



Artigo

Entre cartilhas e canais de denúncia: a atuação das Defensorias Públicas Estaduais brasileiras frente à violência obstétrica

Between educational booklets and reporting channels: the role of Brazilian State Public Defender's Offices in addressing obstetric violence

Entre cartillas educativas y canales de denuncia: la actuación de las Defensorías Públicas Estatales brasileñas frente a la violencia obstétrica

Milena de Almeida Bittencourt Fondello¹

Conselho Municipal de Saúde, Pindamonhangaba, SP, Brasil.

 <https://orcid.org/0009-0008-5042-596X>

✉ milenafondello@usp.br

Fabiana Santos Lucena²

Instituto de Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

 <https://orcid.org/0000-0002-3928-1300>

✉ fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br

Rita Kawana Duarte Queiroz³

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

 <https://orcid.org/0009-0000-9139-8752>

✉ rita.kawana@gmail.com

Anna Carolina Lanas Soares Cabral⁴

Defensoria Pública do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

 <https://orcid.org/0009-0000-9064-0578>

✉ acabral@defensoria.sp.def.br

Resumo

Objetivo: descrever e analisar a atuação das Defensorias Públicas Estaduais brasileiras no enfrentamento à violência obstétrica, a partir da produção de materiais educativos, da oferta de canais específicos de denúncia e da presença de Núcleos Especializados de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter documental, realizada nos sites oficiais das Defensorias Públicas Estaduais, buscando identificar documentos de natureza institucional que tratem do enfrentamento da violência obstétrica. **Resultados:** verificou-se a existência desses Núcleos Especializados em 18 Defensorias Públicas e, em outras cinco, estruturas

¹ Mestranda em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Conselheira Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Pindamonhangaba, São Paulo, SP, Brasil.

² Doutora em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Pesquisadora científica, Instituto de Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

³ Graduada em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Mestra em Filosofia, Pontifícia Universidade Católica de Valparaíso, Valparaíso, Chile. Diploma revalidado pela Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Psicóloga, Agente de Defensoria Pública, Defensoria Pública do Estado de São Paulo, São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.



com atribuições semelhantes. Dentre as 27 unidades da federação, 11 disponibilizam cartilhas sobre violência obstétrica, concentradas nas Defensorias que possuem Núcleos Especializados, sugerindo que a presença desses núcleos contribui para a produção e a divulgação de materiais informativos sobre o tema. As lacunas temáticas dessas publicações — que raramente tratam de situações de abortamento ou de racismo institucional — revelam desafios persistentes na compreensão de dimensões estruturais da violência obstétrica e na formulação de respostas efetivas. Experiências como o Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica no Amazonas e o Protocolo de Atuação em Casos de Violência Obstétrica do Paraná ilustram caminhos distintos e complementares de fortalecimento da escuta qualificada, da articulação intersetorial e da produção de dados. **Conclusão:** a atuação das Defensorias Públicas Estaduais no enfrentamento à violência obstétrica permanece em processo de construção. Os achados indicam a importância de ampliar a visibilidade institucional do tema e de fortalecer mecanismos de escuta e responsabilização do Estado frente a uma das mais persistentes formas de violação de direitos das mulheres.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Defensoria Pública; Saúde Pública; Saúde da Mulher; Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Abstract

Objective: to describe and analyze the role of Brazilian State Public Defender's Offices in addressing obstetric violence, focusing on the production of educational materials, the availability of specific reporting channels, and the presence of Specialized Centers for the Promotion and Defense of Women's Rights. **Methodology:** this qualitative, documentary research was conducted through the analysis of official websites of State Public Defender's Offices. **Results:** specialized Centers were identified in 18 Public Defender's Offices and, in five others, equivalent structures with similar functions. Among the 27 federal units, 11 provide informational booklets on obstetric violence, mostly concentrated in states with these Centers, suggesting that their presence contributes to the production and dissemination of educational materials on the subject. The thematic gaps in these publications — rarely addressing abortion or institutional racism — reveal persistent challenges in understanding the structural dimensions of obstetric violence and in formulating effective institutional responses. Experiences such as the State Committee for Confronting Obstetric Violence in Amazonas and the Protocol for Action in Cases of Obstetric Violence in Paraná illustrate distinct yet complementary approaches to strengthening qualified listening, intersectoral collaboration, and data production. **Conclusion:** the role of State Public Defender's Offices in addressing obstetric violence remains under construction. The findings highlight the importance of expanding institutional visibility of the issue and strengthening listening and accountability mechanisms to ensure a State response to one of the most persistent forms of women's rights violations.

Keywords: Obstetric Violence; Public Defender Legal Services; Public Health; Women's Health; Reproductive Rights.

Resumen

Objetivo: describir y analizar la actuación de las Defensorías Públicas Estatales brasileñas en el abordaje de la violencia obstétrica, considerando la producción de materiales educativos, la oferta de canales de denuncia y la existencia de Núcleos Especializados de Promoción y Defensa de los Derechos de las Mujeres. **Metodología:** investigación cualitativa y documental, realizada mediante el análisis de los sitios web oficiales de las Defensorías Públicas Estatales. **Resultados:** se identificaron Núcleos Especializados en 18 Defensorías Públicas y, en otras cinco, estructuras con funciones semejantes. Entre las 27 unidades federativas, 11 cuentan con cartillas informativas sobre violencia obstétrica, concentradas en aquellas con Núcleos Especializados, lo que sugiere que su presencia favorece la producción y difusión de materiales educativos. Las lagunas temáticas de estas

publicaciones — que raramente abordan situaciones de aborto o racismo institucional — evidencian desafíos persistentes en la comprensión de las dimensiones estructurales de la violencia obstétrica y en la formulación de respuestas institucionales. Experiencias como el Comité Estatal para el Enfrentamiento de la Violencia Obstétrica en Amazonas y el Protocolo de Actuación en Casos de Violencia Obstétrica en Paraná ilustran caminos distintos y complementarios para fortalecer la escucha cualificada, la articulación intersectorial y la producción de datos. **Conclusión:** la actuación de las Defensorías Públicas Estatales frente a la violencia obstétrica sigue en construcción. Los hallazgos destacan la importancia de ampliar la visibilidad institucional y de reforzar los mecanismos de escucha y rendición de cuentas del Estado ante una de las formas más persistentes de violación de los derechos de las mujeres.

Palabras clave: Violencia Obstétrica; Defensoría Pública; Salud Pública; Salud de la Mujer; Derechos Sexuales y Reproductivos.

Introdução

O termo violência obstétrica foi utilizado pela primeira vez de forma conceitual e legal na Venezuela em 2006⁽¹⁾ e, assim como tem sido utilizado no Brasil, descreve diversas formas de violências que ocorrem durante a assistência na gestação, parto e puerpério, bem como em momentos relacionados a situações de abortamento⁽²⁾. Sua ocorrência impacta na morbimortalidade materna e neonatal, e está imbricada em relações de poder hierarquizadas entre profissionais de saúde e usuárias dos serviços, manifestando-se por meio de práticas desnecessárias, coercitivas ou humilhantes, com consequências diretas sobre a integridade física e psíquica das mulheres. Importante destacar que, ainda que receba outros nomes, como maus-tratos durante a gestação e parto, trata-se de um fenômeno que acontece com mulheres de todo o mundo⁽²⁾, não só nos países latino-americanos, sendo considerado uma violação de direitos humanos.

No Brasil, apesar da mobilização crescente de usuárias, profissionais e pesquisadoras, a violência obstétrica ainda enfrenta resistências institucionais para ser reconhecida como uma forma de violência de gênero e de violação de direitos sexuais e reprodutivos⁽³⁾. Parte dessa resistência está relacionada às disputas em torno da própria terminologia: o uso do termo “violência obstétrica” é frequentemente contestado por setores da saúde, sobretudo devido à sua associação crítica com a medicalização excessiva do parto⁽³⁾. Embora determinados atos sejam evidentemente identificáveis como abusivos, outros se confundem com procedimentos médicos rotineiros, dificultando a definição de limites entre práticas aceitáveis e violações de direitos⁽³⁾.

A violência obstétrica pode se manifestar de diversas formas, afetando a experiência do parto e a integridade física e emocional das mulheres. Entre suas principais categorias, destacam-se: o atraso, a recusa, a negligência ou a omissão de atendimento; a imposição de intervenções sem consentimento; intervenções realizadas com base em informações parciais ou distorcidas; a ausência de cuidado confidencial ou privativo; violência verbal e psicológica; restrições arbitrárias à presença de acompanhante durante o parto; e a recusa de medidas de alívio da dor. Esses diferentes tipos de violência revelam não apenas falhas individuais, mas também padrões institucionais que comprometem o respeito aos direitos das mulheres e a humanização do cuidado obstétrico⁽⁴⁾.

Em 2010 foi realizada uma pesquisa pela fundação Perseu Abramo que demonstrou que uma em cada quatro mulheres havia sofrido algum tipo de violência durante o parto, estando entre as mais frequentes: exames de toque de forma dolorosa; não receber alívio para a dor; gritos; procedimentos realizados sem informar a mulher; xingamentos e humilhações⁽⁵⁾. A pesquisa Nacer no Brasil 2, em

2025, divulgou resultados referentes ao estado do Rio de Janeiro, indicando uma prevalência alarmante de 65,3% de violência obstétrica, com destaque para toques vaginais não adequados (46,2%), negligência (31,5%) e abuso psicológico (21,7%)⁽⁶⁾. Apesar da relevância desses achados, ainda não dispomos de dados nacionais atualizados que revelem a real dimensão das violações de direitos durante a gestação, o parto, o puerpério e em situações de abortamento.

A violência obstétrica se configura como uma violência estrutural e coletiva, enraizada em uma ordem social que legitima a opressão e se manifesta em múltiplas formas, atingindo não apenas mulheres e recém-nascidos, mas pessoas intersexo, homens trans, pessoas não binárias e com outras identidades de gênero, que são expostas a discriminações e violências desde o primeiro contato com os serviços de saúde⁽⁷⁾. É importante destacar que o contexto da violência obstétrica está inserido em um modelo de atenção marcado por intervenções excessivas, muitas vezes descoladas das melhores evidências científicas que deveriam orientar a prática assistencial. A atenção ao parto permanece fortemente centrada na autoridade médica, com pouca valorização da fisiologia e do protagonismo das mulheres. Frequentemente, há um controle rígido do tempo e uma imposição de dinâmicas que desconsideram os ritmos individuais do trabalho de parto e do parto, o que contribui para a produção de violências institucionais e violações de direitos⁽⁸⁾.

Diniz⁽⁹⁾ cunhou a expressão “paradoxo perinatal brasileiro” para descrever uma característica central da assistência obstétrica no país: a coexistência de duas formas de violência obstétrica, que se manifestam de maneiras distintas a depender de recortes de raça, classe social e território. De um lado, mulheres brancas, urbanas e de classe média são frequentemente submetidas a um uso excessivo de tecnologias reprodutivas, como cirurgias cesarianas agendadas sem indicação clínica, induções precoces e intervenções que desrespeitam o tempo fisiológico do parto. De outro, mulheres negras e em maior vulnerabilidade social enfrentam com mais frequência a negligência, a omissão de cuidados, a recusa de analgesia e práticas autoritárias, como gritos, ameaças, humilhações e/ou procedimentos realizados sem consentimento.

Trata-se, portanto, de um sistema que, longe de proteger seletivamente alguns corpos, viola sistematicamente a integridade e a autonomia de todas, ainda que o faça por vias distintas. A violência obstétrica, nesse contexto, não se limita a atos de crueldade intencionais, mas se inscreve no modo como o sistema organiza a atenção ao parto de forma hierarquizada, excludente e tecnocrática. O “paradoxo” evidencia que tanto a hipermedicalização quanto o abandono são expressões complementares de uma assistência centrada no controle do corpo gestante e no apagamento dos desejos e direitos reprodutivos. Assim, a responsabilização institucional não pode se limitar ao campo ético-profissional, devendo também ser enfrentada no plano jurídico como violação de direitos humanos fundamentais⁽⁹⁾.

É necessário chamar atenção para alguns indicadores de assistência desse modelo de atenção ao parto, em que alcançamos, em 2024, a marca de 60,6% de cesáreas pela primeira vez⁽¹⁰⁾. Esse modelo de atenção tem contribuído para a persistência de altas e estagnadas taxas de morbimortalidade materna no Brasil ao longo das últimas duas décadas. No período de 2000 a 2019, a cada 5 anos, cerca de 8.300 mulheres morreram em decorrência de complicações relacionadas à gestação e ao parto, o que corresponde a uma Razão de Mortalidade Materna de 57,3 para cada 100 mil nascidos vivos⁽¹¹⁾. A manutenção desse patamar elevado de mortes evitáveis configura não apenas um grave problema de saúde pública, mas também uma violação de direitos fundamentais, em especial dos direitos à vida, à saúde e à dignidade das mulheres.

Caracterizada por práticas que violam direitos humanos, a violência obstétrica ultrapassa os limites do campo da saúde e passa a requerer respostas especializadas por parte do sistema de justiça. As Defensorias Públicas são instituições autônomas de importante relevância e expressam o dever do Estado de promover e garantir direitos, oferecendo orientação jurídica e defesa judicial ou extrajudicial, especialmente às populações em situação de vulnerabilidade, de forma integral e gratuita. Com capacidade para acolher, receber denúncias e promover mudanças estruturais, essas instituições ocupam um papel estratégico no enfrentamento desse grave problema de saúde pública. Sua atuação pode desempenhar uma função decisiva na prevenção e na ruptura do ciclo de silenciamento e impunidade que historicamente marca esse tipo de violência⁽¹²⁾.

Em alguns estados brasileiros, destacam-se os Núcleos Especializados de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM), setores internos das Defensorias Públicas Estaduais que se constituem como espaços de promoção dos direitos das mulheres e de enfrentamento das diversas formas de violência de gênero. Entre suas principais linhas de atuação estão a oferta de orientação jurídica, o acolhimento de denúncias e a articulação com a rede de atenção à saúde, além da realização de atividades de educação em direitos para mulheres, estudantes e profissionais de saúde, e a produção de materiais informativos⁽¹²⁾. No entanto, embora essas ações tenham o potencial de fortalecer redes de proteção mais integradas e eficazes, sua implementação concreta ainda enfrenta limitações institucionais e desigualdades territoriais, o que compromete o alcance e a efetividade dessas iniciativas⁽¹³⁾. Ainda são escassos os estudos que analisam como as Defensorias têm atuado no enfrentamento da violência obstétrica e, sobretudo, se essa atuação tem se consolidado como um instrumento efetivo para a garantia dos direitos das mulheres⁽¹⁴⁾.

Dessa forma, este artigo tem como objetivo descrever e analisar a atuação das Defensorias Públicas Estaduais brasileiras, por meio dos Núcleos de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM), no enfrentamento da violência obstétrica, com foco na produção de materiais educativos e na disponibilização de canais específicos de denúncia, a partir da análise do conteúdo divulgado em suas páginas oficiais. Além disso, busca-se compreender se as informações disponibilizadas são acessíveis ao público em geral e se orientam as mulheres e a sociedade sobre esse tipo de violência — incluindo conteúdos sobre formas de prevenção, canais de denúncia, busca por apoio e acesso à justiça.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental realizada a partir dos sites oficiais das Defensorias Públicas Estaduais brasileiras. A fonte e o objeto de investigação foram os próprios documentos divulgados, compreendendo-os como constituintes e constituídos de um dado momento histórico⁽¹⁵⁾.

A busca foi realizada entre os dias 4 e 23 de julho de 2025, utilizando os termos “NUDEM”, “Núcleos especializados”, “Núcleo de Defesa da Mulher” e “violência obstétrica”. O levantamento foi conduzido por duas pesquisadoras, com posterior checagem cruzada dos dados coletados.

Foram considerados apenas documentos de natureza institucional, publicados nos sites oficiais das Defensorias Públicas Estaduais e com autoria explicitamente identificada como institucional. Esses materiais abrangiam tanto informações gerais sobre violência obstétrica quanto orientações relacionadas a canais de denúncia. Todo o conteúdo selecionado foi sistematizado em planilha contendo estado ou unidade federativa, existência de NUDEM, link de acesso ao NUDEM, resultados da busca pelo termo “violência obstétrica”, além de documentos informativos e canais de denúncia.

O estudo toma a violência obstétrica não apenas como objeto de investigação, mas também como categoria analítica, sustentada em literatura crítica do campo da saúde coletiva, dos direitos humanos e dos estudos de gênero. Nessa perspectiva, a violência obstétrica é compreendida como expressão das desigualdades de gênero, de classe e de raça, e das assimetrias de poder presentes na sociedade que se refletem na atenção obstétrica^(4,7,9). Essa concepção constituiu o referencial teórico que orientou a interpretação dos documentos, em diálogo com produções nacionais e internacionais sobre o tema.

A análise dos dados foi conduzida segundo a abordagem de análise temática proposta por Minayo⁽¹⁵⁾, envolvendo as etapas de leitura flutuante, constituição do *corpus*, formulação de hipóteses, exploração e interpretação do material. As unidades de registro foram codificadas e organizadas em categorias temáticas.

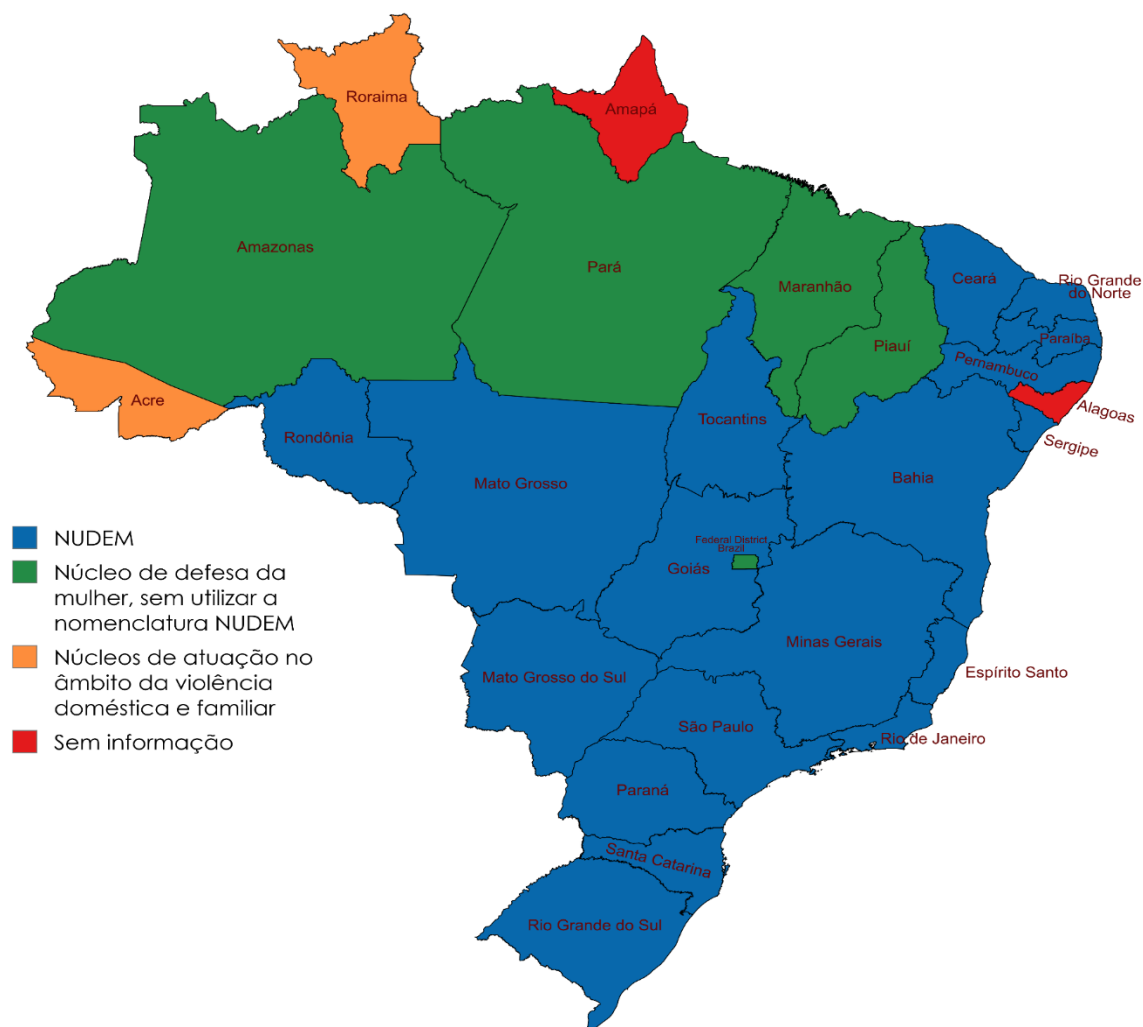
Por se tratar de pesquisa documental com base em informações de domínio público, não houve envolvimento direto de seres humanos, dispensando submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Ainda assim, foram observados os princípios éticos previstos na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁶⁾.

Resultados e discussão

A presente seção busca analisar a atuação das Defensorias Públicas Estaduais na promoção e defesa dos direitos das mulheres e, especificamente, o enfrentamento à violência obstétrica, a partir dos documentos divulgados em suas páginas oficiais.

A Figura 1 apresenta a distribuição das Defensorias Públicas Estaduais segundo a existência de Núcleos Especializados em direitos das mulheres, incluindo variações de nomenclatura e áreas de atuação correlatas. Observa-se que grande parte das Defensorias conta com essas estruturas formalmente constituídas. Não foram encontradas informações sobre a existência de Núcleos Especializados no Amapá e em Alagoas. Já os estados do Acre e Roraima possuem núcleos voltados à violência doméstica e familiar, sem que se explicita se tais estruturas adotam um recorte específico de gênero ou se abarcam outras populações vulneráveis, como pessoas idosas, crianças e adolescentes.

Figura 1. Presença de Núcleos Especializados em direitos das mulheres nas Defensorias Públicas nas unidades da federação



Created with mapchart.net

Fonte: Elaboração própria, 2025.

A Figura 2 aprofunda essa análise ao relacionar a presença de núcleos especializados à existência de materiais informativos e canais de denúncia sobre violência obstétrica. O mapeamento considerou três aspectos principais: (i) a presença de NUDEM — ou estrutura equivalente — com informações acessíveis nos sites institucionais; (ii) a disponibilização de cartilhas informativas sobre violência obstétrica; e (iii) a existência de canal específico para denúncias. A partir da combinação desses três aspectos foram definidos cinco arranjos institucionais que revelam importantes disparidades na atuação das defensorias públicas, conforme descrito na figura.

Figura 2. Presença de Núcleos Especializados em direitos das mulheres nas Defensorias Públicas e cartilhas sobre violência obstétrica nas unidades da federação



Created with mapchart.net

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Entre 26 estados e o Distrito Federal, apenas 11 unidades federativas (Rondônia, Bahia, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) apresentam simultaneamente um núcleo especializado identificável e materiais informativos específicos sobre violência obstétrica. Nos estados que não possuem núcleos de defesa dos direitos das mulheres — como Acre, Roraima, Amapá e Alagoas — não foram identificadas cartilhas ou materiais educativos sobre o tema. De modo semelhante, nas Defensorias cujos sites não disponibilizam informações acessíveis sobre esses núcleos (caso do Maranhão, Piauí, Tocantins e Pernambuco), tampouco foram identificadas publicações específicas relacionadas à temática.

Em todo o país, apenas as Defensorias Públicas do Rio de Janeiro e do Paraná disponibilizam canais de denúncias específicos para casos de violência obstétrica, tanto em seus sites quanto em suas cartilhas. Nas demais, as orientações limitam-se a indicar a procura pela Defensoria Pública, pelos Conselhos de Medicina ou Enfermagem, ou pelos números nacionais de denúncia (180 e 136), o que demonstra a ausência de fluxos próprios de acolhimento e encaminhamento institucional para esses casos.

Questiona-se em que medida a ausência de NUDEM — ou de instâncias equivalentes formalmente constituídas — fragiliza a atuação das Defensorias Públicas na promoção e defesa dos direitos das mulheres. Tal lacuna institucional pode também comprometer a capacidade de enfrentamento à violência obstétrica, uma vez que a inexistência de núcleos especializados tende a limitar a oferta de mecanismos específicos de acolhimento e denúncia e a reduzir a visibilidade do tema.

A violência obstétrica como expressão do modelo hegemônico de assistência ao parto

O modelo hegemônico de atenção ao parto consolidou-se no século XX, a partir de transformações do significado social e médico sobre o corpo grávido e parturiente, assentado na obstetrícia médico-cirúrgica, masculina e hospitalar, que se instituiu a partir da concepção de que o corpo da mulher seria naturalmente defeituoso e, portanto, necessitaria de correção. Essa lógica, ancorada na centralidade da figura do médico – concebido como aquele que “salva” as mulheres dos supostos riscos da gestação –, legitimou a introdução de práticas e instrumentos de intervenção que, em grande parte, foram construídas na experimentação sobre corpos femininos em um contexto de subalternidade social⁽¹⁷⁾. Tais práticas, além de desprovidas de respaldo científico, frequentemente resultam em danos físicos e emocionais, interferindo no curso fisiológico e no protagonismo das mulheres durante o processo de trabalho de parto, conforme descrito no Quadro 1⁽⁴⁾.

Quadro 1. Práticas de assistência ao parto prejudiciais e motivos associados

Práticas prejudiciais ou ineficazes	Motivo
Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto/ Cateterização venosa profilática de rotina.	Diminui a mobilidade, “prende” a parturiente ao leito. Aumenta o desconforto. Solução glicosada pode aumentar a possibilidade de hipoglicemia neonatal.
Uso indiscriminado de ocitocina	Pode levar a um aumento da atividade uterina com conseqüente hipóxia fetal. Ocitocina isoladamente não diminui a possibilidade de cesariana em mulheres com analgesia peridural.

Amniotomia para acelerar trabalho de parto	Amniotomia isolada parece diminuir a duração do trabalho de parto, mas aumenta a possibilidade de cesariana.
Posição de litotomia (posição de exame ginecológico)	Posições verticalizadas, diferentemente das horizontalizadas como a posição de litotomia, reduzem o tempo de trabalho de parto e não estão associadas a aumento de intervenções ou efeitos negativos. São bem descritos os benefícios da posição verticalizada para mulher e feto.
Episiotomia	Aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto grau, de infecção e de hemorragia, sem diminuir complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal. Seu uso rotineiro vem sendo constantemente desestimulado.
Manobra de Kristeller	Associada a lacerações perineais graves e internação em UTI neonatal para o bebê. Há recomendação de que seja evitada.
Restrição alimentar e hídrica	Restrição prolongada pode levar a desconforto da parturiente. Há recomendação de que as mulheres tenham liberdade para ingerir líquidos e outros alimentos leves durante o trabalho de parto.
Restrição aos movimentos corporais	Dificulta lidar com a dor. Aumenta a chance de necessidade de analgesia. Aumenta a chance de cesariana. Aumenta a duração do trabalho de parto.
Impedimento de acompanhante	Presença de acompanhantes é altamente protetora contra todas as formas de violência durante a internação hospitalar.

Fonte: Tesser *et al.* (4).

O excesso de intervenções não pode ser compreendido apenas como uma evolução técnica, mas como produto de relações de poder atravessadas pelo gênero. A constituição do saber médico moderno esteve vinculada à marginalização e à desqualificação dos saberes femininos. A exclusão do conhecimento das mulheres no cuidado ao parto remonta ao período da caça às bruxas, quando houve uma perseguição sistemática às que detinham saberes ancestrais e medicinais. Parteiras e curandeiras foram progressivamente marginalizadas, e as mulheres, destituídas de seu protagonismo, passaram a ser submetidas ao cuidado exclusivo da medicina⁽¹⁷⁾.

Davis⁽¹⁸⁾ evidencia ainda que essa lógica é indissociável do racismo, ao mostrar como o cuidado obstétrico hierarquiza corpos e reserva às mulheres negras experiências marcadas por maior violência e risco. Assim, gênero e raça aparecem como dimensões estruturantes da sociedade e da própria racionalidade biomédica.

As instituições de formação em saúde têm desempenhado papel central na reprodução desse modelo, a partir da lógica do ensino sobre os corpos, em que a necessidade de treinamento de procedimentos se sobrepõe à autonomia e à integridade das mulheres, naturalizando violações de direitos em nome da formação profissional⁽¹⁹⁾.

Esse mesmo marco hegemônico estruturou o sistema de justiça, cujas interpretações jurídicas sobre a assistência ao parto foram moldadas por desigualdades nas relações de gênero e uma compreensão biomédica do cuidado obstétrico. Assim, denúncias de violência obstétrica se inscrevem em uma institucionalidade que não apenas reproduz a invisibilização das violações, mas também reforça a seletividade de quais corpos são (ou não) reconhecidos como dignos de proteção, favorecendo a impunidade e contribuindo para a naturalização da violência no âmbito judiciário.

No Brasil, a ausência de legislação que defina ou tipifique a violência obstétrica faz com que sua reparação dependa de dispositivos gerais do ordenamento jurídico, como o Código Civil, a Constituição Federal e o Código de Defesa do Consumidor, exigindo a comprovação de culpa — negligência, imprudência ou imperícia. Apesar dos esforços acadêmicos — exemplificados no Quadro 2, proposto por Tesser *et al.*⁽⁴⁾, que busca delimitar a compreensão da violência obstétrica a partir de direitos correspondentes —, persiste uma lacuna legal que reforça a invisibilidade dessa forma de violência. A ausência de tipificação não apenas dificulta o reconhecimento da violação, a comprovação do dano e a responsabilização dos agentes envolvidos, como também restringe a formulação e a implementação de políticas públicas eficazes para sua prevenção e enfrentamento, contribuindo para a manutenção da impunidade e do silenciamento das vítimas^(20,21).

Quadro 2. Exemplos de situação de violência obstétrica por categoria e direito correspondente

Categoria	Direito correspondente	Exemplos de situações de violência obstétrica
Atraso, recusa, negligência ou omissão de atendimento	Direito à saúde, ao acesso oportuno e integral (CF/88, art. 196; PNAISM, 2004)	Atraso, recusa ou omissão injustificada em atendimentos de urgência, incluindo abandono ou negligência na assistência à parturiente, ausência de monitoramento adequado e desconsideração

		de sinais de sofrimento materno ou fetal, mesmo diante de solicitações reiteradas.
Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à autonomia e ao consentimento livre e esclarecido (Lei nº 8.080/90; Lei do Acompanhante nº 11.108/2005)	Realização da episiotomia em mulheres que verbalmente ou por escrito não autorizaram essa intervenção; desrespeito ou desconsideração do plano de parto; uso da manobra de Kristeller; imposição da posição litotômica.
Cuidado não confidencial ou privativo	Direito à confidencialidade e à privacidade	Maternidades que mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem um biombo separando os leitos, e que ainda alegam falta de privacidade para justificar o desrespeito ao direito ao acompanhante.
Violência verbal e psicológica	Direito à dignidade, ao respeito e à integridade psíquica (CF/88, art. 1º, III; Lei Maria da Penha)	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, como subestimar e ridicularizar sua dor ou desmoralizar seus pedidos de ajuda; humilhações de caráter sexual, xingamentos, gritos, intimidações e ameaças.
Restrições arbitrárias à presença de acompanhante	Direito a acompanhante de livre escolha durante todo o período de internação (Lei nº 11.108/2005)	Impedir a entrada de acompanhante; permitir apenas em horários específicos.
Recusa de alívio da dor	Direito ao acesso a métodos de analgesia e cuidados humanizados	Negar analgesia farmacológica disponível; proibir métodos não farmacológicos de alívio da dor, como banho ou movimentação.

Fonte: Adaptado de Tesser *et al.* (4).

Um estudo publicado em 2024, com a finalidade de compreender os critérios utilizados nas decisões judiciais de 2º grau para rejeitar ou receber casos relacionados à violência obstétrica, identificou que a grande maioria das decisões pelos tribunais só são encontradas a partir do termo de busca erro médico, sendo que de 174 processos, apenas 15 contam com o termo violência obstétrica em seus autos. O estudo também mostra que menos da metade destes (76 processos) foram julgados procedentes, resultando em responsabilização dos hospitais e profissionais de saúde. Mesmo em casos que resultaram em óbito fetal ou materno, a indenização não foi garantida⁽²⁰⁾.

Outro estudo que analisou o posicionamento do Poder Judiciário em cinco decisões judiciais proferidas entre os anos de 2019 e 2020, relacionadas à violência obstétrica, revelou uma reprodução da naturalização dessa prática pelo sistema judiciário. Em todos os casos analisados, as apelações foram julgadas improcedentes, fundamentadas em acórdãos baseados em laudos periciais elaborados por profissionais da medicina e nos documentos produzidos pelos serviços de saúde⁽²²⁾. Essa tendência evidencia a dificuldade de reconhecimento jurídico da violência obstétrica e a persistente legitimação de práticas que, muitas vezes, perpetuam a vulnerabilidade das mulheres nesse contexto^(20,22).

O caso de Alyne Pimentel, jovem mulher negra e periférica que morreu após sucessivas negligências no atendimento obstétrico, ilustra de forma emblemática essa lógica. Diante da ineficácia dos mecanismos de justiça brasileiros, o caso foi julgado internacionalmente e reconhecido pelo Comitê para Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) como uma violação de direitos humanos, resultando em recomendações ao Estado brasileiro para que enfrentasse a mortalidade materna como expressão de desigualdades estruturais e assumisse a responsabilidade por sua prevenção⁽²³⁾. Em resposta a esse histórico e à persistência das iniquidades na assistência obstétrica, o governo federal reestruturou, em 2024, a Rede Cegonha, política voltada à atenção materno-infantil, que passou a se chamar Rede Alyne — em homenagem à vítima e como gesto simbólico de reafirmação do compromisso do Estado com a redução da mortalidade materna, especialmente entre mulheres negras⁽²⁴⁾. Entende-se, portanto, que a violência obstétrica e a resposta judicial a ela são produtos históricos da forma como a obstetrícia e o sistema de justiça se consolidou em uma sociedade marcada por desigualdades de gênero, racismo estrutural e por um Estado que, inserido no sistema capitalista, tem funcionado mais como amparo às instituições estabelecidas do que como garantidor efetivo dos direitos das mulheres. Transformar a formação de profissionais da saúde e do direito, tensionar o sistema jurídico e construir políticas públicas que deem visibilidade à violência obstétrica são etapas de um processo contínuo de luta, no qual a mobilização dos movimentos de mulheres tem sido fundamental para desafiar as estruturas hegemônicas e abrir caminhos de mudança.

O papel do Movimento de mulheres no avanço de propostas inovadoras

Embora mais fortemente atravessada pela desigualdade racial, a invisibilidade da violência obstétrica atinge mulheres em toda a sua diversidade. Esse cenário se evidencia em diferentes espaços de denúncia e reivindicação organizados por movimentos feministas. Um exemplo ocorreu na audiência pública realizada em 2015, no Amazonas, na qual diversas mulheres relataram experiências de dor, sofrimento e negligência vivenciadas durante o atendimento. Ao final, um dos representantes da mesa afirmou que não era possível identificar, no auditório, nenhuma mulher com sequelas relacionadas à violência obstétrica. A declaração explícita a invisibilidade e o desprezo enfrentados pelas mulheres durante sua vida reprodutiva⁽²⁵⁾.

Paradoxalmente, dessa mesma audiência resultou uma experiência inovadora: a criação, em 2016, do Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica da Defensoria Pública do Estado do Amazonas. O comitê surgiu a partir da denúncia de uma usuária do sistema de saúde, que não apenas relatou a violência sofrida, mas também mobilizou outras mulheres e integrantes do movimento social local. Essa denúncia revelou um cenário de violências obstétricas sistemáticas em Manaus e levou à instauração imediata de processo administrativo para apuração dos fatos⁽²⁵⁾.

A partir dessa mobilização, foram desencadeadas ações institucionais relevantes, como a assinatura, ainda em 2016, de um Termo de Cooperação Técnica Intersetorial, que envolveu órgãos do sistema de justiça, instituições de saúde, universidades, entidades de classe e movimentos sociais, evidenciando a articulação ampla e plural em torno do enfrentamento à violência obstétrica⁽²⁵⁾.

Atualmente, o Comitê permanece em atuação, e suas ações incluem a orientação de processos formativos na área da saúde, a qualificação da assistência nas maternidades e a promoção de atividades de educação e sensibilização social sobre a violência obstétrica. Trata-se, portanto, de uma iniciativa inspiradora, com potencial de ser replicada em outras unidades da federação, como modelo de enfrentamento articulado, comprometido com a defesa dos direitos das mulheres^(25,26).

Ainda, como desdobramento das ações do Comitê, a Defensoria Pública do Estado do Amazonas lançou, em 2024, o projeto “Vigilância da Violência Obstétrica – Vivo+”⁽²⁷⁾, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e a Fundação de Vigilância em Saúde. A iniciativa tem como objetivo produzir dados sobre a assistência obstétrica, com vistas a subsidiar melhorias nos serviços prestados e implementação de políticas públicas. Após o parto e ainda durante a internação, as mulheres são convidadas a preencher um formulário com perguntas sobre o atendimento recebido. O projeto foi desenvolvido em resposta à subnotificação de denúncias, identificada por meio do trabalho do Comitê.

Essa experiência evidencia como a atuação institucional pode ser impulsionada pela pressão e articulação do movimento de mulheres, que tem desempenhado um papel central na visibilização da violência obstétrica em diferentes contextos. No Brasil, assim como em diversos outros países, as denúncias à má assistência prestada durante a gravidez, o parto e o pós-parto vêm sendo estimuladas, há décadas, por um movimento social ativo, que inclui coletivos feministas, profissionais de saúde, usuárias e suas famílias, representantes das Defensorias e dos Ministérios Públicos estadual e federal, movimentos populares de saúde, gestoras(es) públicos e pesquisadores. Para além da mobilização social, organizações como a ReHuNa e a Rede Parto do Princípio têm exercido um papel relevante na formulação teórica e na assessoria de políticas públicas voltadas aos direitos das mulheres no parto. Trata-se de um esforço coletivo pautado na inovação, na criatividade e na incidência política qualificada⁽²⁸⁾.

Canais de denúncia

Este estudo também evidenciou a ausência de canais oficiais específicos para denúncias de violência obstétrica. Em um contexto de crescente digitalização dos serviços públicos, tais canais são importantes instrumentos para a geração de dados institucionais, permitindo identificar a quantidade de casos que chegam às Defensorias e as medidas adotadas em cada situação (como abertura de processos, orientações, acolhimento, entre outras). Embora não tenha sido possível apurar se os canais identificados por essa pesquisa têm garantido a quantificação total dos casos recebidos, sua implementação representa uma estratégia institucional relevante para a produção de dados

quantitativos e qualitativos. Isso pode contribuir tanto para a transparência quanto para a efetivação das políticas de promoção dos direitos das mulheres e o aprimoramento das práticas administrativas.

A oferta de canais genéricos para denúncia de violência obstétrica, como o Disque Saúde e a Central de Atendimento à Mulher, em um cenário marcado pela invisibilização dessa forma de violência, pode comprometer a qualidade do atendimento — especialmente quando realizado por profissionais não especializados ou sem capacitação adequada sobre o tema. Isso pode levar à não identificação das situações como violações ocorridas durante a atenção obstétrica, dificultando tanto o acolhimento quanto uma resposta eficaz às necessidades das mulheres.

Atualmente, apenas duas Defensorias Públicas — a do Paraná e a do Rio de Janeiro — disponibilizam formulários específicos para esse tipo de violência. No caso do Rio de Janeiro, a criação da ferramenta só se concretizou por meio da articulação com a sociedade civil, em especial com a Associação de Doulas do Rio de Janeiro (AdoulasRJ).

Essa carência de mecanismos digitais efetivos configura um processo de silenciamento que também se manifesta no ambiente virtual. Como consequência, não se produz informações sobre as denúncias e enfraquece-se a responsabilização dos serviços e do Estado diante das violações cometidas.

Esse cenário aprofunda os entraves da chamada rota crítica⁽²⁹⁾, conceito que descreve o percurso fragmentado e repleto de barreiras enfrentado por mulheres que buscam romper o ciclo da violência. No caso da violência obstétrica, o desconhecimento institucionalizado — expresso pela ausência de informações claras nos sites de diversas Defensorias sobre o que caracteriza essa forma de violência, como denunciá-la ou a que redes recorrer — compromete diretamente os direitos à informação, à proteção e ao acesso à justiça, funcionando como potencial inibidor para a busca de ajuda em relação a violência sofrida⁽³⁰⁾. A opacidade digital, portanto, não é apenas um obstáculo técnico, mas uma barreira estrutural que contribui para a manutenção da impunidade e da invisibilidade dessas violações.

Cartilhas sobre Violência Obstétrica

O Quadro 3 apresenta os principais temas encontrados nas cartilhas institucionais com conteúdos relacionados à violência obstétrica.

Quadro 3. Temas abordados nas cartilhas institucionais de violência obstétrica disponibilizadas pelas Defensorias Públicas

	Definição e exemplos	Plano de Parto	Cesáreas desnecessárias	Doula	Abortamento	Racismo
Bahia	sim	não	sim	não	sim	não
Rondônia	sim	sim	sim	sim	não	não
Mato Grosso	sim	não	não	não	não	não
Mato grosso do	sim	sim	sim	sim	não	não

Sul						
Distrito Federal	sim	não	não	não	não	não
São Paulo	sim	sim	sim	não	sim	não
Rio de Janeiro	sim	sim	sim	sim	não	sim
Espírito Santo	sim	não	não	sim	não	não
Paraná	sim	sim	sim	sim	sim	sim
Santa Catarina	sim	sim	sim	sim	sim	não
Rio Grande do Sul	sim	não	não	não	não	não

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Uma análise temática realizada nas onze cartilhas sobre violência obstétrica identificadas nos sites das Defensorias Públicas Estaduais identificou como tópicos mais recorrentes: definição e exemplificação de violência obstétrica; abordagens sobre abortamento; plano de parto; racismo; presença e papel da doula; e a crítica às cesáreas desnecessárias.

Todas as cartilhas analisadas apresentam uma definição de violência obstétrica, geralmente acompanhada de exemplos vinculados a práticas e situações observadas na assistência obstétrica. O tema do abortamento aparece em quatro delas — Bahia, São Paulo, Paraná e Santa Catarina —, sendo mencionado como um contexto possível para a ocorrência desse tipo de violência.

O plano de parto, enquanto instrumento de autonomia da gestante, foi abordado em seis cartilhas: Rondônia, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Santa Catarina. A temática do racismo obstétrico, por sua vez, foi discutida apenas nas cartilhas do Rio de Janeiro e do Paraná.

No que se refere à presença da doula durante o parto — figura cuja atuação se distingue da do acompanhante previsto em lei —, sete cartilhas (Rondônia, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Paraná e Santa Catarina) reconhecem sua importância e destacam esse direito. Já em relação às cesáreas desnecessárias, observou-se que cinco cartilhas (Mato Grosso, Distrito Federal, Espírito Santo e Rio Grande do Sul) não abordam criticamente o excesso de intervenções cirúrgicas. Nesse aspecto, chama a atenção a cartilha do Espírito Santo que reconhece tanto a imposição da cesárea quanto a do parto normal como formas de violência obstétrica.

As cartilhas dos estados do Mato Grosso, Distrito Federal e Rio Grande do Sul se limitam à apresentação de definições e exemplos de violência obstétrica, sem aprofundar os demais temas. A cartilha do Paraná, por sua vez, abrange todos os tópicos analisados, enquanto a do Rio de Janeiro se omite quanto à temática do abortamento, e a de Santa Catarina quanto ao racismo. As cartilhas dos

estados do Mato Grosso, Distrito Federal e Rio Grande do Sul se restringem à apresentação de definições e exemplos de violência obstétrica, sem aprofundamento nos demais temas. Embora a cartilha de São Paulo não aborde diretamente os temas relacionados ao racismo obstétrico e à atuação das doulas, o estado conta com materiais específicos sobre o direito à saúde de mulheres negras, bem como sobre o Plano de Parto e o acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Diversos estudos evidenciam que a assistência prestada a mulheres em situação de abortamento tem sido frequentemente marcada por violações de direitos, revelando a naturalização de práticas discriminatórias e condutas profissionais orientadas por valores religiosos e morais, em desacordo com os princípios do cuidado em saúde e dos direitos humanos^(31,32).

Nesse contexto, merece atenção crítica a tramitação de projetos de lei que propõem a obrigatoriedade de afixação de cartazes ou placas informativas sobre o aborto em unidades de saúde, como no município do Rio de Janeiro, onde o PL nº 2486/2023 (posteriormente sancionado como Lei nº 8.936/2025)⁽³³⁾ chegou a exigir cartazes com mensagens antiaborto, como: “Você sabia que o nascituro é descartado como lixo hospitalar?” e “Aborto pode acarretar consequências como infertilidade, problemas psicológicos, infecções e até óbito”.

As mensagens previstas nesses materiais evidenciam um viés ideológico e moralizante, incompatível com o dever do Estado, previsto nos princípios do Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma abordagem que reforça o estigma, ignora os fundamentos legais e sanitários da atenção ao abortamento e compromete o acesso a direitos reprodutivos.

O cenário atual tem sido marcado pelo progressivo cerceamento do acesso ao aborto legal no Brasil, evidenciado pelo fechamento de serviços especializados, como o Hospital Municipal de Vila Nova Cachoeirinha em São Paulo, em 2023⁽³⁴⁾, e pela recente tentativa de proibição do procedimento de assistolia fetal — recomendado pela OMS para interrupções após a 22ª semana⁽³⁵⁾. Paralelamente, tramita na Câmara o Projeto de Lei nº 1904/2024, que equipara o aborto realizado após essa etapa gestacional ao crime de homicídio, prevendo pena de até 20 anos e impondo punição mais severa à gestante do que ao autor da violência sexual nos casos de estupro⁽³⁶⁾.

Defende-se também a necessidade de que os materiais informativos produzidos pelas Defensorias Públicas tenham conteúdos informativos relacionadas ao racismo obstétrico, compreendido enquanto atuação combinada de racismo estrutural e violência de gênero no campo reprodutivo, refletido em práticas de assistência que, de forma implícita ou explícita, define quem merece ser cuidada e quem é negligenciada⁽¹⁸⁾.

Na atenção obstétrica, o racismo carrega um legado histórico de violências, torturas e experimentos nos corpos das mulheres negras, consideradas mais resistentes na leitura colonizada de nossa sociedade, que hierarquiza a humanidade definindo humanos (brancas/os) e subumanos (negras/os e indígenas)⁽³⁷⁾.

Leal *et al.*⁽³⁸⁾ identificaram que mulheres pretas apresentam piores indicadores de atenção no pré-natal e no parto, incluindo menor número de consultas e exames, menor vinculação prévia às maternidades, menos orientações recebidas e acesso mais restrito à analgesia durante o trabalho de parto. Dados preliminares da pesquisa Nascer no Brasil 2⁽³⁹⁾ reforçam esse cenário, ao apontarem pior qualidade da assistência e desfechos obstétricos mais desfavoráveis para as mulheres negras. De modo semelhante, D’Orsi *et al.*⁽⁴⁰⁾ demonstraram que a violência obstétrica incide de forma desproporcional sobre mulheres negras da região Nordeste com menor escolaridade, submetidas a parto vaginal —

evidenciando o impacto estrutural do racismo nos serviços de saúde. Há, portanto, um gradiente racial no cuidado obstétrico no Brasil, marcado por desigualdades significativas entre mulheres negras e brancas^(38,39,40).

Assim, a violência obstétrica não pode ser dissociada de suas dimensões institucional, de gênero e racial. A medicalização excessiva, a desumanização do cuidado e as assimetrias de poder entre profissionais e usuárias configuram um padrão estrutural de violações⁽⁴¹⁾.

Iniciativas institucionais: o exemplo do Paraná

Outro achado relevante deste estudo refere-se ao Protocolo de Atuação em Casos de Violência Obstétrica, elaborado pela Defensoria Pública do Paraná, com o objetivo de oferecer subsídios técnicos e jurídicos para defensoras(es) públicas(os) e servidoras(es) no atendimento a situações relacionadas a esse tipo específico de violência. Considerando o contexto de invisibilização e naturalização da violência obstétrica, o protocolo constitui uma ferramenta fundamental para qualificar o acolhimento e a atuação institucional⁽⁴²⁾.

O documento contempla orientações jurídicas essenciais, incluindo noções introdutórias sobre o marco legal aplicável, diretrizes para a escuta qualificada das mulheres, orientações sobre a documentação necessária para a instrução de ações de indenização por danos morais e materiais, além de exemplos de situações recorrentes enfrentadas pelas usuárias e defensoras/es durante o processo jurídico⁽⁴²⁾.

Trata-se de uma iniciativa de grande relevância, especialmente diante do cenário de difícil reconhecimento jurídico da violência obstétrica e da persistente legitimação de práticas institucionais que frequentemente perpetuam a vulnerabilidade das mulheres. Muitas vezes, essas mulheres enfrentam obstáculos para que suas denúncias sejam acolhidas e reconhecidas nos processos judiciais. Assim, o protocolo representa um avanço na institucionalização da resposta à violência obstétrica, podendo ser utilizado por outras Defensorias e profissionais do direito, contribuindo para a difusão de boas práticas e o fortalecimento da atuação na defesa dos direitos reprodutivos⁽⁴²⁾.

Considerações Finais

A violência obstétrica permanece como uma grave violação de direitos, marcada pela invisibilidade institucional e pela dificuldade de responsabilização do Estado brasileiro. A ausência de legislação específica que a reconheça como violência de gênero, somada à escassez de canais próprios de denúncia que produzam dados institucionais, impõe obstáculos concretos ao acesso à justiça e reflete a negação sistemática dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

As Defensorias Públicas têm desempenhado papel relevante na promoção e defesa desses direitos, especialmente por meio dos Núcleos de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEMs) e estruturas afins, presentes na maioria dos estados e no Distrito Federal. No entanto, o fato de apenas onze unidades federativas disponibilizarem cartilhas específicas sobre violência obstétrica revela um processo institucional ainda em consolidação.

A baixa incidência de conteúdos sobre racismo obstétrico e sobre a violência obstétrica em situações de abortamento dificulta o acesso à reparação, sobretudo para mulheres negras e em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica, que seguem sendo as mais impactadas tanto pelas práticas violentas quanto pela negligência institucional que as silencia.

Apesar dessas importantes lacunas, as experiências inovadoras mapeadas apontam caminhos promissores para o fortalecimento institucional. A criação do Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica no Amazonas e a disponibilização de canais específicos de denúncia pelas Defensorias do Rio de Janeiro e do Paraná revelam o potencial de práticas que vão em direção a uma escuta qualificada, possibilitando maior acesso à justiça, articulação interinstitucional e produção de dados a partir das denúncias recebidas. Muitas dessas iniciativas são impulsionadas pela mobilização dos movimentos de mulheres, cuja atuação tem sido fundamental na denúncia das violências, na formulação de propostas e na exigência de compromisso institucional com os direitos reprodutivos no país.

Diante desse cenário, mostra-se oportuno fomentar a articulação entre as Defensorias Públicas Estaduais em torno do tema, com vistas ao compartilhamento de iniciativas inovadoras, à construção de orientações comuns e ao fortalecimento das ações já existentes. Essa interlocução pode representar uma via estratégica para impulsionar diretrizes coletivas e políticas institucionais que assegurem maior visibilidade, coerência e efetividade das ações.

Aprimorar as páginas eletrônicas das Defensorias, tornando visíveis e acessíveis as iniciativas, materiais e contribuições já existentes — incluindo informações sobre redes de atendimento e orientações preventivas — constitui uma medida fundamental para assegurar o direito à informação e ampliar o acesso à justiça.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Os critérios estabelecidos para a coleta de dados podem ter limitado a abrangência dos achados, pois não consideraram outras possíveis fontes ou formas de atuação. Investigações futuras que envolvam uma análise mais ampla e diversificada poderão contribuir para uma maior compreensão da atuação das defensorias no enfrentamento da violência obstétrica no Brasil.

Agradecimentos

Agradeço à equipe do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM) da Defensoria Pública do Estado de São Paulo pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições oferecidas durante as reuniões realizadas no decorrer da pesquisa.

Referências

1. Quattrocchi P, Magnone N, editores. Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús; 2020.
2. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: a Mixed-Methods Systematic Review. PLoS Med [Internet]. 2015 [citado em 22 jul. 2026];12(6):e1001847. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
3. Pantoja JC, Batisti MB, Pereira MCAR. Repensando o nascimento como um direito integral na luta contra a violência obstétrica no Brasil. Cad Ibero-Am Direito Sanit [internet]. 2024 [citado em 22 jul. 2025];13(2):41-61. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v13i2.1233>
4. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2015 [citado em 15 jul. 2025];10(35):1-12. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
5. Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Fundação Perseu Abramo: São Paulo; 2010. 301p. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa.org.br/sites/default_files_pesquisaintegra.pdf
6. Leite TH, Marques ES, Leal MC, Domingues RMSM, Nakamura-Pereira M, Theme-Filha MM, Baldisserotto ML, et al. Violência obstétrica no estado do Rio de Janeiro: Pesquisa Nascer no Brasil II. Rev Saúde Pública [Internet]. 2025 [citado em 26 jan. 2026];59(S1):e6s. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025059006536>
7. Tempesta GA, França RL. Nomeando o inominável: a problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-

hegemônica. Horizontes Antropológicos [Internet]. 2021 [citado em 26 jan. 2026];27(61):257-290. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000300009>

8. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme-Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado em 29 jul. 2025];30(Suppl 1):S17-S32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>

9. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum [Internet]. 2009 [citado em 20 jul. 2025];19(2):313-326. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012

10. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Painel de monitoramento de nascidos vivos segundo classificação de risco epidemiológico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014-2024 [citado em 15 jul. 2025]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/>

11. Martins AL, Coelho CC, Soares VMN. Mortalidade materna no Brasil: comove, mas não mobiliza. In: Senapechi E, Peres L, editores. Dossiê de 30 anos da Rede Feminista de Saúde: democracia, saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos [Internet]. Curitiba: CRV; 2021 [citado em 22 jul. 2025]. p. 51-72. Disponível em: <https://www.redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Dossie%CC%82-de-30-anos-da-Rede-Feminista-de-Sau%CC%81de-Livro-Digital.pdf>

12. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. NUDEM – Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres: página institucional [Internet]. São Paulo: Defensoria Pública do Estado de São Paulo [citado em 9 mar. 2026]. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/nucleos-especializados/pagina-inicial-nucleos-especializados/promocao-e-defesa-dos-direitos-das-mulheres>

13. Cavalcante PR. Contribuições da psicologia no acesso à justiça: reflexões sobre a atuação de psicólogas/os na Defensoria Pública do Estado de São Paulo [Dissertação na internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015 [citado em 13 jul. 2025]. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-07082015-112201/publico/cavalcante_me.pdf

14. Lewin APOCM, Prata ARS. Da atuação da Defensoria Pública para promoção e defesa dos direitos da mulher. Rev Dig Dir Adm [Internet]. 2016 [citado

em 30 jul. 2025];3(3):525-541. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2319-0558.v3i3p525-541>

15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

16. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado em 23 set. 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

17. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

18. Davis DA. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. Med Anthropol [Internet]. 2018 [citado em 8 jul. 2025];38(7):560-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>

19. Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre a violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. Interface [internet]. 2016 [citado em 20 set. 2025];20(56):253-259. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>

20. Barroso ABM, Andrade MD. Violência obstétrica: há responsabilização judicial pela “dor necessária” do parto? RDFD [Internet]. 2024 [citado em 30 jul. 2025];29(1):115-150. Disponível em: <https://doi.org/10.25192/ISSN.1982-0496.RDFD.V.29.N.1.2292>

21. Oliveira JS, Novais TG. A tipificação penal da violência obstétrica: limites e possibilidades para a proteção jurídica da mulher no Brasil. REASE [Internet]. 2024 [citado em 30 jul. 2025];10(11):5280-5296. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.16953>

22. Brito CMC, Oliveira ACGA, Costa APCA. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. Cad Ibero-Am Direito Sanit [Internet]. 2020 [citado em 30 jul. 2025]; 9(1):120-140. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.604>

23. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Alyne da Silva Pimentel Teixeira (deceased) v. Brazil, Communication nº. 17/2008, UN Doc. CEDAW/C/49/D/17/2008. 2011. Disponível em: <https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/08/Pimentel-Brazil-2011.pdf>

24. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Rede Alyne: novo programa busca reduzir mortalidade materna no Brasil [Internet]. Brasília: CNS; 2024 [citado em 29 out. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/rede-alyne->

[novo-programa-busca-reduzir-mortalidade-materna-no-brasil](#)

25. Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica no Amazonas. Violência obstétrica no Amazonas: histórico e audiência pública [Internet]. 2025 [citado em 30 jul. 2025]. Disponível em:

<https://express.adobe.com/page/3Eee8ziTAzn59/>

26. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Comitê de enfrentamento à violência obstétrica no Amazonas [Internet]. 2016 [citado em 30 jul. 2025]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/iniciativas/comite-de-enfrentamento-a-violencia-obstetrica-no-amazonas/>

27. Defensoria Pública do Estado do Amazonas. Defensoria, SES-AM e FVS lançam projeto pioneiro para monitorar casos de violência obstétrica [Internet]. Manaus: Defensoria Pública do Estado do Amazonas; 2024 [citado em 30 jul. 2025]. Disponível em: <https://defensoria.am.def.br/2024/08/22/defensoria-ses-am-e-fvs-lancam-projeto-pioneiro-para-monitorar-casos-de-violencia-obstetrica/>

28. Diniz M. Prefácio. In: Lucena FS, Amanda A, organizadoras. Concepção, gravidez, parto e pós-parto: perspectivas feministas e interseccionais [Internet]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2024 [citado em 30 jul. 2025]. p. 9-21. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/temas35-concepcao-gravidez-parto-e-pos-parto_digital.pdf

29. Heise LL. Violence against women: the hidden health burden. Washington: World Bank; 1993. World Bank Discussion Paper 255.

30. Faria CP, Vergara S. Justiça reprodutiva e institucionalização do cuidado: notas sobre as práticas das Defensorias Públicas. In: Diniz D, Rondon G, organizadoras. Direitos reprodutivos em disputa: políticas, conflitos e práticas. Brasília: ANIS/UnB; 2021. p. 121-138.

31. Moreira MA, Souza AS, Oliveira PM, Souza MX, Araújo Junior JC, Ribeiro PS. Violencia obstétrica en el proceso del aborto. Enfermería (Montev) [Internet]. 2023 [citado em 30 jul. 2025];12(2):e3166. Disponível em: <https://doi.org/10.22235/ech.v12i2.3166>

32. Coutinho RZ, Guimarães FF, Ferreira MES, Mateus VFD, Souza FG. Violência obstétrica no abortamento: tipificação de relatos de mulheres que tiveram perdas gestacionais em Belo Horizonte - MG entre 2018 e 2021. Rev Latinoam Población. 2025 [citado em 15 jul. 2025];19:e202428. Disponível em: <https://doi.org/10.31406/relap2025.v19.e202428>

33. Rio de Janeiro (Município). Lei nº 8936, de 12 de junho de 2025. Dispõe sobre a obrigatoriedade de afixação de cartazes ou placas informativas acerca do aborto nos locais que menciona no âmbito municipal. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 12 jun. 2025.

34. Audi A. Prefeitura de São Paulo suspendeu serviço de aborto legal sem denúncias de irregularidades. Agência Pública [Internet]. 1 maio 2024 [citado em 30 jul. 2025]. Disponível em:

<https://apublica.org/2024/05/prefeitura-de-sp-suspendeu-servico-de-aboro-legal-sem-denuncias-de-irregularidades/>

35. Schreiber M. Como Conselho Federal de Medicina se tornou pivô dos embates sobre aborto legal no Brasil. BBC News Brasil [Internet]. 21 jun. 2024. Disponível em:

<https://www.bbc.com/portuguese/articles/crgg3lp5pddo>

36. Brasil. Projeto de Lei nº 1904/2024. Altera o decreto-lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Brasília: Câmara dos Deputados; 2024.

37. Góes EF, Ferreira AJF, Ramos D. Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia? Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2023 [citado em 30 jul. 2025];28(9):2501-2510. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.08412022>

38. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado em 30 jul. 2025];33(Supl 1):e00078816. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>

39. Leal MC, Granado S, Bittencourt S, Esteves AP, Caetano K. Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023: dados preliminares da pesquisa para oficina: morte materna e mulheres negras no contexto do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2023 [citado em 01 ago. 2025]. 33 p. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>

40. D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado em 5 jul. 2025];30(Supl 1):S154-S168. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>

41. Diniz CSG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy DY. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção. J Hum Growth Dev [Internet]. 2015 [citado em 10 jul. 2025];25(3):377-384. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>

42. Defensoria Pública do Estado do Paraná. Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM). Protocolo de atuação em casos de violência obstétrica – Alyne Pimentel [Internet]. Curitiba:

Defensoria Pública do Estado do Paraná; 2022 [citado em 30 jul. 2025]. Disponível em: https://www.defensoriapublica.pr.def.br/sites/default/quivos_restritos/files/documento/2022-

[05/copia_de_protocolo_nudem_sobre_vo_-_alyne_pimentel.pdf](#)

Informações editoriais

Histórico

Recebido: 07/08/2025
Revisado: 05/11/2025
Aprovado: 19/12/2025

Processo de Avaliação

Avaliação por pares duplo-cego.

Avaliação por pares aberta

As opções de abertura do processo de avaliação por pares, incluindo a publicação dos pareceres, a divulgação de identidade e a interação entre autores e pareceristas, não foram disponibilizadas para este artigo.

Preprint

O manuscrito não é um *preprint*.

Verificação de similaridade

Este artigo foi submetido à verificação de similaridade textual com o software *CopySpider*.

Contribuição dos autores

M.A.B. Fondello: concepção/desenho do artigo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final.

F.S. Lucena: concepção/desenho do artigo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final.

R.K.D. Queiroz: análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final.

A.C.L.S. Cabral: concepção/desenho inicial do artigo, análise e interpretação parcial dos dados, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final.

Conflito de interesses

Os autores declararam não haver nenhum conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmica, política e financeira referente a este artigo.

Financiamento

Não se aplica.

Aprovação ética da pesquisa

Não se aplica.

Disponibilidade dos dados de pesquisa

Não se aplica.

Declaração de uso de ferramentas de Inteligência Artificial (IA)

Não se aplica.

Equipe editorial

Editora-chefe: Sandra Mara Campos Alves

Editor convidado (dossiê): Edson Rodrigues Marques

Editora assistente: Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos

Assistentes editoriais: Danilo Silva Santos Rocha, Daphne Sarah Gomes Jacob Mendes, Maria Ester Simões Nogueira

Revisora de texto: Júlia Ribeiro Vitoriano

Publisher

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Programa de Direito Sanitário, Brasília, DF, Brasil

Direitos Autorais

Os autores mantêm os direitos autorais sobre suas obras e concedem aos Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário (CIADS) o direito de primeira publicação.

Open Access

Este artigo é publicado em Acesso Aberto (*Open Access*), com acesso imediato, gratuito e permanente ao seu conteúdo, sem cobrança de taxas para leitura, download ou compartilhamento.

Licença de Uso

Copyright © 2026 Milena de Almeida Bittencourt Fondello, Fabiana Santos Lucena, Rita Kawana Duarte Queiroz, Anna Carolina Lanas Soares Cabral. Este artigo é licenciado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a autoria original e a fonte de publicação sejam devidamente citadas.



Como citar (Vancouver)

Fondello MAB, Lucena FS, Queiroz RKD, Cabral ACLS. Entre cartilhas e canais de denúncia: a atuação das Defensorias Públicas Estaduais brasileiras frente à violência obstétrica. *Cad. Ibero-Am. Direito Sanit.* 2026;15:e2026006. doi: [10.17566/ciads.e2026006](https://doi.org/10.17566/ciads.e2026006)