 2020).

3.2 POLÍTICAS NACIONAIS

Um marco importante na proteção dos direitos das parturientes e suas garantias é a Lei nº 11.108/2005 que garante o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (Brasil, 2005). A promulgação desta lei é uma conquista na luta contra violência obstétrica e o fortalecimento da conscientização sobre os direitos das mulheres e pessoas que gestam.

Outras políticas públicas importantes são a Política Nacional de Humanização (PNH) que é uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS 2003), que visa transformar as práticas de atenção e gestão na saúde, buscando promover a interação, visando a construção de um sistema de saúde mais acolhedor, justo e eficiente e a Rede ALYNE (antiga Rede Cegonha), Portaria GM/ms Nº 5.350, DE 12 DE setembro DE 2024, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna no Brasil em 25% e a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027, aumentando o cuidado humanizado e integral para gestantes, parturientes, puérperas e crianças, lançado pelo Governo Federal, muitas mulheres ainda experienciam partos caracterizados pela violação de sua autonomia e pela falta de empatia por parte dos profissionais de saúde.

A Rede ALYNE promove um modelo de humanização pré-natal, parto e nascimento, com o protagonismo da gestante e a assistência qualificada da Enfermagem obstétrica (DGEP/Cofen). Ao garantir a presença de um acompanhante de escolha da mulher durante o parto a Rede ALYNE também contribui para criação de um ambiente mais acolhedor e seguro.

Algumas iniciativas têm sido desenvolvidas para garantir o cumprimento das leis e normas relacionadas à assistência obstétrica. Um importante aspecto do enquadramento legal da violência obstétrica, é a responsabilização dos profissionais de saúde e das instituições de saúde por práticas desrespeitosas e abusivas durante o parto, dentre eles destacam-se os

sistemas de vigilância e monitoramento da qualidade da assistência ao parto, que permitem identificar e corrigir falhas no atendimento e prevenir a ocorrência de violência obstétrica (DINIZ, 2015).

Legislações específicas que abordem a violência obstétrica garantem a proteção dos direitos das mulheres e pessoas que gestam durante o parto. A criação de lei específica que reconheça e penalize práticas desrespeitosas e abusivas durante esse processo, com diretrizes e mecanismos de fiscalização, é fundamental para combater efetivamente essa forma de violência (DINIZ, 2014). Tal cenário evidencia a persistente lacuna entre as diretrizes estabelecidas pelas políticas públicas e a efetiva prática nos serviços de saúde (Brasil, 2011; Brasil, 2010).

3.3 PROJETOS DE LEI QUE TRAMITAM NO CONGRESSO NACIONAL BRASILEIRO SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O enquadramento legal da violência obstétrica é uma preocupação crescente (CUNHA, FRAZZON 2024), no Brasil é possível verificar projetos de lei (PLs) que tramitam no Congresso Nacional. Os projetos foram pesquisados diretamente através de buscas no sítio eletrônico do Congresso Nacional e estão descritos na tabela abaixo.

TABELA 1. Projetos de lei sobre a violência obstétrica em tramitação no Congresso Nacional

Projeto de Lei	Autor (a)	Ementa
PL 4228/2024	Raimundo Santos - PSD/PA	Institui o Programa Nacional de Prevenção e Combate à Violência Obstétrica.
PL 1720/2024	<u>Tabata Amaral - PSB/SP</u>	Altera o art. 19-J a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre o direito da mulher a acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos ou

		privados.
PL 1056/2023	<u>Fábio Macedo - PODE/MA</u>	Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, para incluir a violência obstétrica como forma de violência doméstica e familiar, e garantir a assistência à saúde mental da mulher vítima desse tipo de violência.
PL 422/2023	<u>Laura Carneiro - PSD/RJ</u>	Dispõe sobre a violência obstétrica, e sobre o dever dos diversos Poderes dos entes da Federação de promover políticas públicas integradas para a sua prevenção e repressão, alterando a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.
PL 989/2023	<u>Juninho do Pneu - UNIÃO/RJ</u>	Dispõe sobre as diretrizes para prevenir e combater a violência obstétrica.
PL 878/2019	<u>Talíria Petrone - PSOL/RJ</u> , <u>Áurea Carolina - PSOL/MG</u> , <u>Fernanda Melchionna - PSOL/RS</u> e <u>outros</u>	Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.
PL 7867/2017	<u>Jô Moraes - PCdoB/MG</u>	Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.

PL 8219/2017	<u>Francisco Floriano</u> - <u>DEM/RJ</u>	"Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após".
--------------	--	--

Fonte: Elaboração da autora.

Os projetos atualmente em tramitação tratam, em sua maioria, da temática da violência obstétrica. Essa tendência legislativa evidencia a urgência de estabelecer definições legais mais precisas, que contribuam efetivamente para o enfrentamento e a prevenção dessa forma de violência, a exemplo dada pelo PL nº 4228/2024, que tem como propósito harmonizar a legislação brasileira com as diretrizes internacionais de organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW), os quais defendem a proteção dos direitos reprodutivos das mulheres e a adoção de práticas obstétricas fundamentadas em evidências científicas e no respeito à dignidade humana. Nos artigos 1º e 2º da proposta, enfatiza-se ainda:

“Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Prevenção e Combate à Violência Obstétrica que terá como objetivo garantir a dignidade, os direitos humanos e o bem-estar das mulheres e dos recém-nascidos durante o pré-natal, parto, nascimento e pós-parto. Art. 2º Para os efeitos desta Lei, considera-se violência obstétrica toda ação ou omissão que cause dano físico, psicológico, moral ou social à mulher ou ao recém-nascido, durante o atendimento obstétrico, e que se configure em desrespeito aos direitos humanos, à dignidade da pessoa e à autonomia da mulher, incluindo às seguintes condutas”

O Projeto de Lei nº 1720/2024, propõe a alteração do art. 19-J da Lei nº 8.080 - (Lei Orgânica da Saúde, ela é um marco legal fundamental para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil) com o objetivo de fortalecer o enfrentamento à violência obstétrica e assegurar a proteção integral de gestantes e parturientes nos atendimentos realizados tanto na rede pública

quanto na privada de saúde. A proposta amplia o alcance do direito à presença de acompanhante, incluindo contextos de maior complexidade, como unidades de terapia intensiva e centros cirúrgicos.

O referido projeto de lei 1056/2023, tem como finalidade incluir a violência obstétrica no rol das formas de violência doméstica e familiar previstas na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 — a chamada Lei Maria da Penha —, além de assegurar à mulher vítima desse tipo de violência o acesso a uma assistência adequada e integral.

O Projeto de Lei nº 422/2023, propõe-se a positivação do conceito de violência obstétrica, com o objetivo de estabelecer parâmetros claros para a atuação das diversas esferas estatais, inclusive no âmbito da jurisdição penal, onde tal definição poderá ser utilizada como elemento relevante na dosimetria da pena.

O Projeto de Lei nº 989/2023, reside na necessidade de assegurar a proteção das mulheres e de seus bebês contra a violência obstétrica, bem como de garantir que todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência obstétrica respeitem os direitos das gestantes durante o pré-natal e o parto. A proposta legislativa estabelece diretrizes claras e específicas para a prevenção e o enfrentamento dessa forma de violência, definindo tanto os direitos das mulheres quanto os deveres ético-profissionais dos agentes de saúde responsáveis por sua assistência.

O Projeto de Lei nº 878/2019, dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal permitindo que toda gestante tenha o direito a uma assistência humanizada durante o período gestacional, o pré-parto, eventuais perdas gestacionais, o parto e o puerpério, tanto nos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quanto nas unidades da rede privada de saúde suplementar.

O PL 7867/2017 Estado de Santa Catarina - Considerando que o conceito de violência obstétrica abrange uma ampla gama de condutas, entende-se como fundamental a categorização dos procedimentos — sejam eles físicos ou não — aos quais as mulheres são submetidas

durante a gestação, o trabalho de parto, o parto, o pós-parto e o abortamento, sempre que tais práticas estiverem em desacordo com os princípios da humanização do cuidado e da medicina baseada em evidências.

3.4 CASO ALYNE DA SILVA PIMENTEL

Decorridas mais de duas décadas desde os fatos que compõem o caso, Alyne da Silva Pimentel — mulher negra, brasileira, com 28 anos à época, residente na periferia do município de Belford Roxo, no estado do Rio de Janeiro — era casada, mãe de uma criança de cinco anos e encontrava-se no sexto mês de gestação. No dia 11 de novembro de 2002, diante de intensas dores abdominais e episódios de náusea, Alyne procurou atendimento médico em uma unidade pública de saúde, a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, na ocasião, foi atendida por uma médica obstetra e ginecologista, que prescreveu remédios de urgência e lhe deu alta médica, agendando exames diagnósticos para dois dias depois do atendimento (NAÇÕES UNIDAS, 2008).

Não tendo melhorado, e ainda sentindo muitas dores extremas, retornou ao hospital, quando então foi constatada a morte do feto. O quadro se agravou e foi indicada sua transferência para hospital em outro município, mas sua remoção foi feita com grande atraso. A internação, mesmo sendo de urgência, só ocorreu 11 horas depois, por falta de leito na emergência, precisou aguardar por 14 horas para o procedimento de curetagem (procedimento cirúrgico ginecológico, para retirada do feto). Acabou falecendo em 16 de novembro de 2002, em decorrência de hemorragia digestiva resultante do parto do feto morto.

O caso foi submetido à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), órgão vinculado à Organização das Nações Unidas (ONU), por iniciativa de Maria de Lourdes da Silva Pimentel, mãe de Alyne. Em 2011, o Comitê da CEDAW responsabilizou o Estado brasileiro pela falha em assegurar o atendimento médico adequado desde o início das complicações gestacionais apresentadas por Alyne. De acordo com o órgão, o acesso à saúde uterina e ao cuidado com o ciclo reprodutivo

constitui um direito fundamental das mulheres, sendo sua negação uma forma de discriminação, por afetar diretamente a saúde e a integridade física feminina.

Como medida de reparação, a CEDAW determinou que o Estado brasileiro indenizasse a família de Alyne da Silva Pimentel e recomendou a adoção de medidas estruturais no sistema público de saúde, com o objetivo de aprimorar a qualidade do atendimento prestado às gestantes (Agência Senado, 2013).

A condenação do Brasil pelo CEDAW “por ter negado, não somente os direitos de Alyne, mas também os direitos de todas as mulheres brasileiras, de uma maneira que transcende as particularidades do evento individual, ao abordar os fatores sistêmicos da atenção à saúde, que levaram à morte materna” (COOK, 2013, P.14).

Segundo Nielsson (2025), apesar da condenação internacional sofrida, o Brasil ainda não implementou medidas eficazes para enfrentar as desigualdades raciais e socioeconômicas no acesso à saúde reprodutiva. O caso de Alyne da Silva Pimentel — mulher negra, moradora da periferia e em situação de vulnerabilidade social — escancarou essa realidade. Alyne faleceu em decorrência de negligência obstétrica no sistema público de saúde, e sua morte resultou em uma condenação simbólica, por representar o reconhecimento da mortalidade materna como uma grave violação de direitos humanos (Dionizio & Santos, 2025).

Nesse sentido, o caso de Alyne da Silva Pimentel, permite entender que apesar das mulheres adquirirem cada vez mais direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais, ainda persiste a desigualdade de gênero, que se revela através das vulnerabilidades sociais como menor escolaridade, menor renda, menos acesso ao emprego, além de maior percentual de violência por gênero (MARTINS, 2016). O caso de Alyne evidencia a interseção entre fatores como raça, classe social e sexualidade, os quais devem ser considerados pelo Estado na formulação de políticas públicas. É essencial a criação de mecanismos que reduzam as violações dos direitos humanos vivenciadas por mulheres em contextos de vulnerabilidade (Leite, 2016).

A garantia do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde é frequentemente comprometida por elementos estruturais interligados, como o racismo, o sexismo e as desigualdades culturais e socioeconômicas. Dentro desse cenário, as mulheres negras figuram entre as mais afetadas, pois enfrentam discriminações que se articulam a partir de marcadores de raça e gênero. Quando essas opressões se sobrepõem, tornam-se obstáculos reais à promoção da igualdade e à plena inserção dessas mulheres como cidadãs de direitos na sociedade (Goes & Nascimento, 2013).

A morte de Alyne Pimentel lança luz sobre a gestação como um risco imposto às mulheres. Risco esse que não decorre da gestação em si, mas da falta de responsabilização do Estado e políticas públicas efetivas. Muitas mulheres brasileiras ainda passam por casos semelhantes por falhas institucionais na assistência à saúde, as quais ocorrem frequentemente quando se tratam de parcelas sociais mais vulneráveis, evidenciando a desigualdade (ÁVILA; SEIXAS, 2018).

4 CONCLUSÃO

A violência obstétrica configura-se como uma grave violação dos direitos humanos e uma expressão da violência de gênero institucionalizada, presente de forma recorrente nas salas de parto e nas rotinas das instituições de saúde. A naturalização do sofrimento feminino durante o processo de parto, somada ao silêncio das parturientes motivado pelo medo, desconforto e angústia, evidencia a urgência de atenção por parte do sistema de justiça e das políticas públicas.

Apesar dos avanços normativos e das diretrizes que visam a proteção da mulher, a negligência do Estado ainda contribui para a perpetuação dessa violência, gerando sentimentos de impotência e insegurança entre as pessoas que gestam. Reflexo disso é a manutenção de elevados índices de mortalidade materna, revelando a insuficiência das ações governamentais frente a um problema de saúde pública tão sensível e urgente.

É importante destacar que a parturiente é titular de direitos fundamentais, como o direito à dignidade da pessoa humana, à saúde, à maternidade segura e ao tratamento livre de tortura ou qualquer forma de crueldade, desumanidade ou degradação. No entanto, a violência obstétrica manifesta-se de diversas formas, atingindo sobretudo mulheres negras e em situação de vulnerabilidade social, o que exige um olhar interseccional e comprometido com a equidade.

A implementação de políticas públicas e de legislações específicas é essencial para assegurar a responsabilização de instituições e profissionais de saúde que perpetuam práticas abusivas. Além disso, é fundamental a criação de espaços seguros e acolhedores que permitam às vítimas da violência obstétrica denunciar, relatar suas experiências e receber o devido amparo físico, psicológico e jurídico (STREIT; BUENO; GUERBER, 2024).

Portanto, combater a violência obstétrica demanda não apenas mudanças institucionais, mas também uma transformação cultural que reconheça e valorize a autonomia das mulheres, conscientize-as sobre o que consiste essa violência e garanta o cumprimento de condições dignas na assistência à saúde e direito das gestantes

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. N. de. Alyne da Silva Pimentel Teixeira x Brasil: um estudo de caso. *Revista da Defensoria Pública da União*, v. 21, n. 21, p. 183-208, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.46901/revistadadpu.i21.p183-208>.

ALMEIDA, N. B. S. de; CARVALHO, A. A. H. Análise dos impactos da violência obstétrica na saúde mental da mulher. *International Journal of Health Management Review*, v. 10, n. 1, e387, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.47172/ijhmreview.v10i1.387>.

ALVES, L. S. L. M.; CARREIRO, M. E. A.; PESSOA, A. N. L. de S. Violência obstétrica: de que forma se positiva a deturpação dos direitos fundamentais das mulheres à luz da Constituição Federal. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, v. 4, n. 1, e453225, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i1.3225>.

ASSIS, K. G. de; MEURER, F.; DELVAN, J. D. S. Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. *Psicologia Argumento*, v. 39, n. 103, p. 135–157, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7213/psicolargum.39.103.AO07>.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, n. 2, p. 135–149, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>.

BRASIL. Decreto nº 19.841, de 22 de outubro de 1945. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos/decretos/1952/D31643.html. Acesso em: 20 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre a presença de acompanhante durante o trabalho de parto. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 20 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orienta a atuação das doulas no âmbito do SUS. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/ministerio-da-saude-orienta-a-atuacao-das-doulas-no-ambito-do-sus>. Acesso em: 14 abr. 2025.

CIDH – COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Estatuto da Corte Interamericana de Direitos Humanos. 1979. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/v.estatuto.corte.htm>. Acesso em: 20 jun. 2025.

CUNHA, B. F. da; BUHRING, M. A. Violência obstétrica: a recusa da utilização do termo e os impactos jurídicos e sociais perante a violação dos direitos fundamentais das mulheres e pessoas que gestam. Porto Alegre: PCRS, 2024.

GONÇALVES DOS SANTOS, G.; DE ALMEIDA DIONIZIO, L. Mortalidade materna, interseccionalidade e o caso Alyne Pimentel: uma reflexão. *SciELO Preprints*, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.12197>.

HACK, G. F.; HEREK, M. D. C. A. F. e; BORITZA, O. R.; OLIVEIRA, S. dos S.; FUCHS, S. F.; BERRO, M. P. S. Violência obstétrica: análise à luz dos direitos fundamentais/Obstetric violence: analysis in the light of fundamental rights. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 7, p. 48095–48114, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-452>. Acesso em: 16 ago. 2024.

LIMA, C. A. de S.; FRANÇA, R. de S. Violência obstétrica contra a mulher e o Caso Alyne Pimentel. *Revista da Faculdade de Direito da UERJ*, n. 44, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rfd.2025.89547>.

MUÑOZ, J. L. Fisiologia da gestação. Revisado por Jessian L. Muñoz. *MSD Manuals*, Baylor College of Medicine, jul. 2024. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/ginecologia-e-obstetricia/abordagem-a-gestante-e-cuidados-pre-natais/fisiologia-da-gestacao>. Acesso em: 15 abr. 2025.

NIELSSON, J. G. Direitos humanos, justiça reprodutiva e mortalidade materna no Brasil 20 anos depois da morte de Alyne Pimentel. *Revista Direito e Práxis*, v. 16, n. 1, e78389, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2025/78389>.

NUNES, A. P. da S.; MARTINS, W. E. B. Sombras da violência obstétrica: repercussões psicológicas nas vítimas. *Ciência Dinâmica*, v. 15, e152401, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2176-6509.2024.001>.

PALHARINI, L. A.; FIGUEIRÔA, S. F. de M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 25, n. 4, p. 1039-1061, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500008>. Acesso em: 5 mar. 2025.

PARTO DO PRINCÍPIO – MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”. Elaborado para a CPMI Violência Contra as Mulheres. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2025.

PEREIRA, J. S. et al. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, v. 15, p. 103-108, 2016. Disponível em: <https://www.bjscr.com/article/view/violencia-obstetrica>. Acesso em: 16 ago. 2024.

PEREIRA, T. L. S.; COSTA, K. S. Direitos humanos e violência obstétrica: a importância da legislação para garantir dignidade às mulheres. *Revista Acadêmica Online*, v. 10, n. 50, p. 1–15, 2024. Disponível em: <https://www.revistaacademicaonline.com/index.php/rao/article/view/74>.

PENSO, F.; BRAGA, V. de L. Sistematização das principais questões abordadas durante Encontro com as Especialistas. Comunicação pessoal. 17 set. 2020. Disponível

em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-a-consulta-de-puerperio-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 15 abr. 2025.

ROSA, M. C. da; FRUET, L. M.; STURZA, J. M. Raça, interseccionalidade e alteridade: uma análise do caso Alyne Pimentel vs. Brasil. *Revista Derecho y Salud*, v. 8, n. 9, 2024. Disponível em: <https://revistas.ubp.edu.ar/index.php/rdys/issue/view/RDyS9>.

DOI: [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2024\)06](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2024)06).

SOUSA, J. S.; TONIAL, F. A. L.; CASTRO, A.; HINCKEL, G. K. Parto (des)humanizado: as consequências da violência obstétrica em puérperas na condição de vulnerabilidade social. 2024. DOI: 10.37885/240516649. Publicado em: 30 ago. 2024.

STREIT, L.; BUENO, M. S.; GUERBER, P. M. W. A violência obstétrica como violação dos direitos humanos das mulheres. *Academia de Direito*, v. 6, p. 4231–4253, 2024. DOI: 10.24302/acaddir.v6.5648. Disponível

em: <https://periodicos.unc.br/index.php/acaddir/article/view/5648>. Acesso em: 30 maio 2025.

ZANARDO, G. L. de P.; URIBE, M. C.; NADAL, A. H. R. D.; HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, v. 29, e155043, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>. Acesso em: 10 ago. 2024.