



CORPOS SOB CONTROLE: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUA CONFIGURAÇÃO NA JURISPRUDÊNCIA BRASILEIRA

BODIES UNDER CONTROL: OBSTETRIC VIOLENCE AND ITS CONFIGURATION IN BRAZILIAN JURISPRUDENCE

DOI: 10.5281/zenodo.19352944



Maiane Cibeles de Mesquita Serra¹

Glaucia Fernanda Oliveira Martins Batalha²

Vitor Hugo Souza Moraes³

RESUMO

A violência obstétrica é uma forma de violência de gênero e implica em violação de direitos humanos, caracterizada pela imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das parturientes, perpetrada pelos profissionais de saúde, bem como pelas instituições (públicas e privadas) nas quais tais mulheres são atendidas. É uma intersecção entre a violência institucional e a violência contra as mulheres durante a gravidez, o parto e o período pós-parto. O presente estudo tem como objetivo analisar acórdãos de tribunais estaduais brasileiros, a fim de identificar padrões decisórios no reconhecimento da violência obstétrica. Trata-se de pesquisa jurisprudencial exploratória, realizada na plataforma JusBrasil. Os resultados demonstram que o Poder Judiciário reconhece a prática em diferentes dimensões, incluindo negligência assistencial, intervenções sem consentimento, violência psicológica e violação da autonomia da gestante. Conclui-se que a jurisprudência tem avançado para a consolidação da proteção dos direitos fundamentais das mulheres na assistência obstétrica.

1 Doutora em Direito pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Professora e pesquisadora (CEST e UFMA). Advogada pela OAB/MA. Email: maiane.serra@unesp.br

2 Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Advogada, Professora Universitária e Coordenadora Acadêmica do Curso de Direito do Centro Universitário (CEST). E-mail: glauciamartinsbatalha@gmail.com

3 Doutorando em Direito (Unimar). Professor e pesquisador (CEST e UFMA). Advogado e consultor jurídico. E-mail: vitorhugosmoraes@gmail.com





Palavras-chave: Violência obstétrica. Direitos fundamentais. Responsabilidade civil.

ABSTRACT

Obstetric violence is a form of gender-based violence and implies a violation of human rights, characterized by the imposition of harmful interventions on the physical and psychological integrity of women in labor, perpetrated by healthcare professionals, as well as by the institutions (public and private) where these women are cared for. It is an intersection between institutional violence and violence against women during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. This study aims to analyze rulings from Brazilian state courts in order to identify decisional patterns in the recognition of obstetric violence. This is an exploratory jurisprudential research, carried out on the JusBrasil platform. The results demonstrate that the Judiciary recognizes the practice in different dimensions, including negligence in care, interventions without consent, psychological violence, and violation of the pregnant woman's autonomy. It is concluded that jurisprudence has advanced towards the consolidation of the protection of women's fundamental rights in obstetric care.

Keywords: Obstetric violence. Fundamental rights. Civil liability.

1. INTRODUÇÃO

A violência é um problema social que está em constante processo de expansão em todas as suas formas. A violência contra a mulher, em especial, é um problema do Estado, uma vez que é uma das violações mais frequentes dos direitos humanos e constitui-se como um problema de saúde pública que gera custos econômicos e sociais elevados. Tal modalidade de violência tem perdurado ao longo da história e na atualidade ganhou caráter endêmico, uma vez que está cotidianamente presente nas comunidades e países de todo o mundo, independentemente da classe social, raça, idade, sexo ou religião. (FONEITE; FEU; MERLO, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Por sua vez, a violência contra a mulher é definida pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, no seu art. 1º como: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico,





sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. E no art. 6º determina que o direito de toda mulher a ser livre de violência, abrange, entre outros, o direito a ser livre de todas as formas de discriminação, além do direito de ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação.

No que tange à violência de gênero podemos considerar as violências física, sexual e psicológica ocorridas tanto no âmbito privado quanto público, e podendo ser perpetradas inclusive pelo Estado e seus agentes. Tal tipo de violência manifesta-se por meio das relações de poder, histórica e culturalmente desiguais, ocorridas entre homens e mulheres.

A violência obstétrica corresponde a uma forma específica da violência de gênero, uma vez que há utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes.

Esta modalidade de violência caracteriza-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos agentes de saúde, mediante um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia da parturiente e da sua capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, o que pode culminar com consequências negativas e desastrosas para a qualidade de vida das mulheres⁴.

A parturiente, enquanto sujeito de direitos, encontra amparo em diversos dispositivos constitucionais, destacando-se a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CRFB/88), o princípio da igualdade (art. 5º, I, CRFB/88), o princípio da legalidade (art. 5º, II, CRFB/88), bem como os direitos à vida, à saúde, compreendendo acesso e segurança, à maternidade e à infância. Todavia, tais garantias têm sido reiteradamente desrespeitadas no contexto da assistência ao parto.

Nesse sentido, a relevância do presente estudo é reforçada por dados empíricos, como os apontados pela Fundação Perseu Abramo (2010), segundo os quais aproximadamente uma em cada quatro mulheres no Brasil relata ter sofrido violência obstétrica, evidenciando a

4 Definição dada pelas leis venezuela e argentina, onde a violência obstétrica é tipificada.





dimensão estrutural do problema. Estudos mais recentes, como o inquérito nacional “Nascer no Brasil”, conduzido pela Fiocruz, indicam que cerca de 30% das mulheres sofreram algum tipo de intervenção inadequada ou violência durante o parto (Leal et al., 2014).

Paralelamente, observa-se que a violência obstétrica vem sendo progressivamente reconhecida pelo Poder Judiciário brasileiro como violação aos direitos fundamentais da mulher, manifestando-se tanto por condutas comissivas, como intervenções médicas sem consentimento, quanto por omissões, a exemplo da negligência no atendimento, além de práticas de violência psicológica e desrespeito à autonomia da gestante.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar acórdãos de tribunais estaduais brasileiros que reconhecem a ocorrência de violência obstétrica, identificando padrões decisórios e categorias recorrentes, com base exclusivamente nos elementos constantes dos julgados selecionados. Para tanto, realizou-se pesquisa jurisprudencial de caráter exploratório, mediante consulta à plataforma JusBrasil, a partir da utilização da palavra-chave “violência obstétrica”, buscando verificar em que medida tais decisões podem servir como paradigma para a compreensão e solução de casos análogos, bem como contribuir para a ampliação da visibilidade da temática no campo jurídico.

2. O CENÁRIO BRASILEIRO DO PARTO: REFLEXÕES GERAIS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O cenário brasileiro no que se refere à assistência ao parto revela-se preocupante, especialmente quando analisado sob a ótica da elevada incidência cesarianas⁵. Dados da Organização Mundial da Saúde (2015)⁶ indicam que, embora esse procedimento seja essencial em situações específicas para a preservação da vida materna e neonatal, seu uso indiscriminado está associado a riscos e não deve ultrapassar os limites clinicamente

5 As cesarianas somam um índice de 84,6% na rede pública hospitalar e 40% na rede particular, segundo dados do Ministério da Saúde, fazendo do Brasil, líder mundial nesta modalidade de parto e dando ensejo à chamada “epidemia das cesáreas”.

6 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1>





recomendados. No contexto brasileiro, observa-se que tais índices encontram-se relacionados não apenas a fatores médicos, mas também a construções culturais que associam o parto cesariano à modernidade, segurança e status social, em detrimento do parto vaginal, frequentemente estigmatizado.

Além disso, um dos fatores que mais influem para configurar esta problemática é o fato do parto normal ser um processo doloroso e arriscado no Brasil, gerando sofrimento à parturiente. Conforme ainda a pesquisadora, o parto normal com conotação violenta é constantemente utilizado para vender cesárea, desta forma, esta modalidade de parto se torna a melhor alternativa para escapar desse cenário comumente iatrogênico.

No parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor. (DINIZ, 2005, p. 231).

Assim, o excesso de realização de cesáreas no país pode estar ligado a fatores inerentes à violência obstétrica e a questões culturais. Tal modalidade de violência, também conhecida como violência institucional na atenção obstétrica caracteriza-se pela:

[...] violência cometida contra a mulher grávida, e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014, p. 11).

Diante desse cenário, verifica-se que a violência obstétrica configura-se como uma forma específica de violência de gênero, caracterizada pela utilização arbitrária do saber técnico por profissionais de saúde no controle dos corpos e dos processos reprodutivos das mulheres. Estudos apontam que tais práticas estão frequentemente associadas a relações de poder desiguais, atravessadas por marcadores sociais como gênero, classe e raça, o que





contribui para a naturalização de condutas abusivas no contexto da assistência obstétrica (MCCALLUM E REIS, 2006; RICHARD ET AL., 2003; HOTIMSKY, 2002, 2007; ET AL., 2002; HOGA ET AL., 2002; CLADEM & CRLP, 1998, *apud* AGUIAR, 2010, p. 14).

Consoante Aguiar:

Estes maus tratos vividos pelas pacientes, na maioria das vezes, segundo alguns autores, encontram-se relacionados a práticas discriminatórias por parte dos profissionais, quanto a gênero, entrelaçados com discriminação de classe social e etnia, subjacentes à permanência de uma ideologia que naturaliza a condição social de reprodutora da mulher como seu destino biológico, e marca uma inferioridade física e moral da mulher que permite que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle da sociedade através da prática médica (2010, p. 15).

O sistema jurídico brasileiro não possui legislação específica sobre a temática, apenas abordagem genérica. Entretanto, existe o Projeto de Lei 7.633/2014, em tramitação no Congresso Nacional que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Elaborado pela Artemis que atua na defesa e promoção dos direitos das mulheres e assinado pelo deputado Jean Wyllys – PSOL/RJ, o projeto foca a questão do parto humanizado frente à prática indiscriminada de cirurgias cesarianas, visando mantê-las no percentual de 15% recomendado pela OMS.

Em distintas partes do mundo, essa modalidade de violência tem se alastrado de maneira preocupante e silenciosa, haja vista que as mulheres vítimas desta prática não a percebem como tal. Por questões culturais, o parto ainda é encarado como um momento de “dor necessária”. Em algumas situações, quando a parturiente se dá conta da violência praticada contra ela, opta pelo silêncio, muitas vezes pelo medo de ser abandonada pelo profissional em um momento onde está altamente vulnerável ou ainda por não se sentir apoiada quanto à denúncia. Outros fatores contribuem ainda para que a mulher violentada não denuncie a prática, a saber, crer que não possui provas suficientes do ato de violência sofrido; desacreditar na justiça e ainda por desconhecer as atitudes que se configuram como violência obstétrica.





No segundo semestre de 2014, a OMS novamente se pronunciou a respeito da temática, publicando em seis idiomas uma declaração acerca da violência obstétrica, exigindo políticas e promoção à assistência obstétrica humanizada, além da adoção de medidas governamentais no sentido de abolir o desrespeito e abuso contra as mulheres durante o parto.

Segundo a organização:

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. (OMS, 2014, p. 01).

Infelizmente, o caso Alyne Pimentel⁷ não é um acontecimento isolado da realidade brasileira. Cotidianamente, mulheres sofrem violência no parto de diversas formas, podendo ocorrer durante o pré-natal, no parto e inclusive em situações de abortamento. A violência obstétrica frequentemente culmina com danos físicos, psicológicos e sexuais em forma de violência institucional contra mulheres.

Durante a gestação a violência obstétrica pode ser caracterizada por: negar atendimento à mulher ou ainda impor alguma dificuldade ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal; qualquer espécie de comentários constrangedores à mulher e relacionados à sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição econômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc; ofender, humilhar ou xingar a mulher ou sua família; negligenciar atendimento de qualidade; agendar cesárea sem recomendação baseada em evidências científicas, atendendo

7 Primeira condenação internacional referente à morte materna, o caso foi levado ao Comitê CEDAW (Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher) da ONU em 2011, onde o Brasil foi condenado ao pagamento de indenização por negligência no serviço público de saúde.





simplesmente aos interesses e conveniência do médico. (DEFESORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

Durante o parto, as formas mais comuns deste tipo de violência são: a recusa de admissão em hospital ou maternidade, gerando a chamada peregrinação por leito; impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher; aplicação de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto; episiotomia de rotina; manobra de Kristeller; cesáreas eletivas; restrição da posição do parto; violência psicológica; impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o trabalho de parto; impedir o alojamento conjunto da mãe e o neonato; impedir ou dificultar o aleitamento materno; além de outros procedimentos dolorosos, desnecessários e humilhantes, tais como: uso rotineiro de lavagem intestinal (enema), retirada dos pelos pubianos (tricotomia), posição ginecológica com portas abertas, exames de toque sucessivos e por pessoas diferentes para verificar a dilatação, privação de alimentos e água, imobilização de braços e pernas, etc.

Nos casos de abortamento, a violência caracteriza-se por: negativa ou demora no atendimento à mulher em situação de abortamento; questionamento à mulher quanto à causa do abortamento (se foi intencional ou não); realização de procedimentos predominantemente invasivos, sem explicação, consentimento e frequentemente sem anestesia; ameaças, acusação e culpabilização da mulher; coação com finalidade de confissão e denúncia. (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

2.1 Episiotomia

Quando eu ouvi ele pedindo o bisturi, meu Deus, quase morri! Eu pedi para que não fizesse a episio, mas ele me respondeu: ‘O seguro morreu de velho. Quem manda aqui sou eu. (MOURA *apud* PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 83)⁸

Minha cicatriz ficou maior ainda na minha alma. Me senti violentada, me senti punida, me senti menos feminina, como se por ser mãe, precisasse ser marcada nessa vida de gado. [...] Chorei muito, sentia dor, vergonha da minha perereca com cicatriz, vergonha de estar ligando para isso, sentia medo, medo de não conseguir mais transar. Tenho pavor de cortes, tinha medo de que o corte abrisse quando fosse

8 A parturiente procurou informações sobre episiotomia durante a gestação e decidiu por não se submeter ao procedimento e comunicou ao médico sobre a decisão. Atendida através de plano de saúde em Belém-PA.





transar. Demorei uns cinco meses para voltar a transar mais ou menos relaxada, sentia dores, chorava quando começava, parava. Me sentia roubada, me tinham roubado minha sexualidade, minha autoestima, me sentia castrada. (FIUZA *apud* PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 83)⁹

A episiotomia caracteriza-se por um procedimento cirúrgico realizado pelos médicos para aumentar a abertura do canal vaginal com uma incisão realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. A cirurgia afeta diversas estruturas do períneo, tais como os músculos, vasos sanguíneos e tendões, gerando em alguns casos, incontinência urinária e fecal, além de provocar outras complicações, dentre elas a dor nas relações sexuais, risco de infecção e laceração perineal em partos subsequentes, maior volume de sangramento, além dos resultados estéticos insatisfatórios. (PREVIATTI; SOUZA, 2007).

Diante do cenário, Previatti e Souza postulam que:

É fato que a episiotomia vem sendo utilizada de forma indiscriminada na assistência obstétrica. É fato também que, os profissionais de saúde arraigados a conceitos e práticas que não contemplam os resultados de evidências científicas atuais, bem como, as práticas baseadas nos direitos das mulheres, insistem na realização deste procedimento, mantêm um enfoque intervencionista e assim subtraem da mulher-parturiente a possibilidade de experienciar o parto, como um processo fisiológico e fortalecedor de sua autonomia. (2007, p. 198).

Relatos como os expressos anteriormente, mostram a triste e constante realidade de mulheres que são submetidas a episiotomia de rotina. É a única cirurgia do Brasil, realizada sem o consentimento da paciente e sem tampouco a informação sobre os riscos, possíveis benefícios e efeitos adversos. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A pesquisa “Nascer no Brasil” estima que a episiotomia seja realizada em 53,5% dos partos via vaginal no Brasil, enquanto a recomendação da OMS é que seja realizada em 10% deles. No caso de primíparas (primeiro filho), o índice chega a 74%. Apesar de ser uma prática comum no cenário obstétrico, salienta-se que o procedimento foi introduzido na rotina

9 A parturiente foi atendida na rede pública na Casa de Parto São Sebastião em Brasília – DF.





obstétrica sem qualquer evidência científica sobre sua efetividade, razão pela qual se pretende torná-la uma técnica restrita e não mais rotineira em obstetrícia. (ALEXANDRE et al., 2009).

Conforme Diniz (2003) o uso indevido da episiotomia e da posterior costura (episiorrafia) é um exemplo de violação do direito humano de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes e degradantes. Desta forma, na fala dos profissionais, repete-se constantemente a crença de que sem a sutura adicional conhecida como “ponto do marido”, o parceiro se desinteressaria sexualmente pela mulher.

2.2 Manobra de Kristeller

A médica gritava comigo, me mandava ficar quieta. Em um momento, ela pediu para um acadêmico, ele, bem forte, colocou uma mão no início do meu estômago e a outra no final da barriga e empurrou. Senti o corpinho da minha filha saindo. Quando ela nasceu, eu estava tão fragilizada que nem consegui chorar. Ficou o trauma do hospital. Até hoje, quando passo por lá, me vêm as lembranças.¹⁰

A manobra de Kristeller é usada com frequência nos hospitais com a finalidade de acelerar a expulsão do feto. Consiste em uma manobra na parte superior do útero, durante as contrações do parto, visando empurrar o nascituro em direção à pelve. Utiliza-se as mãos, braço, antebraço, joelho, e em casos mais absurdos as pessoas sobem em cima do abdômen da parturiente.

O fato consiste num flagrante desrespeito à integridade física e nos casos mais comuns pode provocar: lesão dos órgãos internos, hematomas, fratura de costelas, hemorragias e contusões e além disso gera violência psicológica à gestante. Ademais, expõe a criança ao aumento da probabilidade de complicações decorrentes de distócia de ombros,

10 Depoimento real de vítima da violência obstétrica extraído do sítio Gazeta Online. Disponível em: <http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2014/06/noticias/cidades/1490289-humilhacao-e-violencia-na-hora-doparto.html>. Acesso em: 10 dez. 2015.





fratura de clavícula, trauma encefálico, descolamento do músculo esternocleidomastoideo¹¹, hipóxia¹², etc¹³.

2.3 Aplicação de ocitocina

A enfermeira disse que, como eu estava “quase lá”, ela colocaria o “sorinho” em mim primeiro. Perguntei o que tinha no soro e ela falou que tinha ocitocina. Eu disse NÃO. Ela não deu importância. Pelo contrário, disse que ia me colocar, porque ninguém ali queria um bebê morto, não é mesmo? As pessoas vão para o Hospital para ter um bebê vivo, e se eu tivesse que ir para a UTI ninguém perderia tempo achando minha veia. Ainda reclamou que a veia da minha mão era muito torta. (Thais Stella, atendida na rede pública no Hospital Sorocabana, Lapa em São Paulo – SP).¹⁴

A ocitocina é um hormônio que acelera o processo de contrações uterinas acelerando o trabalho de parto, entretanto, o próprio corpo se encarrega de produzi-lo. A ocitocina sintética (artificial) usada de maneira indiscriminada, apenas para acelerar o trabalho de parto, sem indicação correta, aplicada no soro da parturiente, causa o aumento significativo das dores durante as contrações e, se não for controlada pode causar sérias complicações para a mulher e o neonato, podendo levar desde a dor e sofrimento desnecessários ao aumento excessivo da frequência cardíaca da parturiente, além de causar dificuldades na oxigenação do bebê, bem como dano cerebral ao mesmo.

2.4 Cesáreas eletivas

Queria o parto normal, mas na primeira consulta, o médico aconselhou cesárea. Entrei em trabalho de parto às 7 horas. Às 3 horas da manhã do dia seguinte, comecei a sangrar e fomos para o hospital. Já estava com 7 centímetros de dilatação. No hospital, urrando de dor, a médica me colocou deitada de barriga para cima, a dor era absurda. Eu pedia para trocar de posição e ela dizia: ‘não vou pegar neném nenhum do chão. Se você parir, vai parir deitadinha, de perninha aberta e

11 É um músculo da face lateral do pescoço, na região anterolateral. É o principal flexor do pescoço.

12 Sofrimento para o feto com diminuição ou ausência de oxigênio necessário ao feto por meio da placenta.

13 Informações disponíveis em: <<http://www.warmismulheresbolivianas.com.br/blog/manobra-de-kristeller-violencia-no-parto/>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

14 Depoimento real de vítima da violência obstétrica extraído do Dossiê da violência obstétrica: Parirás com dor.





barriguinha para cima'. Ela fez o exame e disse que o neném estava com batimentos lentos e em sofrimento fetal e que eu teria que fazer cesárea. Eu pedi analgesia, mas ela negou e me disse que eu iria para o centro cirúrgico. Parecia que o que eu falava não era nada. Ela disse a meu marido que eu e meu bebê íamos morrer. Então, fomos para o centro cirúrgico. Fui chorando até lá. Quando meu filho nasceu, não me deixaram encostar nele. Ele nasceu saudável, não precisou de UTI, ele não estava em sofrimento fetal. Sinto frustração. A médica não me deu chance. (Elizeni Ribeiro, Advogada, 38, mãe do Pietro).¹⁵

Em geral, a cesariana é indicada quando o trabalho de parto é contraindicado ou quando não é provável que o parto vaginal seja alcançado com segurança, em intervalo de tempo necessário e seguro a fim de prevenir o desenvolvimento de morbidade fetal e/ou materna. (BRASIL, 2008).

Por si tratar de uma intervenção cirúrgica, a cesárea por si só, oferece riscos tanto à parturiente quanto ao neonato. Pode implicar em complicações maternas menores como episódios de febre ou perda maior do volume de sangue, até eventos maiores, tais como, lacerações acidentais de vísceras, infecções puerperais e acidentes anestésicos, razão pela qual as evidências médicas indicam que as taxas de mortalidade materna em decorrência de cesárea são até sete vezes maiores do que nos partos normais. (BRASIL, 2008).

A cesárea eletiva é aquela realizada sem necessidade clínica, podendo ser agendada e feita conforme a conveniência médica, antes mesmo do início do trabalho de parto, dissuadindo muitas vezes a mulher quanto à sua necessidade e também a coagindo.

Conforme Maia:

Diversas foram as causas relacionadas a esse evento: [...] medo, por parte das mulheres, da dor do parto normal; crença, por parte das mulheres e dos médicos, de que o parto vaginal afrouxa os músculos da vagina e interfere na satisfação sexual; crença de que o parto vaginal é mais arriscado para o bebê do que uma cesárea; conveniência (hora marcada) e economia de tempo para o médico; falta de qualificação do médico para o parto normal; pré-natal incapaz de preparar para o parto; atendimento centrado no médico, e não em equipes multidisciplinares que incluam obstetizes¹⁶; [...] a associação entre parto vaginal e imprevisibilidade, esta

15 Depoimento real extraído do site Gazeta Online.

16 São profissionais preparadas para o acompanhamento de gestações, partos e pós-parto de risco habitual ou baixo risco, de forma autônoma ou vinculada a equipe multiprofissional ou instituições de saúde e encaminhamento dos partos/gestações de alto risco para centros especializados.





vista como algo negativo, e entre parto cesáreo e segurança. (2008, p. 38 *apud* FAÚNDES; CECATTI, 1991; CHACHAM; PERPÉTUO, 1996).

Em virtude da falta de informações, as parturientes ficam extremamente vulneráveis às indicações de cesáreas, submetendo-se, na maioria dos casos, a uma cirurgia de grande porte com riscos e complicações.

2.5 Restrição da posição para o parto

Perguntei ao meu médico se eu podia escolher a posição para o parto, por exemplo de cócoras. Ele riu e falou que é pra eu tirar essas ideias de ‘parto hippie’ da cabeça. Eu insisti e ele disse que não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico. (G. atendida através de plano de saúde no Rio de Janeiro – RJ).¹⁷

A restrição da posição para o parto conforme a preferência da mulher constitui-se como uma das formas mais frequentes de violência obstétrica. O uso rotineiro da posição de litotomia¹⁸ com ou sem estribos, prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para muitas gestantes e pode dificultar a oxigenação do neonato.

Sobre a temática, Maia salienta que:

Com a mulher deitada na cama, de pernas para cima e abertas, fica claro que o sujeito do parto é o médico, e não a mulher. Além disso, a litotomia dificulta o trabalho de parto, o que acaba por justificar o uso indiscriminado de ocitocina (soro que acelera as contrações). A posição deitada e a ocitocina prendem a mulher ao leito e impedem que ela se movimente livremente, o que, por sua vez, aumenta as dores, justificando a anestesia. A posição deitada e a anestesia a impedem de participar ativamente do parto, obrigando o médico a realizar a manobra de Kristeller (empurrar a barriga da gestante com o braço ou o corpo, manobra banida dos livros de obstetrícia por ser considerada arriscada, mas ainda largamente utilizada). Por fim, a posição deitada não facilita o relaxamento do músculo do períneo, obrigando o médico a realizar a episiotomia em todos os partos vaginais. (2008, p. 36 *apud* DINIZ; DUARTE, 2004).

17 Depoimento real de vítima da violência obstétrica extraído do Dossiê da violência obstétrica: Parirás com dor.

18 Posição onde o corpo está deitado com a face voltada para cima, joelho e quadril flexionados a 90°, expondo o períneo.





Em observância a tal direito da parturiente, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36 de 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, assegura à gestante “condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos” (2008, p. 07).

2.6 Proibição do acompanhante

“Quando o médico chegou, pedi para deixar o meu marido entrar. Ele não quis deixar, mas meu marido estava com o papel da Lei que permite acompanhante no parto e ele mostrou para o médico. O médico se virou para o meu marido e disse ‘Então eu vou embora e você faz o parto. (C.M., atendida na rede pública, Barbacena – MG)”.¹⁹

A proibição do acompanhante é caracterizada como outra forma de violência obstétrica e descumpre a Lei 11.108/2005; a RDC nº 36/2008 da ANVISA que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal; além do Estatuto da Criança e do Adolescente (nos casos de adolescentes grávidas).

A Lei 11.108/2005 instituiu aos serviços de saúde do SUS, rede própria ou conveniada, obrigatoriedade em permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo, o acompanhante, indicado pela gestante.

A pesquisa Nacer no Brasil realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz)²⁰, mostra que menos de 20% das mulheres se beneficiam da presença contínua do acompanhante durante todo o período de internação, sendo esse ainda um privilégio das mulheres com maior renda e escolaridade, brancas, usuárias do setor privado e que tiveram cesarianas como opção de parto.

¹⁹ Dossiê da violência obstétrica: Parirás com dor.

²⁰ Dados disponíveis no sítio: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/143/reportagens/nacer-e-normal>>. Acesso em: 11 dez. 2015.





2.7 Violência psicológica

O médico entrou e falou ‘Vamos fazer esse bebê nascer’. Mandaram eu fazer força, mas não conseguia por causa do quadro de pressão alta. O médico disse que eu seria a primeira mulher do mundo que não ia conseguir parir um filho. Uma enfermeira debochou, disse que ‘na hora de fazer foi bom’. Comecei a pedir desculpas, me sentia culpada. ‘Seu bebê vai morrer’, o médico dizia. Três enfermeiras empurraram minha barriga, e ele nasceu em silêncio. (Luana Lopes, mãe de Max Emanuel).²¹

Durante um exame de toque, eu pedi para parar pois estava sentindo muita dor. O médico disse: “na hora de fazer tava gostoso, né?”. Nessa hora me senti abusada. (F. atendida na rede pública em São Paulo – SP).²²

“Duas profissionais relataram, uma médica e uma enfermeira, que um colega na hora de fazer um exame de toque em uma paciente, fazia brincadeiras como ‘duvido que você reclame do seu marido’ e ‘Não está gostoso?’”²³

A violência psicológica é uma forma ainda invisibilizada e cruel de agressão contra a mulher e uma das mais recorrentes no ambiente médico-hospitalar. A violência obstétrica psicológica caracteriza-se por: a) privação de informações à parturiente acerca dos procedimentos realizados; b) realização de comentários ofensivos, insultuosos, discriminatórios, humilhantes ou vexatórios; c) tratar a parturiente de forma grosseira, agressiva, não empática e zombeteira; d) expor a parturiente a situações de medo, abandono, inferioridade ou insegurança; e) recriminação pelos comportamentos da parturiente, proibindo-a de expressar suas dores e/ou emoções; f) procrastinação do contato entre a mãe e o neonato; g) recriminar a parturiente por qualquer característica ou ato físico, tais como: altura, peso, opção sexual, raça, pelos, evacuação, estrias, etc, dentre outras práticas amplamente condenadas pela OMS.

As práticas descritas na literatura encontram correspondência nos acórdãos analisados na presente pesquisa, nos quais se verificou o reconhecimento judicial de diversas formas de violência obstétrica, tais como intervenções médicas realizadas sem consentimento,

21 Depoimento real de vítima da violência obstétrica extraído do site: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/uma-em-cada-quatro-mulheres-sofre-violencia-obstetrica-no-brasil-ee5jkxiutgeb18bwkud2ozhhq>>. Disponível em: 10 dez. 2015.

22 Dossiê da violência obstétrica: Parirás com dor.

23 Disponível em: < <http://apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Acesso em 11 dez. 2015.





negligência assistencial, violência psicológica e desrespeito à autonomia da parturiente. Tal constatação evidencia que o fenômeno, embora historicamente naturalizado, tem sido progressivamente identificado pelo Poder Judiciário como violação de direitos fundamentais.

Dessa forma, a análise do cenário brasileiro do parto, aliada à revisão teórica apresentada, permite compreender que a violência obstétrica não se limita a episódios isolados, mas constitui fenômeno estrutural, reproduzido no âmbito institucional e refletido nas demandas judiciais. Nesse sentido, a articulação entre teoria e jurisprudência mostra-se fundamental para evidenciar a complexidade da problemática e subsidiar a construção de respostas jurídicas mais adequadas.

3. ANÁLISE JURISPRUDENCIAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS TRIBUNAIS ESTADUAIS BRASILEIROS

O presente artigo tem por objetivo analisar a configuração da violência obstétrica a partir da investigação de acórdãos proferidos por tribunais estaduais brasileiros, com recorte temporal nos anos de 2024 e 2025. A delimitação desse período justifica-se pela busca de compreensão do tratamento mais recente conferido pelo Poder Judiciário à temática, permitindo identificar tendências contemporâneas no reconhecimento e enquadramento jurídico da violência obstétrica. Para a coleta dos dados, realizou-se pesquisa jurisprudencial de caráter exploratório na plataforma JusBrasil, utilizando-se, inicialmente, a palavra-chave “violência obstétrica” e, posteriormente, termos correlatos à prática. A partir dessa metodologia, foram identificados 15 acórdãos relevantes, os quais evidenciam diferentes formas de manifestação da violência obstétrica no âmbito judicial.

Tabela 1 – Quantidade de acórdãos encontrados no âmbito dos tribunais

Tribunal	Quantidade de acórdãos
TJ/PR	1
TJ/CE	2





TJ/DF	1
TJ/RJ	5
TJ/AL	1
TJ/PE	1
TJ/PR	1
TJ/ES	1
TJ/SP	1
TJ/AM	1

Fonte: Autores, 2026

A análise dos acórdãos revela que a violência obstétrica tem sido reconhecida pelo Poder Judiciário brasileiro sob múltiplas formas, abrangendo desde condutas omissivas até intervenções médicas abusivas e práticas de violência psicológica, todas marcadas pela violação da dignidade da mulher no contexto do parto.

Observa-se, inicialmente, um conjunto de decisões que identificam a violência obstétrica a partir de falhas na prestação do serviço de saúde, especialmente em situações de negligência, demora no atendimento e ausência de monitoramento adequado. Nesse sentido, o Tribunal de Justiça do Paraná (Recurso Inominado nº 0021564-06.2022.8.16.0014), reconheceu a prática em caso envolvendo gestante com bolsa rota há mais de 36 horas e diabetes gestacional, que sofreu com a demora na avaliação médica e a ausência de alimentação, circunstâncias que a levaram a buscar atendimento na rede privada. A conduta foi classificada como violação do dever de cuidado e violência obstétrica, resultando em condenação por danos materiais (custos do hospital privado) e R\$ 25.000,00 por danos morais.

De forma semelhante, o Tribunal de Justiça de São Paulo (Apelação Cível nº 1010333-50.2013.8.26.0127), entendeu configurada a violência obstétrica diante da demora injustificada no atendimento de gestante de risco com dor e sangramento, situação que resultou em aborto. Ainda nesse eixo, o Tribunal de Justiça do Ceará (Apelação Cível nº 0007823-61.2014.8.06.0173), reconheceu a responsabilidade do hospital por omissão de cuidados e falha no monitoramento durante o trabalho de parto, culminando em óbito fetal.





Tais decisões evidenciam que a violência obstétrica não se restringe a ações comissivas, mas também se manifesta por meio da inércia estatal ou institucional, quando esta compromete a segurança e a integridade da parturiente e do nascituro.

Em outro conjunto de julgados, a violência obstétrica é caracterizada pela realização de intervenções médicas sem consentimento ou de forma inadequada, frequentemente associadas a danos físicos graves. O Tribunal de Justiça do Ceará (Apelação Cível nº 0052884-60.2014.8.06.0167), responsabilizou hospital pela realização de episiotomia e uso de fórceps que ocasionaram lesões graves (fístula retovaginal) na parturiente. No Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (Apelação nº 0013455-78.2021.8.19.0038) a episiotomia sem consentimento foi uma das práticas de violência obstétrica (junto com a Manobra de Kristeller) que levaram ao óbito do feto. O caso resultou na condenação do município ao pagamento de R\$ 350.000,00 por danos morais, com base na violação de direitos humanos e no Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero do CNJ.

Na mesma linha, o Tribunal de Justiça de Alagoas (Apelação Cível nº 0700213-14.2022.8.02.0017), firmou entendimento de que a prática da manobra de Kristeller e de episiotomia sem consentimento, quando associadas a danos e ao óbito do recém-nascido, configura violência obstétrica indenizável. Ademais, o Tribunal de Justiça de Pernambuco (Apelação Cível nº 0058089-13.2022.8.17.2001), reconheceu a abusividade na imposição de parto normal contra a vontade da paciente, também acompanhada da realização da manobra de Kristeller, evidenciando a violação da autonomia reprodutiva da mulher.

Há ainda decisões que enfatizam a violência obstétrica de natureza psicológica, demonstrando que o dano não se limita à esfera física. O Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (Apelação nº 0389035-31.2016.8.19.0001), reconheceu a prática a partir de conduta da médica que gritou com a parturiente e realizou intervenções sem sua autorização, causando abalo emocional em momento de extrema vulnerabilidade. De forma convergente, o Tribunal de Justiça do Amazonas (Apelação Cível nº 0636103-78.2014.8.04.0001), caracterizou a violência obstétrica psicológica em razão de “chacotas e ironias” dirigidas à paciente durante





o atendimento, ainda que não tenha sido comprovado erro médico (óbito fetal) quanto ao resultado do parto.

Também o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (Apelação nº 0006696-52.2018.8.19.0055), reconheceu a ocorrência de violência obstétrica com base em relatos consistentes sobre conduta inadequada e agressiva da médica, mesmo diante de laudo pericial que afastava erro técnico no desfecho clínico. Esses precedentes demonstram que o Judiciário tem ampliado a compreensão da violência obstétrica para abarcar práticas que atentam contra a dignidade, o respeito e a integridade psíquica da mulher.

Outro aspecto relevante diz respeito aos casos em que a violência obstétrica resulta em desfechos gravíssimos, como óbito fetal ou neonatal e lesões permanentes. O Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (Apelação/Remessa Necessária nº 0001784-73.2011.8.19.0211), reconheceu a responsabilidade do município por negligência e violência obstétrica que culminaram em óbito fetal, destacando o desprezo à condição de vulnerabilidade da gestante.

No Tribunal de Justiça do Espírito Santo (Apelação Cível nº 0001228-37.2016.8.08.0006), a violência obstétrica foi reconhecida em razão de falha grave na assistência que resultou na queda do recém-nascido logo após o parto. Já o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (Apelação nº 0173099-77.2012.8.19.0004), tratou de hipótese em que a ausência de anestesista impediu a realização de cesárea, levando à adoção de manobras durante o parto normal que ocasionaram lesão permanente no braço do recém-nascido, sendo aplicada a teoria da perda de uma chance.

Por fim, há decisões que destacam a violência obstétrica sob a perspectiva da violação da autonomia da gestante e do direito à escolha informada. O Tribunal de Justiça do Distrito Federal (Apelação nº 0717390-47.2022.8.07.0018), reconheceu a responsabilidade do Estado por conduta relacionada à recusa terapêutica durante o parto, considerada ofensiva à dignidade da mulher. De igual modo, o Tribunal de Justiça do Paraná (Recurso Inominado nº 0000554-50.2021.8.16.0139), entendeu como violência obstétrica a negativa de realização de cesárea previamente agendada pelo SUS, obrigando a paciente a custear o procedimento na rede privada. Tais decisões reforçam que a autonomia da mulher constitui elemento central na

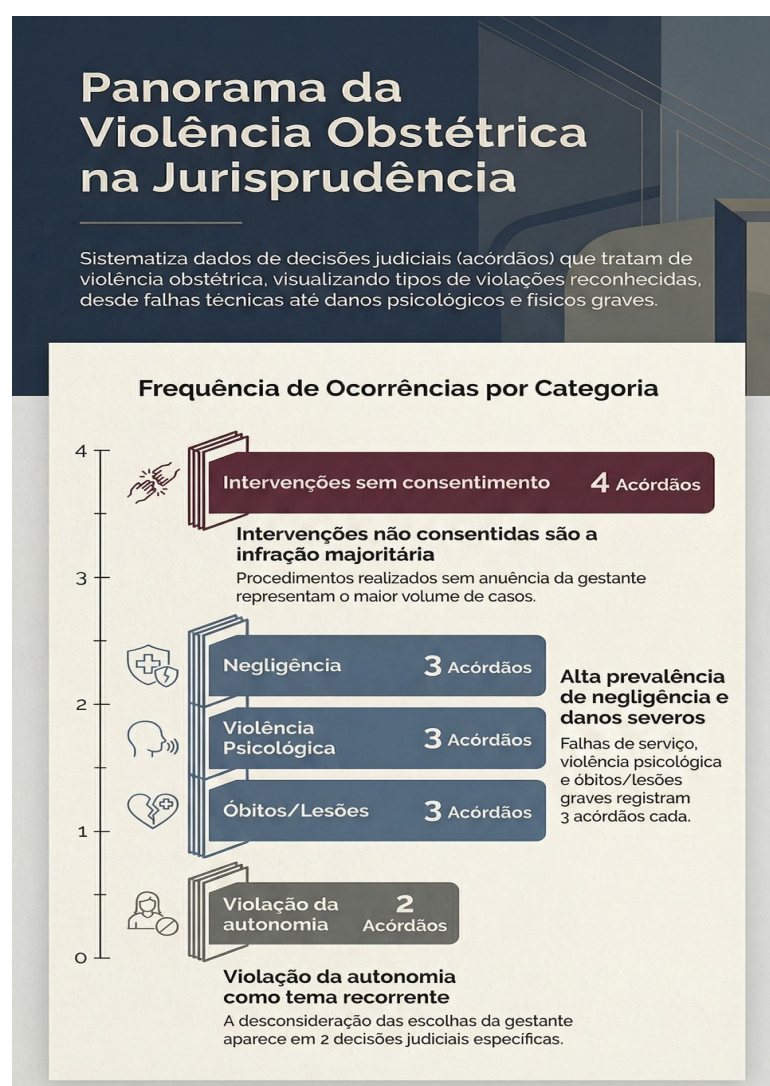




definição da violência obstétrica, sendo sua violação suficiente para caracterizar o dano moral.

A fim de conferir maior clareza à análise empreendida, apresenta-se, a seguir, síntese gráfica dos padrões decisórios identificados, destacando as principais categorias de violência obstétrica reconhecidas pelos tribunais e sua incidência nos acórdãos examinados.

Figura 1 – Frequência de ocorrências por categoria de violência obstétrica



Fonte: Autores, 2026.



Diante desse panorama, verifica-se que a jurisprudência brasileira tem consolidado uma compreensão ampla da violência obstétrica, reconhecendo-a tanto em práticas comissivas quanto omissivas, físicas ou psicológicas, sempre que houver violação à dignidade, à autonomia e à integridade da mulher no contexto da assistência ao parto.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos acórdãos, constata-se que a violência obstétrica corresponde a uma forma específica de violência de gênero, na medida em que envolve condutas comissivas e omissivas perpetradas por profissionais de saúde no controle do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, estando frequentemente associada a práticas marcadas por assimetrias de poder e por construções socioculturais que reforçam a desvalorização e a subordinação feminina. Nesse sentido, evidencia-se a importância de que os agentes do sistema de justiça, em especial a magistratura, analisem tais demandas sob uma perspectiva de gênero, em consonância com os tratados internacionais de proteção aos direitos das mulheres.

Os achados da pesquisa demonstram que o Poder Judiciário brasileiro tem avançado no reconhecimento da violência obstétrica, ainda que de forma não uniforme. Verificou-se que os tribunais vêm identificando a prática em diferentes contextos, como nas hipóteses de negligência na prestação do serviço de saúde, intervenções médicas realizadas sem consentimento, violência psicológica, desfechos graves, incluindo óbitos fetais e lesões permanentes e violação da autonomia da gestante. Tal reconhecimento representa importante avanço na visibilização jurídica do fenômeno.

Não obstante, observa-se que, em alguns casos, a violência obstétrica ainda é tratada sob a ótica tradicional do erro médico ou da falha na prestação do serviço, sem o devido enquadramento como violência de gênero. Essa abordagem pode contribuir para a mitigação da dimensão estrutural do problema, dificultando sua plena compreensão e enfrentamento no âmbito jurídico.





Diante desse cenário, destaca-se a necessidade de capacitação continuada dos magistrados e demais operadores do direito, a fim de promover uma compreensão mais aprofundada da temática e possibilitar decisões mais alinhadas com a complexidade da violência obstétrica, especialmente no que se refere à sua natureza multidimensional.

Ademais, evidencia-se a importância da ampliação de políticas públicas voltadas à prevenção da violência obstétrica, bem como da conscientização da população acerca dos direitos das parturientes e dos princípios do parto humanizado. Tal medida mostra-se essencial para o fortalecimento da autonomia das mulheres e para o aumento da visibilidade de práticas abusivas que, muitas vezes, permanecem subnotificadas e não chegam ao conhecimento do Poder Judiciário.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de aprimoramento normativo, com a elaboração de diretrizes específicas que assegurem uma assistência obstétrica humanizada, bem como a qualificação dos profissionais de saúde a partir de uma perspectiva ética, social e humanística, voltada à garantia de um atendimento adequado no ciclo gravídico-puerperal.

Por fim, embora a jurisprudência já admita a responsabilização civil dos agentes envolvidos, inclusive com a fixação de indenizações por danos morais e materiais, persistem desafios relevantes, como a dificuldade de comprovação do nexo de causalidade e a tendência de enquadramento das demandas exclusivamente como erro médico. Nesse contexto, mostra-se fundamental o reconhecimento explícito da violência obstétrica como categoria jurídica autônoma, vinculada à violência de gênero, de modo a assegurar maior efetividade na proteção dos direitos fundamentais das mulheres.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAguiar.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2015.





ALEXANDRE, Sandra Maria et al. **Episiotomia**: revendo conceitos. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, p. 367-371, jul. 2009.

ARGENTINA. **Ley n. 26.485, de 11 de marzo de 2009**. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponível em: http://www.osim.com.ar/osim/alzalavoz/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf. Acesso em: 2 nov. 2015.

ALAGOAS. Tribunal de Justiça do Estado de Alagoas. **Apelação Cível n. 0700213-14.2022.8.02.0017**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-al/3083803584>. Acesso em: 26 mar. 2026.

AMAZONAS. Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas. **Apelação Cível n. 0636103-78.2014.8.04.0001**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-am/1192635691>. Acesso em: 26 mar. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 36, de 3 de junho de 2008**. Dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Brasília: Anvisa, 2008.

BRASIL. **Decreto n. 1.256, de 29 de setembro de 1994**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 ago. 1996.

BRASIL. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Violência obstétrica**: você sabe o que é? São Paulo: Escola da Defensoria Pública do Estado, 2013. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Caderno HumanizaSUS, v. 4).





BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CEARÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. **Apelação Cível n. 0007823-61.2014.8.06.0173**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-ce/2891224162>. Acesso em: 26 mar. 2026.

CEARÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. **Apelação Cível n. 0052884-60.2014.8.06.0167**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-ce/3089808421>. Acesso em: 26 mar. 2026.

COSTA, Nilma Maia da et al. **Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura**. João Pessoa: FACENE, 2011. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/2011-2-pag-45-50-Episiotomia.pdf>. Acesso em: 27 out. 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto**. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Campanha pela abolição da episiotomia de rotina**. 2003. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>. Acesso em: 10 dez. 2015.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. **Apelação n. 0717390-47.2022.8.07.0018**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-df/2490543282>. Acesso em: 26 mar. 2026.

ESPÍRITO SANTO. Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo. **Apelação Cível n. 0001228-37.2016.8.08.0006**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-es/2410757594>. Acesso em: 26 mar. 2026.

FONEITE, Josmery; FEO, Alejandra; MERLO, Judith Toro. **Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud**. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Caracas, v. 72, n. 1, mar. 2012. Disponível em:





http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 2 nov. 2015.

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

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/CiencSociais_MaiaMB_1.pdf. Acesso em: 13 out. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 4 nov. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 4 nov. 2015.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. **Recurso Inominado n. 0000554-50.2021.8.16.0139**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pr/1878284050>. Acesso em: 26 mar. 2026.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. **Recurso Inominado n. 0021564-06.2022.8.16.0014**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pr/3724254572>. Acesso em: 26 mar. 2026.

PARTO DO PRINCÍPIO. **“Parirás com dor”**: dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica é violência contra a mulher**. São Paulo: Parto do Princípio; Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014.





PERNAMBUCO. Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco. **Apelação Cível n. 0058089-13.2022.8.17.2001**. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pe/2830101871>. Acesso em: 26 mar. 2026.

PREVIATTI, Jaqueline Fátima; SOUZA, Kleyde Ventura de. **Episiotomia**: em foco a visão das mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 2, p. 197-201, mar./abr. 2007.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. **Apelação n. 0006696-52.2018.8.19.0055**. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/1886974839>. Acesso em: 26 mar. 2026.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. **Apelação n. 0013455-78.2021.8.19.0038**. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/2322602373>. Acesso em: 26 mar. 2026.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. **Apelação n. 0173099-77.2012.8.19.0004**. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/1476933131>. Acesso em: 26 mar. 2026.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. **Apelação n. 0389035-31.2016.8.19.0001**. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/2722846973>. Acesso em: 26 mar. 2026.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. **Apelação/Remessa Necessária n. 0001784-73.2011.8.19.0211**. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/2345803131>. Acesso em: 26 mar. 2026.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. **Apelação Cível n. 1010333-50.2013.8.26.0127**. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-sp/842993865>. Acesso em: 26 mar. 2026.

Recebido em: 27/03/2026

Aprovado em: 29/03/2026

Publicado em: 31/03/2026

