Cognitio Juris
ISSN 2236-3009

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: OMISSÃO ESTATAL E VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DA MULHER

OBSTETRIC VIOLENCE IN BRAZIL: STATE OMISSION AND VIOLATION OF WOMEN'S RIGHTS

Artigo submetido em 29 de maio de 2026
Artigo aprovado em 02 de junho de 2026
Artigo publicado em 02 de junho de 2026

Cognitio Juris
Volume 16 – Número 59 – 2026
ISSN 2236-3009

.

Autor(es):
Gabriela Brandão de Almeida[1]
Karina Furman[2]

.

RESUMO: O presente artigo analisa a violência obstétrica sob as perspectivas constitucional, sanitária, bioética e dos direitos humanos, examinando suas manifestações, causas estruturais e consequências jurídicas no contexto brasileiro. Parte-se da compreensão de que a violência obstétrica não se limita a condutas individuais praticadas por profissionais de saúde, constituindo fenômeno estrutural relacionado à medicalização excessiva do parto, à

precarização da assistência materno-infantil, às desigualdades sociais e raciais e à deficiência de fiscalização estatal. O estudo aborda a evolução histórica do modelo obstétrico brasileiro, as práticas abusivas recorrentes na assistência ao parto e a insuficiência das políticas públicas de humanização. Analisa-se ainda a fragmentação normativa existente no ordenamento jurídico brasileiro, destacando a ausência de legislação federal específica sobre violência obstétrica e seus impactos na segurança jurídica e na responsabilização institucional. Ao final, defende-se a necessidade de fortalecimento das políticas públicas de humanização, da fiscalização estatal e da construção de marco normativo nacional capaz de assegurar proteção integral às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. A pesquisa foi desenvolvida mediante revisão bibliográfica narrativa, análise legislativa, doutrinária e jurisprudencial, além do exame de dados epidemiológicos e documentos institucionais relacionados à assistência obstétrica no Brasil.

Palavras-chave: violência obstétrica; direitos fundamentais; Sistema Único de Saúde; humanização do parto; responsabilidade estatal.

ABSTRACT: This article analyzes obstetric violence from constitutional, sanitary, bioethical, and human rights perspectives, examining its manifestations, structural causes, and legal consequences within the Brazilian context. The study is based on the understanding that obstetric violence is not limited to individual misconduct by healthcare professionals, but rather constitutes a structural phenomenon associated with the excessive medicalization of childbirth, the precariousness of maternal and child healthcare services, social and racial inequalities, and insufficient state oversight. The research addresses the historical evolution of the Brazilian obstetric model, recurrent abusive practices in childbirth care, and the shortcomings of public humanization policies. It also examines the normative fragmentation within the Brazilian legal system, emphasizing the absence of specific federal legislation on obstetric violence and the impacts of this legal gap on legal certainty and institutional accountability. Finally, the article advocates for the strengthening of public humanization policies, more effective state supervision, and the creation of a national legal framework

capable of ensuring comprehensive protection for women throughout the pregnancy-puerperal cycle. The research was conducted through narrative bibliographic review, legislative, doctrinal, and jurisprudential analysis, as well as the examination of epidemiological data and institutional documents related to obstetric care in Brazil.

Keywords: obstetric violence; fundamental rights; Unified Health System (SUS); humanization of childbirth; state liability.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A violência obstétrica constitui grave violação aos direitos fundamentais das mulheres, manifestando-se por meio de ações ou omissões praticadas durante a gestação, parto, pós-parto ou abortamento, capazes de causar sofrimento físico, psicológico e moral. O fenômeno envolve práticas abusivas, intervenções desnecessárias, ausência de consentimento informado, negligência assistencial e tratamento desumanizado, atingindo diretamente a dignidade da pessoa humana, a autonomia corporal, a saúde e os direitos reprodutivos femininos.

Embora os avanços da medicina obstétrica tenham contribuído para a redução da mortalidade materna e neonatal, o modelo historicamente tecnicista e intervencionista consolidado no ambiente hospitalar também favoreceu a naturalização de práticas autoritárias e invasivas, muitas vezes realizadas sem respeito à vontade da mulher. Nesse contexto, a parturiente frequentemente deixa de ocupar posição central no processo de parto, tornando-se destinatária passiva das decisões institucionais e médicas.

A violência obstétrica não se limita à atuação individual de profissionais da saúde, constituindo fenômeno estrutural relacionado à precarização da assistência materno-infantil, à deficiência de fiscalização estatal, às desigualdades sociais e raciais e à insuficiência de políticas públicas efetivamente humanizadas. A problemática atinge de forma mais intensa mulheres negras, pobres, indígenas, adolescentes e usuárias exclusivas do Sistema Único de

Saúde, evidenciando sua relação direta com desigualdades historicamente reproduzidas no acesso à saúde pública.

Apesar da crescente relevância social e jurídica do tema, o Brasil ainda não possui legislação federal específica capaz de regulamentar de forma uniforme a violência obstétrica e estabelecer mecanismos nacionais de prevenção, fiscalização e responsabilização. A fragmentação normativa e a fragilidade dos mecanismos de controle contribuem para a invisibilização das violações e dificultam o enfrentamento institucional do problema.

Diante desse cenário, surge a seguinte problemática: em que medida a omissão legislativa e a deficiência estrutural e fiscalizatória do Estado brasileiro contribuem para a perpetuação da violência obstétrica no âmbito do Sistema Único de Saúde e para a violação dos direitos fundamentais das mulheres?

Partindo dessa indagação, o presente estudo tem como objetivo geral analisar a violência obstétrica sob as perspectivas constitucional, sanitária e dos direitos humanos, examinando sua relação com as deficiências estruturais do Sistema Único de Saúde e com a insuficiência legislativa e fiscalizatória estatal. Como objetivos específicos, busca-se: compreender a conceituação e as manifestações da violência obstétrica; analisar a influência das fragilidades estruturais do SUS na perpetuação dessas práticas; examinar a fragmentação normativa e a ausência de legislação federal específica sobre o tema; e investigar as consequências sociais e jurídicas decorrentes da violência obstétrica no contexto brasileiro.

A pesquisa foi desenvolvida mediante revisão bibliográfica narrativa, análise legislativa, doutrinária e jurisprudencial, além do exame de dados epidemiológicos e documentos institucionais relacionados à assistência obstétrica no Brasil. Busca-se demonstrar que o enfrentamento da violência obstétrica exige não apenas responsabilização individual, mas também transformação estrutural das políticas públicas de assistência materno-infantil, com fortalecimento da humanização do parto, da fiscalização estatal e da proteção aos direitos

fundamentais das mulheres.

1. DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITUAÇÃO, MANIFESTAÇÕES E DIMENSÃO ESTRUTURAL DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica pode ser compreendida como o conjunto de ações ou omissões praticadas por profissionais de saúde, instituições hospitalares ou pelo próprio sistema de assistência que causem sofrimento físico, psicológico, moral ou institucional à mulher durante a gestação, o parto, o pós-parto ou o abortamento. Trata-se de grave violação aos direitos fundamentais da mulher, especialmente à dignidade da pessoa humana, à saúde, à autonomia corporal e ao consentimento informado.

Sob a perspectiva constitucional, a violência obstétrica afronta diretamente os princípios previstos na Constituição Federal de 1988, especialmente a dignidade da pessoa humana, os direitos à saúde, à igualdade, à integridade física e psíquica e à proteção da maternidade. Conforme leciona Ingo Wolfgang Sarlet, a dignidade da pessoa humana constitui núcleo central do ordenamento jurídico brasileiro, impondo ao Estado deveres de proteção e promoção da pessoa humana (SARLET, 2023). Assim, práticas realizadas mediante humilhação, constrangimento, intervenções desnecessárias ou ausência de consentimento representam afronta à ordem constitucional.

A literatura contemporânea aponta que a violência obstétrica possui dimensão interpessoal e institucional. A dimensão interpessoal envolve agressões verbais, ameaças, discriminação, procedimentos sem consentimento e tratamento desrespeitoso. Já a dimensão institucional manifesta-se em maternidades superlotadas, ausência de leitos, insuficiência de profissionais, deficiência de insumos e falhas nos protocolos de acolhimento e humanização.

A revisão narrativa publicada em 2024 na revista *Ciência & Saúde Coletiva* destaca que a violência obstétrica decorre tanto de condutas individuais quanto de inadequações estruturais dos serviços de saúde, reforçando sua natureza de problema público e estrutural

(LEITE et al., 2024). Nesse contexto, o fenômeno relaciona-se diretamente à precarização da assistência materna e às desigualdades sociais historicamente reproduzidas no sistema de saúde.

Historicamente, o processo de medicalização do parto consolidou modelo obstétrico fortemente intervencionista e centrado na autoridade médica. Embora tal transformação tenha contribuído para a redução da mortalidade materna e neonatal, também favoreceu a institucionalização de práticas invasivas e desnecessárias, especialmente quando associadas à ausência de consentimento livre e esclarecido e à desconsideração da autonomia feminina.

O modelo obstétrico brasileiro caracteriza-se ainda pelo elevado índice de cesarianas. Dados do Ministério da Saúde apontam que o Brasil permanece entre os países com maiores taxas de cesárea do mundo, superando significativamente o percentual de 10% a 15% recomendado pela Organização Mundial da Saúde como adequado do ponto de vista sanitário.

No campo obstétrico, essa lógica contribuiu para transformar o parto em procedimento excessivamente tecnicista, frequentemente afastado das necessidades emocionais e subjetivas da mulher. Na mesma perspectiva, Carmen Simone Grilo Diniz sustenta que a violência obstétrica decorre da apropriação do corpo e dos processos reprodutivos femininos pelos profissionais e instituições de saúde, mediante relações marcadas pela hierarquização e pelo autoritarismo (DINIZ, 2005).

Entre as práticas frequentemente associadas à violência obstétrica estão a episiotomia sem indicação clínica ou consentimento, o uso inadequado de ocitocina, a manobra de Kristeller, exames vaginais repetitivos, restrição indevida de acompanhante, impedimento de posições livres durante o trabalho de parto, negligência no manejo da dor, comentários ofensivos e desconsideração das escolhas informadas da paciente.

Sob a ótica bioética, tais práticas afrontam os princípios da autonomia, beneficência, não

maleficência e justiça. Conforme ensina Maria Helena Diniz, o consentimento livre e esclarecido constitui requisito essencial das intervenções médicas, sendo expressão concreta da dignidade e autonomia da paciente (DINIZ, 2022).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, publicadas pelo Ministério da Saúde e pela CONITEC em 2017, buscaram reduzir intervenções desnecessárias e contraindicar práticas como a manobra de Kristeller, representando importante avanço na humanização da assistência obstétrica (BRASIL, 2017).

As pesquisas nacionais demonstram a relevância do problema. A pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado” estimou que aproximadamente 25% das mulheres relataram algum tipo de violência obstétrica. Já a pesquisa “Nascer no Brasil I”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, identificou elevados índices de desrespeito, ausência de acompanhante, episiotomia e manobra de Kristeller durante o parto (LEITE et al., 2024).

Como a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e pelo SESC que identificou que aproximadamente 25% das mulheres brasileiras relataram ter sofrido algum tipo de violência obstétrica durante o atendimento ao parto, evidenciando a elevada incidência de práticas abusivas no contexto da assistência materno-infantil brasileira (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC, 2010).

Além disso, a violência obstétrica apresenta forte dimensão racial e socioeconômica. Mulheres negras, pobres, indígenas, adolescentes e usuárias exclusivas do SUS encontram-se mais expostas a práticas negligentes e desumanizadas. Conforme sustenta Flávia Piovesan, os direitos das mulheres integram o sistema internacional de proteção dos direitos humanos, impondo ao Estado o dever de combater discriminações estruturais e promover igualdade material (PIOVESAN, 2023).

Desse modo, a violência obstétrica não pode ser compreendida apenas como falha individual

de determinados profissionais da saúde, mas como fenômeno estrutural vinculado à precarização dos serviços públicos de saúde, às desigualdades sociais e raciais e à insuficiência de políticas públicas voltadas à humanização do parto e à proteção integral dos direitos reprodutivos das mulheres.

2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS DEFICIÊNCIAS ESTRUTURAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A violência obstétrica no Brasil está diretamente relacionada às fragilidades estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente diante da precarização histórica da assistência materno-infantil. Embora a Constituição Federal de 1988 tenha instituído o SUS como sistema universal, integral e igualitário, muitas gestantes ainda enfrentam dificuldades que comprometem a efetivação de atendimento digno, seguro e humanizado durante o pré-natal, parto, pós-parto e abortamento.

O artigo 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, impondo ao Poder Público a obrigação de garantir acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Nesse contexto, a assistência obstétrica adequada integra diretamente a proteção constitucional à maternidade e à dignidade da pessoa humana. Conforme destaca Ingo Wolfgang Sarlet, os direitos fundamentais impõem ao Estado deveres positivos de proteção e implementação de políticas públicas voltadas à concretização da dignidade humana (SARLET, 2023).

Todavia, a realidade da assistência obstétrica brasileira demonstra significativa distância entre a previsão normativa e a efetivação material desses direitos. A superlotação das maternidades, a insuficiência de leitos, a carência de profissionais, a precariedade estrutural dos estabelecimentos de saúde e a deficiência dos fluxos de atendimento favorecem práticas negligentes, intervenções desnecessárias e formas institucionalizadas de violência contra a mulher parturiente. Nessas circunstâncias, a violência obstétrica revela-se fenômeno

estrutural, decorrente não apenas de condutas individuais praticadas por profissionais de saúde, mas também da incapacidade estatal de estruturar serviços compatíveis com os parâmetros constitucionais de dignidade, segurança e humanização.

Segundo Lenir Santos, o direito à saúde não se limita ao acesso formal aos serviços públicos, abrangendo também qualidade, eficiência, segurança e humanização do atendimento prestado à população (SANTOS, 2010). Assim, a precarização da assistência obstétrica configura verdadeira forma de violência institucional, especialmente porque atinge mulheres em condição de elevada vulnerabilidade física e emocional.

Nesse contexto, torna-se necessário reconhecer que a violência obstétrica possui dimensão sistêmica. A insuficiência estrutural do SUS frequentemente impede a concretização prática de direitos básicos das gestantes, como privacidade, informação adequada, acompanhamento contínuo, manejo humanizado da dor e respeito às escolhas da mulher durante o parto. Muitas maternidades operam em cenário de sobrecarga assistencial, ausência de equipes multidisciplinares e insuficiência de recursos materiais, circunstâncias que favorecem atendimentos mecanizados e despersonalizados.

A Lei nº 8.080/1990 assegura princípios fundamentais relacionados à assistência em saúde, como integralidade, universalidade, igualdade, direito à informação e preservação da autonomia da paciente. Além disso, com a alteração promovida pela Lei nº 14.737/2023, fortaleceu-se a proteção da mulher nos atendimentos em saúde, especialmente quanto ao direito ao acompanhamento e à realização de procedimentos com maior transparência e segurança. Tais garantias evidenciam que a humanização da assistência obstétrica constitui obrigação jurídica do Estado e dos serviços de saúde.

As pesquisas nacionais demonstram a persistência das desigualdades estruturais na assistência materno-infantil. O estudo “Nascer no Brasil”, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz, identificou elevados índices de intervenções desnecessárias, falhas no

acolhimento, deficiência de informações prestadas às gestantes e restrições indevidas à autonomia da mulher durante o parto (D'ORSI et al., 2014). Além disso, pesquisas recentes apontam que mulheres negras, pobres, indígenas e usuárias exclusivas do SUS encontram-se mais expostas a práticas negligentes e desumanizadas, evidenciando a profunda relação entre violência obstétrica, desigualdade racial e exclusão social.

Sob essa perspectiva, a violência obstétrica também deve ser compreendida como expressão das desigualdades estruturais historicamente reproduzidas no sistema de saúde brasileiro. Conforme sustenta Flávia Piovesan, os direitos das mulheres integram o sistema internacional de proteção dos direitos humanos, impondo ao Estado deveres concretos de combate às discriminações estruturais e promoção da igualdade material (PIOVESAN, 2023). Assim, a deficiência da assistência obstétrica não representa apenas falha administrativa, mas violação aos direitos humanos fundamentais das mulheres.

Além disso, embora políticas públicas como a Rede Cegonha e a Rede Alyne representem avanços relevantes na humanização da assistência materno-infantil, sua efetividade depende de financiamento adequado, fiscalização contínua, capacitação profissional permanente e mecanismos concretos de implementação. Conforme observa Luís Roberto Barroso, os direitos fundamentais somente alcançam efetividade quando acompanhados de instrumentos institucionais aptos à sua concretização prática (BARROSO, 2023).

A deficiência estrutural da assistência obstétrica também compromete diretamente o consentimento informado e a autonomia reprodutiva das mulheres. Em ambientes marcados pela superlotação, insuficiência de profissionais e sobrecarga institucional, torna-se mais frequente a realização de procedimentos sem informação adequada, sem diálogo efetivo e sem participação consciente da paciente nas decisões relacionadas ao próprio corpo e ao parto.

Desse modo, a violência obstétrica no âmbito do SUS deve ser compreendida como problema

estrutural de saúde pública e de direitos humanos, exigindo não apenas responsabilização individual dos profissionais envolvidos, mas também fortalecimento das políticas públicas de humanização, ampliação dos mecanismos de fiscalização estatal e reorganização da assistência materno-infantil em conformidade com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da igualdade material e da proteção integral da mulher.

3. OMISSÃO LEGISLATIVA, FRAGMENTAÇÃO NORMATIVA E INSEGURANÇA JURÍDICA NA TUTELA DA MULHER PARTURIENTE

Apesar da crescente relevância social, médica e jurídica da violência obstétrica no Brasil, ainda inexiste legislação federal específica capaz de disciplinar de forma uniforme o tema, estabelecendo conceito jurídico próprio, mecanismos nacionais de prevenção, protocolos padronizados de acolhimento e critérios específicos de responsabilização. Tal ausência normativa evidencia importante lacuna legislativa diante da necessidade de proteção efetiva dos direitos fundamentais e reprodutivos das mulheres durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Todavia, não se pode afirmar absoluta ausência de proteção jurídica às gestantes e parturientes. A Constituição Federal de 1988 assegura ampla tutela à dignidade da pessoa humana, à saúde, à igualdade, à integridade física e psicológica, à maternidade e à vedação de tratamentos desumanos ou degradantes. Além disso, normas infraconstitucionais garantem direitos relacionados à assistência obstétrica humanizada.

A Lei nº 8.080/1990, por exemplo, organiza o Sistema Único de Saúde e consagra princípios como universalidade, integralidade da assistência, direito à informação e preservação da autonomia da paciente. A Lei nº 11.108/2005 assegura à parturiente o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, enquanto a Lei nº 11.634/2007 garante à gestante o direito ao conhecimento prévio da maternidade em que receberá assistência.

Entretanto, o problema jurídico central reside justamente na fragmentação normativa existente. Embora haja normas esparsas relacionadas à proteção da maternidade e à assistência obstétrica, inexiste marco legislativo nacional capaz de integrar prevenção, fiscalização, monitoramento e responsabilização da violência obstétrica em sistema uniforme e coerente.

Sob a ótica constitucional, a omissão legislativa pode ser compreendida como insuficiência estatal na concretização dos direitos fundamentais. Conforme ensina José Afonso da Silva, a omissão ocorre quando o Estado deixa de editar normas indispensáveis à plena efetividade das disposições constitucionais (SILVA, 2015). Nesse sentido, a ausência de legislação específica compromete a efetividade prática da proteção jurídica das mulheres durante o parto e o pós-parto.

A inexistência de parâmetros nacionais uniformes gera significativa insegurança jurídica tanto para as vítimas quanto para os profissionais e instituições de saúde. Muitas mulheres encontram dificuldades para identificar formalmente práticas abusivas, acessar mecanismos de denúncia e obter acolhimento institucional adequado. Ao mesmo tempo, profissionais e gestores públicos enfrentam ausência de diretrizes claras acerca das condutas vedadas, dos protocolos de consentimento informado e dos critérios específicos de responsabilização.

Atualmente, a responsabilização das práticas abusivas depende da articulação entre dispositivos constitucionais, normas administrativas do Ministério da Saúde, resoluções dos conselhos profissionais, Código Civil, Código Penal, legislação sanitária e normas éticas. Embora tais instrumentos sejam relevantes, não substituem a necessidade de marco legislativo federal específico e sistematizado.

Segundo Maria Helena Diniz, a segurança jurídica exige previsibilidade normativa e clareza quanto aos direitos, deveres e consequências jurídicas das condutas sociais (DINIZ, 2022). No caso da violência obstétrica, a fragmentação normativa dificulta a uniformização de

protocolos assistenciais, a produção de dados nacionais padronizados e a fiscalização efetiva dos serviços obstétricos.

A própria controvérsia institucional acerca da utilização da expressão “violência obstétrica” evidencia a fragilidade normativa existente. Em 2019, o Ministério da Saúde recomendou que o termo fosse evitado em documentos oficiais, sob o argumento de inadequação conceitual. Posteriormente, após recomendação do Ministério Público Federal, reconheceu-se a legitimidade da expressão para designar situações de maus-tratos e abusos na assistência obstétrica.

Sob a perspectiva dos direitos humanos, a omissão legislativa torna-se ainda mais relevante. Conforme sustenta Flávia Piovesan, os tratados internacionais de direitos humanos impõem ao Estado deveres positivos de proteção contra discriminações estruturais e violências de gênero (PIOVESAN, 2023). Nesse contexto, a ausência de legislação específica pode representar insuficiência estatal incompatível com os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil.

A Convenção CEDAW e a Convenção Interamericana de Belém do Pará impõem ao Estado brasileiro o dever de prevenir, investigar e punir práticas de violência contra a mulher, inclusive aquelas praticadas em instituições de saúde. Além disso, embora alguns estados e municípios tenham editado normas relacionadas à violência obstétrica, tais iniciativas não garantem uniformidade nacional nem fiscalização padronizada.

Nesse sentido, Sueli Gandolfi Dallari afirma que o Direito Sanitário exige atuação normativa integrada e coordenada do Estado, especialmente em políticas públicas relacionadas à proteção da vida e da saúde (DALLARI, 2018). Assim, a ausência de legislação específica fragiliza a efetividade do direito à saúde e dificulta a implementação de políticas públicas efetivamente humanizadas.

Desse modo, a omissão legislativa relacionada à violência obstétrica não consiste na

inexistência absoluta de normas protetivas, mas na ausência de marco federal específico capaz de integrar prevenção, fiscalização, monitoramento e responsabilização em âmbito nacional.

A criação de legislação federal específica permitiria estabelecer conceitos jurídicos uniformes, disciplinar o consentimento informado, padronizar registros assistenciais, instituir fluxos nacionais de denúncia e fortalecer os mecanismos de fiscalização da assistência obstétrica. Mais do que simples inovação legislativa, a construção de marco normativo nacional sobre violência obstétrica representa instrumento de concretização da dignidade da pessoa humana, da proteção integral da mulher e da efetividade dos direitos fundamentais reprodutivos assegurados pela Constituição Federal e pelos tratados internacionais de direitos humanos.

4. A OMISSÃO FISCALIZATÓRIA DO ESTADO E A RESPONSABILIDADE PELA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A deficiência dos mecanismos de fiscalização e controle da assistência obstétrica constitui um dos principais fatores responsáveis pela permanência e reprodução da violência obstétrica nos serviços públicos de saúde. A ausência de monitoramento efetivo das maternidades, associada à fragilidade dos canais de denúncia, à baixa responsabilização institucional e à insuficiência de políticas preventivas, contribui para a continuidade de práticas abusivas contra mulheres durante o pré-natal, parto, pós-parto e abortamento.

O Estado brasileiro possui dever constitucional de assegurar atendimento digno, humanizado, seguro e eficiente às gestantes e parturientes. Tal obrigação decorre dos artigos 1º, inciso III, 5º, 6º, 196 e 198 da Constituição Federal, bem como da Lei nº 8.080/1990, que organiza o Sistema Único de Saúde. Sob a perspectiva constitucional, o direito à saúde não se limita ao acesso formal ao serviço público, abrangendo também a garantia de atendimento adequado e compatível com a dignidade da pessoa humana.

Conforme leciona Ingo Wolfgang Sarlet, os direitos fundamentais impõem ao Estado deveres positivos de proteção e implementação de políticas públicas aptas à concretização da dignidade humana (SARLET, 2023). Nesse contexto, a precarização das maternidades públicas, a ausência de fiscalização contínua e a fragilidade dos mecanismos institucionais de controle comprometem diretamente a efetividade material desses direitos fundamentais.

A violência obstétrica frequentemente permanece invisibilizada dentro das próprias instituições hospitalares. Muitas mulheres deixam de denunciar abusos em razão da falta de informação, do medo de retaliações, da naturalização social das práticas violentas e da dificuldade de acesso a mecanismos efetivos de acolhimento e responsabilização. Além disso, a vulnerabilidade emocional e física vivenciada no período gravídico-puerperal contribui para o silenciamento institucional dessas violações.

Mesmo quando há formalização de denúncias, muitos casos não resultam em investigação efetiva ou responsabilização concreta dos envolvidos, reforçando a percepção de impunidade institucional. Tal cenário compromete não apenas os direitos individuais das vítimas, mas também a confiança social no Sistema Único de Saúde e nos mecanismos públicos de proteção da mulher.

A deficiência fiscalizatória também se manifesta na dificuldade de implementação prática das políticas públicas de humanização do parto. A Rede Cegonha e a Rede Alyne representam importantes avanços na reorganização da assistência materno-infantil, mas sua efetividade depende de financiamento adequado, capacitação profissional contínua, fiscalização permanente e mecanismos concretos de controle institucional.

Nesse sentido, Sueli Gandolfi Dallari afirma que o Direito Sanitário exige atuação estatal contínua, integrada e fiscalizatória, não sendo suficiente a mera previsão formal de políticas públicas desacompanhadas de instrumentos efetivos de implementação e controle (DALLARI, 2018). Sem auditorias regulares, sistemas padronizados de monitoramento e canais

acessíveis de denúncia, os direitos formalmente reconhecidos podem não se concretizar na experiência cotidiana das usuárias do SUS.

Sob a perspectiva jurídica, a omissão estatal diante da ocorrência reiterada de violência obstétrica pode configurar responsabilidade civil do Estado por falha na prestação do serviço público, nos termos do artigo 37, § 6º, da Constituição Federal. Conforme leciona Celso Antônio Bandeira de Mello, a responsabilidade civil estatal decorre do dever de reparar danos causados por atuação ou omissão administrativa lesiva aos administrados (BANDEIRA DE MELLO, 2022).

Assim, quando o Estado deixa de estruturar adequadamente os serviços de saúde ou falha na fiscalização das unidades hospitalares, pode surgir obrigação de indenizar os danos suportados pelas usuárias. A responsabilidade estatal, nesse contexto, não se limita às condutas comissivas praticadas diretamente pelos agentes públicos, podendo decorrer também de omissões administrativas específicas.

Segundo Sérgio Cavalieri Filho, o serviço público defeituoso caracteriza-se quando não funciona, funciona mal ou funciona tardiamente, ensejando responsabilidade civil pelos prejuízos causados aos usuários (CAVALIERI FILHO, 2021). No âmbito obstétrico, a ausência de leitos, a insuficiência de profissionais, a inexistência de protocolos adequados e a omissão diante de denúncias podem configurar falha do serviço público de saúde.

A análise da responsabilidade estatal exige verificação concreta acerca da estrutura e do funcionamento da unidade hospitalar, especialmente quanto ao respeito ao consentimento informado, à garantia de acompanhante, ao fornecimento adequado de informações e à adoção de medidas diante de denúncias ou irregularidades. Sob a ótica bioética, o consentimento informado constitui elemento essencial da assistência obstétrica humanizada. Conforme destaca Maria Helena Diniz, a autonomia da paciente representa expressão concreta da dignidade da pessoa humana, exigindo que toda intervenção médica seja

precedida de informação adequada e autorização consciente da paciente (DINIZ, 2022).

Além disso, a ausência de padronização nacional para registro e investigação dos casos compromete a formulação de políticas públicas eficientes. Sem dados oficiais consistentes e sistemas integrados de monitoramento, a violência obstétrica permanece subnotificada, dificultando a identificação de padrões de conduta, grupos mais vulneráveis e unidades reincidentes.

Conforme observa Luís Roberto Barroso, a efetividade dos direitos fundamentais depende da existência de mecanismos concretos de implementação, fiscalização e controle das políticas públicas (BARROSO, 2023). Dessa forma, a proteção da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal exige não apenas reconhecimento formal de direitos, mas estrutura estatal efetivamente capaz de garanti-los.

Assim, a fiscalização da assistência obstétrica deve envolver sistemas permanentes de registro, monitoramento, transparência e avaliação da qualidade do atendimento prestado às mulheres. O fortalecimento dos mecanismos de controle institucional, da atuação dos órgãos fiscalizadores e do controle social do SUS mostra-se indispensável para o enfrentamento da violência obstétrica e para a efetivação dos direitos fundamentais das gestantes e parturientes.

Desse modo, a responsabilização estatal pela deficiência fiscalizatória não possui apenas caráter reparatório, mas também função preventiva e pedagógica, estimulando a reorganização estrutural dos serviços públicos de saúde e a construção de modelo de assistência obstétrica pautado na dignidade da pessoa humana, na humanização do parto e na proteção integral dos direitos reprodutivos das mulheres.

5. CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS E JURÍDICAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO BRASILEIRO

A violência obstétrica produz impactos profundos na saúde física e psicológica das mulheres, na relação materno-infantil, na confiança social no Sistema Único de Saúde e na efetividade dos direitos fundamentais. Trata-se de problemática que ultrapassa a esfera individual da relação entre profissional e paciente, revelando-se fenômeno estrutural relacionado às desigualdades históricas de gênero, raça, classe social e acesso aos serviços públicos de saúde.

A assistência obstétrica desumanizada compromete não apenas a integridade física da mulher, mas também sua autonomia, dignidade e segurança emocional durante um dos momentos mais sensíveis da vida humana. Nesse contexto, a violência obstétrica deve ser compreendida como forma específica de violência institucional e de gênero, praticada em ambiente que deveria assegurar acolhimento, proteção e cuidado.

Conforme leciona Flávia Piovesan, os direitos das mulheres integram o núcleo essencial do sistema internacional de proteção dos direitos humanos, impondo aos Estados deveres positivos de prevenção, proteção e reparação diante de práticas discriminatórias e violências estruturais (PIOVESAN, 2023). Assim, a violência obstétrica ultrapassa a dimensão médico-assistencial, configurando também violação aos direitos humanos fundamentais das mulheres.

Entre os principais impactos da violência obstétrica estão os traumas físicos e emocionais decorrentes de humilhações, negligência, procedimentos invasivos sem consentimento e tratamento desumanizado. Mulheres submetidas a tais práticas podem desenvolver ansiedade, depressão pós-parto, medo de futuras gestações, sintomas relacionados ao transtorno de estresse pós-traumático, dificuldades na amamentação e prejuízos significativos no vínculo afetivo com o recém-nascido.

A revisão de Leite et al. (2024) aponta como possíveis consequências da violência obstétrica o aumento do risco de depressão e transtorno de estresse pós-traumático, menor

probabilidade de realização de consultas pós-parto e puericultura, além de dificuldades relacionadas ao aleitamento materno. Tais consequências demonstram que os danos provocados pela violência obstétrica frequentemente ultrapassam o momento do parto, repercutindo de forma prolongada na saúde mental e emocional da mulher.

Sob perspectiva psicológica e social, o parto constitui experiência profundamente marcante na construção da maternidade. Quando vivenciado sob contexto de violência, medo ou humilhação, pode transformar-se em experiência traumática capaz de gerar sofrimento persistente e comprometimento da autoestima feminina.

Nesse sentido, Michel Foucault demonstra que os mecanismos institucionais de controle sobre os corpos frequentemente produzem processos de submissão e silenciamento, especialmente em ambientes marcados pela autoridade técnica e disciplinar (FOUCAULT, 2021). No âmbito obstétrico, essa lógica manifesta-se quando a mulher perde autonomia sobre o próprio corpo e suas escolhas reprodutivas, sendo reduzida à condição de objeto passivo da intervenção médica.

A violência obstétrica também produz impactos relevantes na relação materno-infantil. O sofrimento físico e emocional experimentado pela mulher pode interferir negativamente na formação do vínculo afetivo com o recém-nascido, prejudicar o aleitamento materno e comprometer o processo de adaptação ao puerpério. Além disso, experiências traumáticas durante o parto podem levar mulheres a evitar futuras gestações ou buscar cesarianas eletivas motivadas pelo medo da repetição de situações abusivas anteriormente vivenciadas.

A problemática também atinge de maneira desigual determinados grupos sociais. Mulheres negras, pobres, adolescentes, com baixa escolaridade, usuárias exclusivas do SUS e mulheres em situação de abortamento encontram-se mais expostas às práticas violentas e negligentes. A revisão epidemiológica de Leite et al. (2024) identifica esses grupos como os mais vulneráveis à violência obstétrica, evidenciando que o fenômeno é profundamente

atravessado por marcadores sociais de desigualdade.

Sob essa perspectiva, Pierre Bourdieu afirma que as estruturas sociais tendem a reproduzir formas simbólicas de dominação e exclusão, naturalizando práticas discriminatórias dirigidas a grupos historicamente vulnerabilizados (BOURDIEU, 2019). No ambiente obstétrico, essa reprodução institucional manifesta-se na diferenciação do tratamento conferido às mulheres conforme raça, condição econômica ou posição social.

Do ponto de vista jurídico, a violência obstétrica representa violação direta aos direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal de 1988, especialmente à dignidade da pessoa humana, à saúde, à igualdade material, à integridade física e psicológica, à liberdade, à autonomia da vontade e à proteção da maternidade.

Conforme ensina Ingo Wolfgang Sarlet, a dignidade da pessoa humana constitui valor central do ordenamento constitucional brasileiro, funcionando como fundamento axiológico dos direitos fundamentais e impondo ao Estado e aos particulares deveres de respeito e proteção da integridade física, psíquica e moral da pessoa humana (SARLET, 2023).

Além dos direitos constitucionais, a violência obstétrica também envolve violação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, ao consentimento informado e ao direito à informação adequada acerca dos procedimentos médicos realizados. Sob a ótica bioética, o consentimento informado constitui requisito indispensável para a legitimidade ética e jurídica das intervenções médicas. Conforme destaca Maria Helena Diniz, a autonomia da paciente representa expressão concreta da dignidade da pessoa humana, exigindo que toda intervenção médica seja precedida de informação clara, adequada e consentimento livre da paciente (DINIZ, 2022).

Outro impacto relevante da violência obstétrica consiste no descrédito social em relação ao Sistema Único de Saúde. A recorrência de relatos de maus-tratos, negligência e violência institucional em maternidades públicas gera insegurança nas gestantes e compromete a

confiança da população nos serviços públicos de saúde, especialmente quando associada à ausência de fiscalização efetiva e responsabilização adequada dos envolvidos.

A perda de confiança institucional pode gerar consequências relevantes para a própria política pública de saúde materno-infantil, dificultando a adesão ao acompanhamento pré-natal, aumentando a peregrinação por atendimento e reduzindo a procura por serviços preventivos de saúde. Nesse contexto, Lenir Santos afirma que a efetividade do direito à saúde depende da confiança social nas instituições públicas responsáveis pela prestação do serviço, sendo indispensável que o atendimento ocorra em ambiente de segurança, acolhimento e respeito à dignidade humana (SANTOS, 2010).

Sob a perspectiva jurídica e institucional, o reconhecimento da violência obstétrica como violação de direitos humanos possui função pedagógica, preventiva e reparatória. Nomear juridicamente tais práticas contribui para romper a naturalização histórica da violência institucional sofrida pelas mulheres nos serviços de saúde, fortalecer a autonomia feminina e ampliar o acesso à informação e aos mecanismos de responsabilização.

Conforme observa Luís Roberto Barroso, os direitos fundamentais somente alcançam plena efetividade quando acompanhados de mecanismos institucionais capazes de assegurar proteção concreta contra violações sistemáticas (BARROSO, 2023). Assim, a superação da omissão legislativa e da deficiência fiscalizatória relacionada à violência obstétrica não constitui apenas questão administrativa, mas verdadeira exigência constitucional de proteção da dignidade da mulher.

Desse modo, o enfrentamento da violência obstétrica exige atuação articulada entre Poder Público, instituições de saúde, órgãos de fiscalização, sistema de justiça e sociedade civil, mediante fortalecimento das políticas públicas de humanização do parto, capacitação contínua dos profissionais, ampliação dos mecanismos de denúncia e implementação de instrumentos efetivos de prevenção e responsabilização.

Mais do que combater práticas abusivas isoladas, trata-se de promover transformação estrutural do modelo de assistência obstétrica brasileiro, assegurando às mulheres atendimento pautado no respeito, na autonomia, na dignidade humana e na proteção integral de seus direitos fundamentais e reprodutivos.

METODOLOGIA

A presente pesquisa possui natureza qualitativa e abordagem dedutiva, desenvolvida mediante revisão bibliográfica narrativa, análise legislativa, doutrinária e jurisprudencial acerca da violência obstétrica no contexto brasileiro. Foram examinadas normas constitucionais, legislação infraconstitucional, documentos institucionais do Ministério da Saúde, diretrizes sanitárias, pesquisas epidemiológicas e produções científicas relacionadas à assistência obstétrica e aos direitos reprodutivos das mulheres. A pesquisa também utilizou referenciais teóricos do Direito Constitucional, Direito Sanitário, Bioética e Direitos Humanos, com destaque para autores como Ingo Wolfgang Sarlet, Luís Roberto Barroso, Flávia Piovesan, Maria Helena Diniz, Sueli Gandolfi Dallari, Lenir Santos e Carmen Simone Grilo Diniz. Além disso, foram analisados dados produzidos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde, especialmente acerca da mortalidade materna, índices de cesarianas e relatos de violência obstétrica no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar a violência obstétrica sob as perspectivas constitucional, sanitária e dos direitos humanos, examinando sua relação com as deficiências estruturais do Sistema Único de Saúde, bem como com a insuficiência legislativa e fiscalizatória do Estado brasileiro. A partir da revisão bibliográfica, legislativa, doutrinária e jurisprudencial realizada, constatou-se que a violência obstétrica ultrapassa a esfera das condutas individuais praticadas por profissionais de saúde, configurando fenômeno estrutural vinculado à precarização da assistência materno-infantil, às desigualdades sociais e raciais e à

fragilidade das políticas públicas de proteção à mulher parturiente.

No que se refere ao primeiro objetivo específico, verificou-se que a violência obstétrica compreende práticas abusivas, intervenções desnecessárias, ausência de consentimento informado, negligência assistencial e tratamentos desumanizados capazes de violar diretamente a dignidade da pessoa humana, a autonomia corporal, a integridade física e psicológica e os direitos reprodutivos das mulheres. Observou-se ainda que tais práticas permanecem naturalizadas em muitos contextos institucionais, especialmente em ambientes marcados pela medicalização excessiva do parto e pela hierarquização das relações médico-paciente.

Quanto à análise das fragilidades estruturais do SUS, constatou-se que a superlotação das maternidades, a insuficiência de leitos e profissionais, a deficiência dos fluxos de atendimento e a precarização da assistência obstétrica favorecem a reprodução de práticas violentas e desumanizadas. Assim, a violência obstétrica revela-se também como forma de violência institucional decorrente da incapacidade estatal de assegurar atendimento digno, seguro e humanizado às gestantes e parturientes.

Em relação à fragmentação normativa, verificou-se que, embora o ordenamento jurídico brasileiro possua normas constitucionais, sanitárias e infraconstitucionais voltadas à proteção da maternidade e da saúde da mulher, ainda inexiste legislação federal específica capaz de disciplinar de forma uniforme a violência obstétrica, estabelecer mecanismos nacionais de prevenção, fiscalização e responsabilização e assegurar maior segurança jurídica às vítimas e aos profissionais de saúde. A ausência de marco normativo sistematizado contribui para a subnotificação das violações, para a dificuldade de implementação de protocolos padronizados e para a fragilidade dos mecanismos institucionais de controle.

No tocante às consequências sociais e jurídicas, concluiu-se que a violência obstétrica produz impactos profundos na saúde física e emocional das mulheres, comprometendo a relação

materno-infantil, a confiança social no Sistema Único de Saúde e a efetividade dos direitos fundamentais. Além disso, verificou-se que mulheres negras, pobres, indígenas, adolescentes e usuárias exclusivas do SUS encontram-se mais expostas às práticas abusivas, evidenciando a dimensão estrutural e discriminatória do fenômeno.

Dessa forma, responde-se à problemática proposta no presente estudo no sentido de que a omissão legislativa e a deficiência estrutural e fiscalizatória do Estado brasileiro contribuem diretamente para a perpetuação da violência obstétrica no âmbito do SUS e para a violação sistemática dos direitos fundamentais das mulheres. A ausência de legislação específica, associada à insuficiência de mecanismos de fiscalização, monitoramento e responsabilização, favorece a invisibilização das práticas abusivas e dificulta a efetividade das políticas públicas de humanização da assistência obstétrica.

Conclui-se, portanto, que o enfrentamento da violência obstétrica exige atuação estatal integrada e permanente, mediante fortalecimento das políticas públicas de humanização do parto, ampliação da fiscalização dos serviços de saúde, capacitação contínua dos profissionais, implementação de mecanismos acessíveis de denúncia e construção de marco normativo nacional específico. Mais do que responsabilizar condutas isoladas, torna-se indispensável promover transformação estrutural do modelo de assistência obstétrica brasileiro, assegurando às mulheres atendimento pautado na dignidade da pessoa humana, na autonomia reprodutiva, na igualdade material e na proteção integral de seus direitos fundamentais.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. *Curso de direito administrativo*. 35. ed. São Paulo: Malheiros, 2022.

BARROSO, Luís Roberto. *Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo*. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.

BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. 16. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2019.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.* Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21 maio 2026.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21 maio 2026.

BRASIL. *Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005*. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 21 maio 2026.

BRASIL. *Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007*. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm. Acesso em: 21 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: Ministério da Saúde – Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Acesso em: 27 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede Alyne – cuidado integral de gestantes e bebês*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: Ministério da Saúde – Rede Alyne. Acesso em: 27 maio 2026.

CARVALHO, Layla Pedreira. (In)justiça reprodutiva e atenção ao ciclo gravídico-puerperal: da Rede Cegonha à Rede Alyne. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 30, 2026. Disponível em: SciELO – Rede Cegonha à Rede Alyne

. Acesso em: 27 maio 2026.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. *Programa de responsabilidade civil*. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

DALLARI, Sueli Gandolfi. *Direito sanitário*. São Paulo: Verbatim, 2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, Maria Helena. *O estado atual do biodireito*. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2022.

D'ORSI, Eleonora et al. *Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/53mnq85JqxKmfXDW7GvFjmf/. Acesso em: 21 maio 2026.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.

LEITE, Tatiana Henriques et al. *Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, e12222023, 2024.

DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.12222023. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2024.v29n9/e12222023/. Acesso em: 21 maio 2026.

PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 14. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2023.

SANTOS, Lenir. *Direito da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Editora, 2010.

SILVA, José Afonso da. *Aplicabilidade das normas constitucionais*. 9. ed. São Paulo: Malheiros, 2015.

---

[1]

[2] Karina Furman, Especialista, Faculdade dos Carajás, karina.furman@carajasedu.com.br