

Protocolo Alyne Pimentel

de atuação em casos de

violência

obstétrica





Sumário

<i>Apresentação</i>	5
O caso alyne pimentel e a responsabilização do estado	7
Violência obstétrica	11
Conceito	13
Tipologia e exemplos	15
Ocorrência e subnotificação	17
Por que a violência obstétrica expressa uma questão de gênero?	18
A violência obstétrica e os seus efeitos sobre diferentes perfis de mulheres	20
Normativas sobre violência obstétrica	23
Proposta de normatização em âmbito nacional	27
O enfrentamento à violência obstétrica pela defensoria pública	29
Prevenção e educação em direitos	31
Reparação integral, garantias de não repetição e responsabilização	34
Observatório de Violência Obstétrica do Paraná: modelo para replicação nas Defensorias	36

Atendimento e escuta qualificada às vítimas de violência obstétrica	39
Produção probatória	46
Enquadramento jurídico	51
Pedido de sigilo	53
Prevenção à vitimização secundária	53
Dano moral presumido (in re ipsa) nos casos de Violência Obstétrica	56
Atuação da Psicologia	57
<i>Conclusão</i>	65
<i>Referências</i>	67
<i>Realização</i>	71

Apresentação

O Protocolo de Atuação em Casos de Violência Obstétrica – Alyne Pimentel é um instrumento técnico da Defensoria Pública do Estado do Paraná (DPE-PR), elaborado pelo Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM), destinado às(ao) integrantes da instituição que atuam no atendimento, na orientação e na tutela de direitos de usuárias em todo o território paranaense. Seu objetivo é **organizar diretrizes únicas e operacionais para prevenir, reparar e evitar** a repetição de violações no ciclo gravídico-puerperal.

Fundamentado em perspectiva de gênero e abordagem interseccional, o protocolo considera as desigualdades que atravessam a atenção obstétrica, com ênfase nas violações que atingem de modo desproporcional mulheres negras, indígenas, adolescentes, migrantes, com deficiência, pessoas trans, mulheres em situação de rua e mulheres privadas de liberdade. Alinha-se às diretrizes nacionais e internacionais de direitos humanos, saúde sexual e reprodutiva e incorpora os parâmetros de linguagem respeito-

sa e julgamento com perspectiva de gênero no âmbito do sistema de justiça.

No plano institucional, o Protocolo integra o enfrentamento estruturado da DPE-PR à violência obstétrica, articulado ao Observatório de Violência Obstétrica do Paraná (NUDEM/DPE-PR) como estratégia transversal de acolhimento, sistematização de dados, monitoramento de serviços, incidência administrativa e judicial, educação em direitos e produção de evidências para políticas públicas. Ao combinar respostas individuais e medidas estruturais, dá efetividade à tutela de direitos e ao controle social da assistência.

Embora concebido para uso interno da DPE-PR, o documento é replicável por outras Defensorias Públicas, pois apresenta fluxos, peças e critérios que podem ser adaptados às realidades locais, sem perder o foco na prevenção, reparação e não repetição.

Esta 2ª edição estadual (Paraná) consolida aprendizagens institucionais e atualiza metodologias, servindo de base para a versão nacional do Protocolo de Atuação em Casos de Violência Obstétrica. Assim, o Protocolo nacional deriva desta atualização estadual, preservado o escopo federativo ampliado e as adequações de nomenclatura.

Boa leitura.



**O caso Alyne Pimentel
e a responsabilização
do estado**



Alyne da Silva Pimentel Teixeira, mulher negra, 28 anos, moradora de área empobrecida de Belford Roxo (RJ), grávida de seis meses, buscou atendimento com náuseas e fortes dores abdominais. Recebeu analgésicos, foi tranquilizada e liberada. Com a piora do quadro, retornou ao hospital e teve diagnosticada a morte fetal. Apesar da indicação para esvaziamento uterino, aguardou cerca de 14 horas pelo procedimento. Diante do agravamento do quadro, decidiu-se por sua transferência a um hospital em Nova Iguaçu, realizada com atraso significativo. Na unidade de destino, Alyne permaneceu horas no corredor, sem leito e sem acesso ao seu prontuário – que não havia sido enviado – e sem nenhuma conduta adotada para seu cuidado. Dois dias depois, em 16 de novembro de 2002, ela faleceu em razão de complicações graves decorrentes do óbito fetal.

Sem respostas efetivas no plano interno, o caso foi levado ao Comitê da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), da ONU, que reconheceu as violações e condenou o Brasil a indenizar a família de Alyne e emitiu recomendações para aprimorar o atendimento às gestantes no serviço público de saúde, entre elas as obrigações imediatas de reduzir a mortalidade materna sob a perspectiva de direitos humanos, mediante a implementação do Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e o estabelecimento de Comitês de Mortalidade Materna; promover a maternidade segura e o acesso adequado a serviços obstétricos de emergência; e garantir que todos os serviços de saúde estejam alinhados a padrões nacionais e internacionais no campo da saúde reprodutiva, com a realização de treinamento apropriado aos profissionais. Ainda, o Comitê formulou recomendações específicas ao sistema

de justiça, como a de assegurar o acesso a remédios judiciais efetivos em casos de violação dos direitos reprodutivos das mulheres, oferecendo treinamento adequado aos operadores do direito sobre normas internacionais.

O Caso Alyne Pimentel é emblemático porque foi a primeira condenação internacional por violência obstétrica e teve um papel fundamental no avanço do reconhecimento dos direitos reprodutivos não só no Brasil, mas em todo o mundo.



Violência Obstétrica



A violência obstétrica é um problema de saúde pública reconhecido internacionalmente. Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmou que o desrespeito, os maus-tratos, a negligência e os abusos no parto configuram violações de direitos humanos das mulheres, conclamando Estados e instituições a prevenir e reparar essas práticas. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reforça a necessidade de pesquisas e de políticas baseadas em evidências para enfrentar as diversas formas de violência contra as mulheres, incluindo a violência obstétrica¹.

Conceito

Entende-se por violência obstétrica qualquer ação ou omissão praticada por profissionais, equipes, serviços de saúde ou agentes administrativos no pré-natal, parto, pós-parto e situação de abortamento, que comprometa a integridade física, psicológica ou sexual da usuária; viole sua autonomia por falta de informação adequada ou ausência de consentimento; ou desrespeite sua dignidade por meio de condutas discriminatórias, humilhantes ou abusivas. Também se enquadram práticas incompatíveis com a medicina baseada em evidências e falhas organizacionais que retardem ou obstruam o acesso oportuno a direitos e cuidados.

¹ Violência contra as mulheres - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde - PAHO, acessado em julho 21, 2025, <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>

Importante pontuar que violência obstétrica não se confunde com erro médico. Embora a negligência, imprudência e imperícia na assistência obstétrica também possam configurar violência obstétrica, esta engloba todo o tratamento que a gestante recebe durante seu atendimento, podendo-se configurar no abuso verbal, preconceito e discriminação, ou mesmo no mau relacionamento entre profissionais da saúde e as pacientes, conforme pontuado pela OMS.

A violência obstétrica pode atingir gestantes, parturientes e puérperas, bem como pessoas em situação de abortamento (espontâneo, previsto em lei ou fora das hipóteses legais), e pode produzir danos físicos, psíquicos, sexuais, morais e materiais, inclusive com desfechos graves para mãe e/ou bebê, sendo a violência obstétrica uma das principais causas da morbimortalidade materno-infantil. Além disso, a violência obstétrica pode envolver ações ou negligências que afetem o bebê ou o/a acompanhante, gerando sofrimento ou constrangimento para a gestante, parturiente ou puérpera.

A violência obstétrica **pode ocorrer tanto na rede pública de saúde quanto na rede privada ou filantrópica, afetando mulheres e pessoas que gestam atendidas pelo SUS,** por planos de saúde ou por meio de atendimento particular. Este fenômeno pode manifestar-se em diversos ambientes de saúde, incluindo hospitais, maternidades, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), consultórios privados e outras instituições de saúde. A responsabilização pode alcançar profissionais e estabelecimentos públicos, privados ou filantrópicos e também o Estado.

Tipologia e exemplos

Com base na tipificação do Dossiê Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra as Mulheres (Parto do Princípio, 2012), descrevem-se, a seguir, formas recorrentes de violência obstétrica.

Violência física

Intervenções realizadas no corpo das mulheres sem indicação clínica, sem informação adequada ou sem consentimento, bem como privação de algumas de suas necessidades durante o trabalho de parto e o parto. Exemplos:

- Corte **perineal** de rotina (episiotomia); ruptura artificial da bolsa amniótica (amniotomia); uso inadequado de ocitocina; pressão manual no fundo uterino (manobra de Kristeller); lavagem intestinal (enema), retirada de pelos (tricotomia);
- Toques vaginais desnecessários, sem o consentimento e/ou repetidos por diferentes profissionais;
- Restrição injustificada de alimentação e hidratação;
- Limitação ou imposição de movimentação (deambulação); imposição da posição horizontalizada para o parto (litotomia);
- Procedimentos dolorosos sem analgesia/anestesia adequada;
- Cesáreas sem indicação clínica;
- Não oferecimento de métodos farmacológicos ou não farmacológicos de alívio de dor quando solicitado;
- Impedimento do contato pele-a-pele com o/a recém-nascido/a; do início do aleitamento materno na primeira hora de vida; e do clampeamento precoce do cordão sem justificativa.

Violência psicológica

Práticas que ferem a dignidade e a integridade psíquica das mulheres, provocando humilhação, tristeza, medo e culpa. Exemplos:

- Omissão e/ou distorção de informações (induzindo, p.ex., a cesárea desnecessária);
- Comentários desrespeitosos e/ou jocosos, ameaças, chantagens e ofensas;
- Exposição indevida do corpo; tratamento desrespeitoso ou discriminatório.

Violência sexual

Invasões corporais não autorizadas e violação de direitos sexuais. Exemplos:

- Toques vaginais desnecessários, sem o consentimento e/ou repetidos por diferentes profissionais;
- Episiotomia e amniotomia sem consentimento;
- Manipulação de partes íntimas (p. ex. vagina, ânus e seios) sem consentimento da paciente e sem fundamento clínico.

Violência institucional

Barreiras e rotinas das instituições de saúde que negam o acesso a direitos ou atrasam o cuidado. Exemplos:

- Recusa ou demora injustificada de atendimento;
- Proibição indevida de acompanhante e/ou doula;
- Barreiras para o acesso ao aborto legal.

Violência obstétrica material

Práticas que impõem cobranças indevidas às usuárias e suas famílias. Exemplo: cobranças irregulares por procedimentos/insu-
mos ou indução a gastos desnecessários.

Violência midiática

Uso não autorizado da imagem de gestantes, puérperas e recém-nascidos(as) e divulgação de informações que contrariam evidências, como a promoção de fórmulas lácteas ou a apresentação de cesáreas como “vantagem” generalizada (Cabral; Perez, 2019).

Nota: o rol descrito é meramente exemplificativo e as categorias podem coexistir no mesmo episódio.

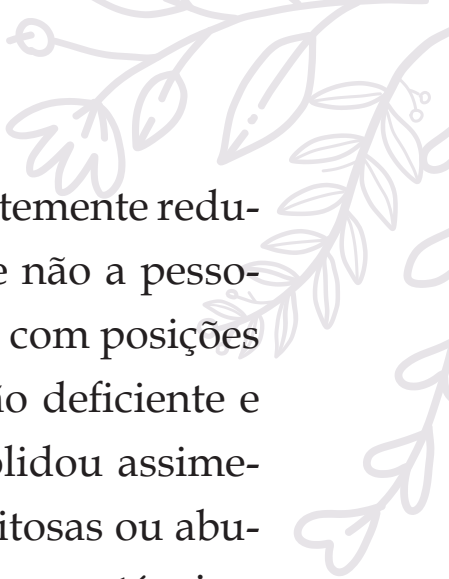
Ocorrência e subnotificação

A violência obstétrica é um fenômeno que atinge um número elevado de mulheres em todo o Brasil: em pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010 estimou-se que uma em cada quatro mulheres sofreu violência obstétrica, sendo a violência psicológica a mais comum. A pesquisa “Nascer no Brasil”, coordenada pela Fiocruz, que ouviu quase 24 mil mulheres entre 2011 e 2012, revelou que 45% das mulheres atendidas pelo SUS

já foram vítimas de algum tipo de violência obstétrica, enquanto 30% foram vítimas em hospitais privados. Apesar da magnitude do fenômeno, a subnotificação é expressiva: poucas vítimas denunciam administrativamente a ocorrência de violência obstétrica perante as ouvidorias (serviços de saúde) ou Secretarias de Saúde. O ajuizamento de ações indenizatórias é ainda mais raro. Contribuem para isso o desconhecimento sobre o que configura violência obstétrica, o medo de reviver o trauma e a naturalização de práticas abusivas, muitas vezes percebidas como “normais” ou “inevitáveis”.

Por que a violência obstétrica expressa uma questão de gênero?

A violência obstétrica está intrinsecamente ligada às relações de gênero. Historicamente, a divisão sexual do trabalho e arranjos sociais, religiosos, filosóficos, jurídicos, culturais, econômicos e políticos negociaram às mulheres o controle sobre seus corpos, limitando sua autonomia sexual e reprodutiva. Esse contexto explica por que práticas que desconsideram mulheres como sujeitas de direitos persistem nos serviços de saúde.



No campo obstétrico, as mulheres foram frequentemente reduzidas a corpos reprodutivos a serem manejados, e não a pessoas capazes de decidir. A medicalização do parto — com posições impostas, intervenções padronizadas, comunicação deficiente e decisões concentradas na equipe médica — consolidou assimetrias de poder que naturalizam condutas desrespeitosas ou abusivas. Violência obstétrica, portanto, não se resume a erro técnico: é violação de direitos sexuais e reprodutivos e expressão de machismo, misoginia e estruturas históricas de dominação de gênero que se entrelaçam a outras formas de opressão.

Essas dinâmicas se agravam, portanto, quando atravessadas por raça, classe, idade, deficiência, território e migração. O racismo obstétrico e outras formas de discriminação impactam o modo como mulheres são ouvidas, acreditadas, tocadas e monitoradas, reproduzindo hierarquias entre equipes e usuárias e preterindo quem se encontra em maior vulnerabilidade durante a gestação, o parto, o pós-parto e o abortamento. Importa registrar, ainda, que pessoas trans que podem gestar também são alvo de violência obstétrica, marcada pela transfobia e por barreiras estruturais (como a ausência de reconhecimento de identidades, recusa de nome social e constrangimentos no atendimento), o que igualmente viola direitos sexuais e reprodutivos.

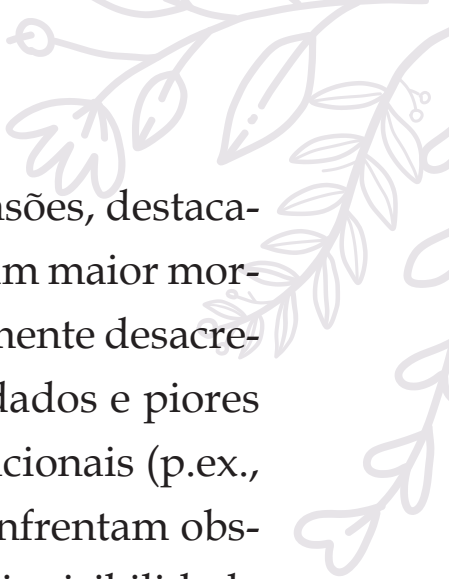
As lutas feministas — com destaque para o feminismo negro no Brasil e o marco da justiça reprodutiva — articularam autonomia com condições materiais e sociais para decidir e exercer direitos, reposicionando a pessoa parturiente como protagonista do cuidado. Nesse horizonte, a equipe de saúde deve atuar de forma colaborativa e horizontal, com comunicação clara, respei-

to às preferências e limites da gestante, e observância do consentimento livre e esclarecido e da recusa informada, sempre dentro dos parâmetros de segurança. O corpo é da pessoa parturiente: decidir se, como e quando intervir lhe pertence; cabe à equipe indicar, explicar, registrar e respeitar.

Tornar a violência obstétrica visível ao sistema de justiça é enfrentar uma das formas mais naturalizadas de violência de gênero. As respostas institucionais devem incorporar perspectiva de gênero e abordagem interseccional, sob pena de não apreender a essência do problema. Nesse sentido, é imperativo que a Defensoria Pública, ao atender demandas judiciais e extrajudiciais, atue com essa perspectiva tanto no enquadramento dos fatos quanto na contenção de estereótipos que limitem os pedidos de reparação integral e não repetição – para todas as mulheres e pessoas que gestam.

A violência obstétrica e os seus efeitos sobre diferentes perfis de mulheres

A violência obstétrica incide de modo desigual. Raça, classe, território, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, migração, situação de rua e privação de liberdade moldam o risco



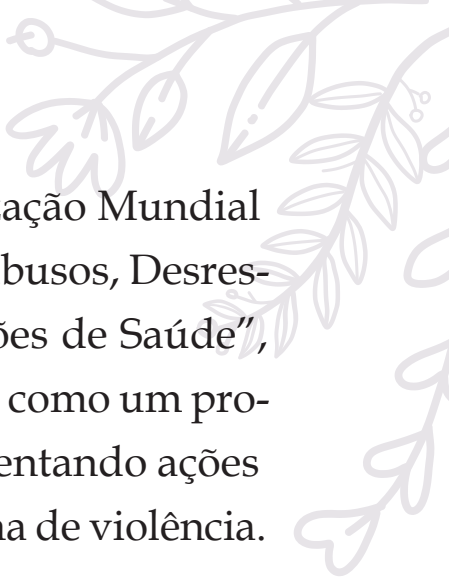
de violação e o acesso a direitos. Entre essas dimensões, destaca-se o racismo obstétrico: mulheres negras apresentam maior mortalidade materna² e têm sua dor sistematicamente desacreditada, o que se traduz em oferta desigual de cuidados e piores desfechos – padrão evidenciado por pesquisas nacionais (p.ex., *A cor da dor*/Fiocruz, 2017); mulheres indígenas enfrentam obstáculos linguísticos e culturais, longas distâncias e invisibilidade de práticas tradicionais; adolescentes lidam com tutela excessiva e comunicação inadequada; mulheres migrantes e refugiadas esbarram no idioma e no medo institucional; mulheres lésbicas, bissexuais e pessoas trans que gestam estão sujeitas à lesbofobia, bifobia e transfobia; pessoas com deficiência encontram serviços pouco acessíveis; mulheres privadas de liberdade convivem com restrições indevidas e atrasos; e quem vive em situação de rua ou em contextos de pobreza e trabalho precário enfrenta estigma e descontinuidade do cuidado.

² De acordo com o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (RASEAM) de 2014, as mulheres negras são as principais vítimas da mortalidade materna, representando 66,2% dos óbitos, em contraste com 32,4% entre as mulheres brancas e de outras raças/cor



Normativas sobre violência obstétrica





No plano internacional, a “Declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) para Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-Tratos Durante o Parto em Instituições de Saúde”, publicada em 2014, reconhece a violência obstétrica como um problema de saúde pública e de direitos humanos, orientando ações de visibilização, prevenção e remediação dessa forma de violência.

Em 2022, a Recomendação Geral nº 39 do Comitê CEDAW qualificou a violência obstétrica como forma de discriminação interseccional, com impacto desproporcional sobre mulheres indígenas, quilombolas, negras, migrantes e em situação de vulnerabilidade. O referencial internacional é reforçado por precedentes do Sistema Interamericano — a exemplo de *Artavia Murillo vs. Costa Rica*, *Brítez Arce vs. Argentina*, *Manuela vs. El Salvador* e *Beatriz vs. El Salvador* — que afirmam a violação de direitos humanos quando há barreiras ao acesso a serviços essenciais de saúde reprodutiva. Soma-se a isso o caso *Alyne Pimentel*, no âmbito da CEDAW, que afirma o dever estatal de organizar o sistema de saúde, reparar danos e adotar medidas estruturais de não repetição.

No ordenamento interno, a Constituição Federal e a Lei nº 8.080/1990 estabelecem a saúde como direito de todos e dever do Estado e organizam o SUS. A Lei nº 9.263/1996, atualizada pela Lei nº 14.443/2022, disciplina o planejamento familiar e amplia o acesso a métodos e à esterilização voluntária, compondo a base da autonomia reprodutiva. A Lei nº 11.108/2005 assegura a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato. O Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016) reforça a atenção humanizada nesse período. A Lei nº 15.139/2025, por sua vez, estabelece direitos e diretrizes de atenção e acolhimento no luto perinatal, como o direito à acomoda-

ção em ala separada das demais parturientes para mulheres que sofreram perda gestacional, óbito fetal ou óbito neonatal e para gestações com diagnóstico fetal possivelmente fatal.

Em âmbito administrativo, o Ministério da Saúde¹ reconhece a violência obstétrica como condutas abusivas, discriminatórias e negligentes no ciclo gravídico-puerperal, por violarem dignidade, integridade e autonomia.

Embora não exista, até o momento, lei federal específica sobre violência obstétrica, o estado do Paraná possui lei própria (Lei Estadual nº 19.701/2018, posteriormente incorporada à Lei nº 21.926/2024 - Código Estadual da Mulher Paranaense).

Por seu turno, a Resolução CNJ nº 492/2023 tornou obrigatória a aplicação do Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero em todo o Poder Judiciário. O documento reconhece a violência obstétrica como modalidade de violência de gênero e registra que, ainda que não haja normativa federal específica, o conjunto de tratados e documentos internacionais, a Constituição Federal, a legislação infraconstitucional e os regulamentos técnicos são suficientes para a devida responsabilização, devendo os fundamentos do caso Alyne (CEDAW, 2011) orientar as decisões judiciais.

Em síntese, a ausência de tipificação ou lei federal voltada ao tema não obsta a atuação judicial e extrajudicial da Defensoria Pública no enfrentamento à violência obstétrica. Para uso prático, essas referências permitem ancorar o enquadramento jurídico em direitos huma-

¹ Ressalta-se que o despacho exarado pelo Ministério da Saúde em 2019 contrário ao uso da expressão “violência obstétrica” contraria o posicionamento do próprio MS adotado há mais de 20 anos, e que vem sendo reafirmado a partir de 2023.

nos, perspectiva de gênero e interseccionalidade (OMS/2014, CEDAW/GR-39/2022 e CNJ 492/2023), nomear discriminações específicas – inclusive o racismo obstétrico – e sustentar pedidos que combinem responsabilização, reparação integral e garantias de não repetição.

Proposta de normatização em âmbito nacional

Tramitam no Congresso Nacional diferentes Projetos de Lei voltados ao enfrentamento da violência obstétrica e à humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal. Entre eles, o PL 7.633/2014, que dispõe sobre a “humanização da assistência à mulher e ao neonato durante todo o ciclo gravídico-puerperal”; o PL 422/2023, que trata especificamente da violência obstétrica e estabelece o dever dos entes federativos de promover políticas públicas integradas para sua prevenção e repressão, com proposta de alteração da Lei nº 11.340/2006; e o PL 5.321/2023, que prevê a criação de comissões de boas práticas e combate à violência obstétrica em hospitais e maternidades. Há, ainda, proposições que tratam da tipificação penal da violência obstétrica, a exemplo do PL 3.346/2024.

Para fins de atuação institucional, recomenda-se o acompanhamento legislativo contínuo dessas iniciativas, de modo a subsidiar manifestações técnicas, articular contribuições de redação e alinhar a incidência da Defensoria Pública às futuras diretrizes nacionais.



**O enfrentamento
à violência
obstétrica pela
defensoria pública**



Prevenção e educação em direitos

A redução da violência obstétrica exige trabalho educativo contínuo junto às usuárias e incidência técnico-institucional junto aos serviços de saúde. As Defensorias Públicas podem estruturar a atuação em dois eixos complementares:

Informação e fortalecimento das usuárias

- Elaborar e disponibilizar cartilhas/cartazes/flyers/trifolders (impressos e digitais) com linguagem acessível que informe sobre os principais direitos no pré-natal, parto e pós-parto, como¹:
 - **Assistência humanizada:** toda parturiente tem direito a um parto que produza uma experiência agradável, confortável, tranquila e segura para ela e para o/a recém nascido/a, sendo realizado o mínimo de intervenções médicas e deixando que a mulher ou pessoa que gesta assuma o seu protagonismo;
 - **Direito à informação:** a parturiente tem direito à informação sobre a evolução do seu parto e o estado de saúde de seu/sua filho/a; aos métodos e procedimentos disponíveis para o aten-

¹ Retirado da cartilha : https://www.defensoriapublica.pr.def.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-10/cartilha_violencia_obstetrica.pdf

dimento durante a gestação, parto e pós-parto, podendo optar livremente quando houver mais de uma alternativa;

- **Direito à escolha:** a gestante e a parturiente podem se negar à realização de exames e procedimentos com propósitos exclusivamente de pesquisa, investigação, treinamento e aprendizagem ou que lhes causem dor e constrangimento;
- **Direito a acompanhante:** a parturiente tem o direito a acompanhante à sua escolha, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei Federal 11.108/2005);
- **Direito ao contato pele a pele com o/a recém-nascido/a (hora de ouro):** é direito da mulher e do/a recém nascido/a o contato pele a pele logo após o parto, o aleitamento materno na primeira hora e o clampeamento (corte) do cordão umbilical após cessadas suas pulsações, quando as condições de saúde do bebê são adequadas (Portaria MS 371/2014);
- **Plano de Parto:** o plano de parto é um documento utilizado para registrar as preferências da gestante no atendimento durante o parto, como por exemplo se deseja não realizar a episiotomia, escolher a posição de parto etc;
- **Acesso ao prontuário:** o acesso ao seu prontuário e ao do seu bebê é um direito da paciente. A equipe médica ou estabelecimento de saúde não pode se negar a fornecer cópia destes documentos. Além disso, o prontuário obrigatoriamente deve conter todos os dados clínicos e procedimentos realizados. Em caso de violência obstétrica, o prontuário pode servir como prova;
- Realizar campanhas educativas sobre a temática nas mídias sociais, rádios comunitárias e outros veículos de comunicação;
- Promover oficinas e rodas de conversa sobre direitos sexuais e reprodutivos, prevenção à violência obstétrica e canais de denúncia e formas de reparação em caso de violação;

- Criar canais facilitados de contato: formulário online, WhatsApp institucional e plantões temáticos para relato dos casos e orientações jurídicas.

Monitoramento dos serviços e incidência técnico-institucional

A Defensoria Pública deve monitorar continuamente os serviços de saúde — com base em dados, relatos e visitas técnicas — e adotar medidas para prevenir a violência obstétrica e consolidar uma cultura de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, por meio de:

- Elaboração de Notas Técnicas e Recomendações às Secretarias de Saúde e às unidades de saúde para atualizar e orientar sobre mudanças legislativas e normativas em direitos sexuais e reprodutivos, bem como sobre a necessidade de observância de diretrizes de assistência humanizada;
- Atuação em casos de descumprimento reiterado de normativas vigentes, não observância de boas práticas ou notícias recorrentes de violações, com a expedição de ofícios requisitando informações e de recomendações com prazos para adequações necessárias aos gestores, solicitando-se planos de adequação e instaurando-se procedimentos de acompanhamento. Não havendo êxito nas tentativas administrativas de adequação, deve-se avaliar a possibilidade de judicialização;
- Fomento à atualização e publicidade de protocolos de atendimento humanizado nas unidades (cartazes visíveis sobre direitos) e divulgação de canais de denúncia;
- Promoção de formações sobre direitos sexuais e reprodutivos às equipe multiprofissionais e suporte jurídico com perspectiva de

gênero aos serviços, sobretudo em relação a temas mais sensíveis, como aborto legal;

- Incidência qualificada em Comitês de Mortalidade Materna, Conselhos de Saúde e de Direitos das Mulheres;
- Articulação com Secretarias de Saúde, Conselhos Profissionais e universidades para construção e consolidação de fluxos humanizados;
- Participação em fóruns intersetoriais e observatórios temáticos para influenciar políticas públicas e protocolos institucionais.

A partir dessa atuação, espera-se que haja alinhamento normativo e operacional dos serviços, prevenção de novas violações, correção célere de rotinas inadequadas e fortalecimento de uma cultura institucional de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

Reparação integral, garantias de não repetição e responsabilização

A resposta à violência obstétrica deve articular três dimensões complementares e igualmente relevantes: reparação integral da vítima, garantias de não repetição e responsabilização dos agentes violadores.



Reparação integral (esfera individual)

- **Indenização por danos materiais, morais, estéticos e ao projeto de vida;**
- **Reabilitação:** custeio de **psicoterapia**, fisioterapia e outros cuidados necessários para a mulher e, quando pertinente, para o/a recém-nascido/a;
- **Satisfação:** retratação formal, retificação de prontuários, entrega integral de documentos e comunicação transparente sobre causas, responsabilidades e medidas adotadas.

Garantias de não repetição (esfera coletiva)

- **Revisão de protocolos e rotinas** com base em evidências e buscando a vedação expressa a práticas abusivas (p.ex., manobra de Kristeller, episiotomia de rotina);
- **Formação contínua** das equipes de saúde;
- **Transparência ao público** (cartazes e materiais sobre direitos; canais de denúncia visíveis);
- **Monitoramento por indicadores** e planos de melhoria.

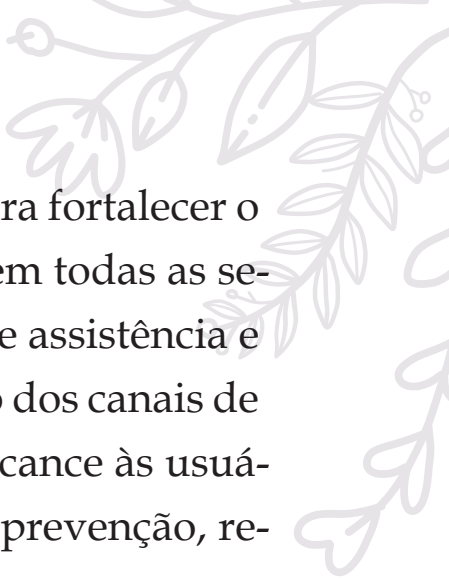
Responsabilização

A responsabilização pela violência obstétrica pode recair sobre os profissionais, as instituições envolvidas e/ou os entes federativos. As vias para responsabilização incluem:

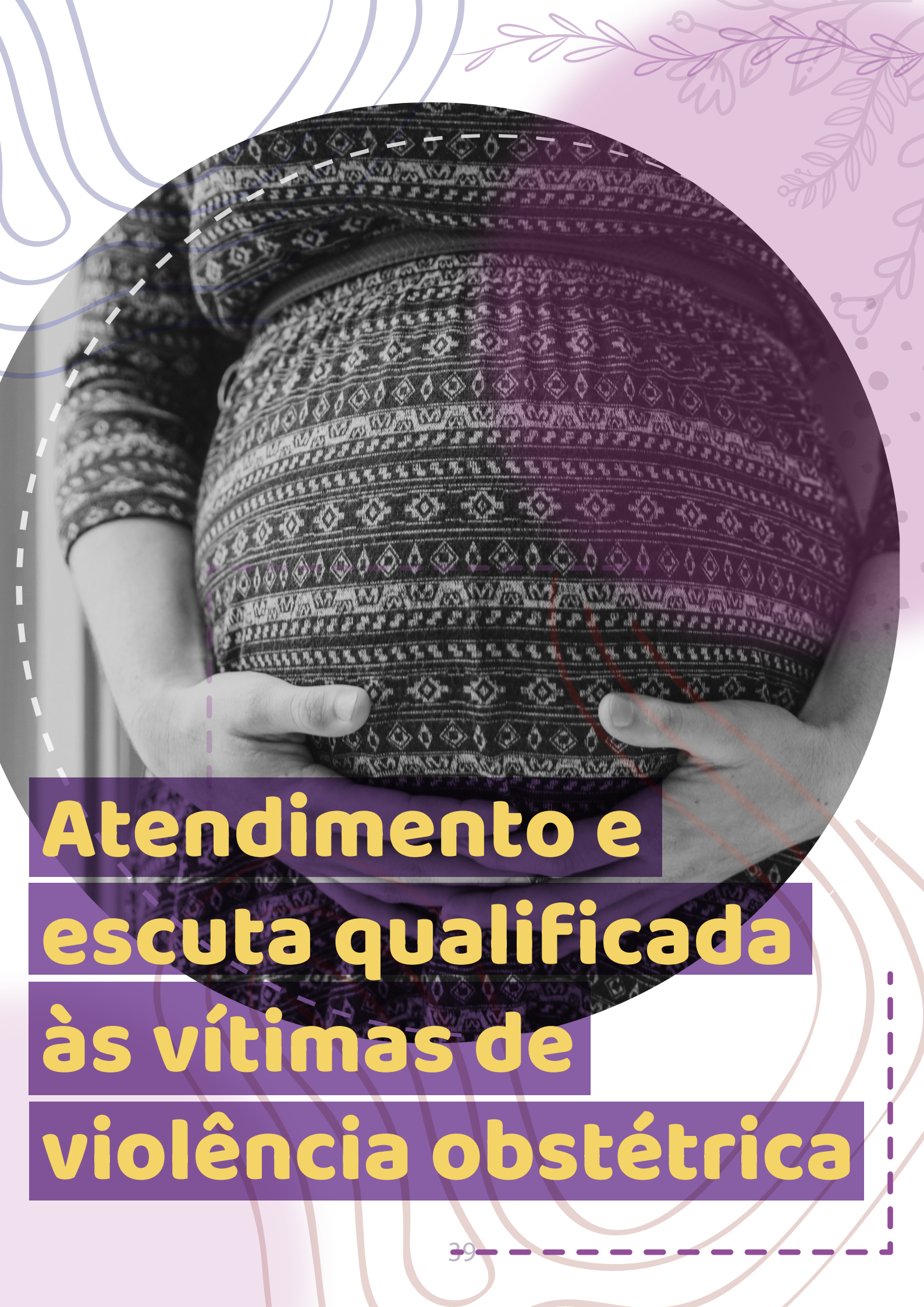
- **Administrativa:** denúncias nas Ouvidorias das Secretarias de Saúde; nas Ouvidorias dos Hospitais; e nos conselhos profissionais (CRM, COREN, etc.);
- **Cível:** ações indenizatórias; ações cominatórias; ações civis públicas;
- **Penal (quando cabível):** apuração de crimes como lesão corporal, constrangimento ilegal, estupro, importunação sexual e correlatos.

Observatório de Violência Obstétrica do Paraná: modelo para replicação nas Defensorias

Instituído pela Defensoria Pública do Estado do Paraná em 2022, o Observatório de Violência Obstétrica reúne, em um arranjo único, canal online permanente e seguro de denúncias, atendimento jurídico e psicológico às usuárias, sistematização de dados e monitoramento de serviços, emissão de recomendações, incidência administrativa e judicial, educação em direitos e publicação de relatórios periódicos com análises quantitativas e qualitativas para orientar prevenção, reparação e não repetição. Desde 2025, o Observatório viabiliza o ajuizamento de ações indenizatórias individuais para mulheres economicamente hipossuficientes que ma-

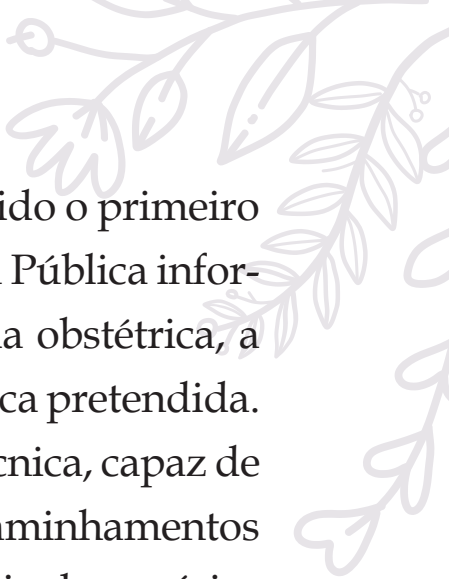


nifestem interesse, ampliando o acesso à justiça. Para fortalecer o Observatório, é essencial ampliar sua divulgação em todas as sedes da DPE-PR, nos serviços municipais de saúde e assistência e em eventos de educação em direitos, com indicação dos canais de contato e do fluxo de acolhimento, ampliando o alcance às usuárias e qualificando a produção de evidências para prevenção, reparação e não repetição.



**Atendimento e
escuta qualificada
às vítimas de
violência obstétrica**





Este capítulo orienta a forma como deve ser conduzido o primeiro atendimento às usuárias que procuram a Defensoria Pública informando terem sofrido ou estarem sofrendo violência obstétrica, a fim de acolher o relato e identificar a demanda jurídica pretendida. Busca-se estruturar uma abordagem acolhedora e técnica, capaz de produzir narrativa consistente, prova robusta e encaminhamentos adequados ao caso concreto e de acordo com o desejo da usuária.

Quanto à entrevista, recomenda-se realizá-la em ambiente reservado, com tempo flexível e linguagem clara. É aconselhável evitar interrupções, registrar expressões literais relevantes e verificar a compreensão mútua do que foi narrado. Havendo sofrimento psíquico e/ou identificadas outras situações de risco que exijam encaminhamentos específicos, convém informar sobre a possibilidade de atendimento pelas equipes técnicas (psicologia/serviço social), esclarecendo finalidades e limites de cada atuação.

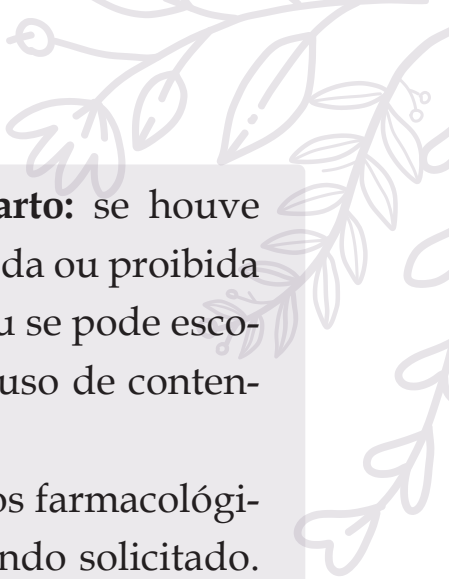
A abordagem deve incorporar a perspectiva de gênero e o olhar interseccional. Para isso, recomenda-se o registro da presença de marcadores sociais, como raça ou cor conforme classificação oficial, etnia e povo, idioma e necessidade de intérprete, idade, deficiência, orientação sexual e identidade de gênero, situação migratória, privação de liberdade, escolaridade e renda. Nomeie discriminações quando presentes, como racismo obstétrico, capacitismo, lesbofobia, bifobia e transfobia, xenofobia e adultocentrismo, pois esse enquadramento orienta a formulação de pedidos, inclusive medidas de não repetição.

Após o relato espontâneo, sugere-se a condução da entrevista com a construção de um linha do tempo, com a organização de uma ordem cronológica e perguntas estruturadas a partir de

um checklist que permita identificar todos os fatos que configurem violência obstétrica ocorridos. Essa entrevista estruturada é importante porque a violência obstétrica normalmente configura um evento complexo, que se estende no tempo e espaço, imbricando atos e omissões, diferentes profissionais, em um momento de particular sensibilidade, o que faz com que fatos juridicamente relevantes possam ser omitidos do relato espontâneo.

O roteiro orientador, adaptável ao caso e ao momento do ciclo gravídico-puerperal, deve conter perguntas tais como:

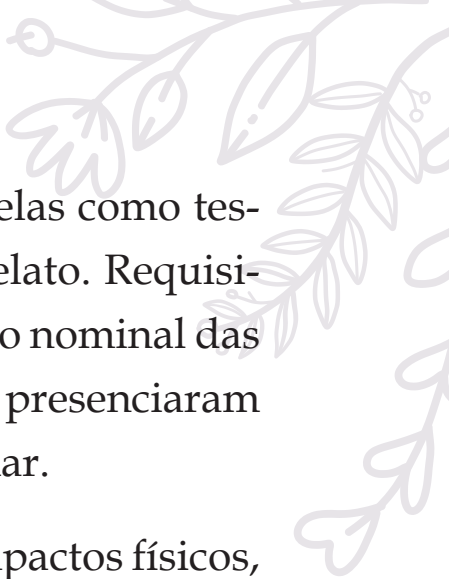
- **Pré-natal:** se houve acesso tardio ou negado a consultas e exames; desinformação ou informação distorcida que levou a escolhas indesejadas; comentários discriminatórios (inclusive sobre raça, corpo, idade, deficiência, sexualidade ou condição social); pressões por procedimentos sem indicação. Oferta de acompanhamento adequado com a avaliação de risco gestacional; respeito às preferências e à autonomia reprodutiva;
- **Plano de parto:** se foi elaborado e registrado; se foi respeitado integralmente; em caso negativo, pontos descumpridos e justificativas apresentadas;
- **Acompanhante/doula:** se foi garantido o direito à presença de acompanhante e/ou doula durante todo o pré-parto, parto e pós-parto imediato. Em caso de negativa, se foi dada alguma justificativa para a restrição;
- **Procedimentos invasivos** (episiotomia, manobra de Kristeller, uso de fórceps, ocitocina, amniotomia): se foram realizados. Em caso afirmativo, se houve informação prévia, indicação de riscos e alternativas, e solicitado consentimento prévio à sua realização;
- **Exames de toque:** se foi realizado, com qual frequência e por quantas pessoas. Se foi informada a necessidade do exame e solicitado consentimento prévio para sua realização;

- 
- **Restrições durante o pré-parto, parto ou pós-parto:** se houve proibição de hidratação e alimentação; se foi obrigada ou proibida a deambular; se foi imposta posição para o parto ou se pode escolher a posição na qual se sentia mais confortável; uso de contenções físicas ou verbais;
 - **Manejo da dor:** se foi ofertado pela equipe métodos farmacológicos e/ou não farmacológicos de alívio de dor quando solicitado. Em caso negativo, se foi dada alguma justificativa para a ausência de oferta;
 - **Conduta da equipe:** se houve algum tipo de fala, comentário, ameaça, insinuação por parte da equipe que tenha gerado humilhação, constrangimento; silenciamento ou se foi incutido medo para forçar o consentimento (de que o bebê morreria, por exemplo);
 - **Medicamentos:** se foram administrados medicamentos durante a consulta ou internação (quais, por quê, riscos explicados, autorização, reações);
 - **Cesárea:** se houve indução para a realização de cesárea, com fundamentos sem embasamento nas melhores práticas, como circular de cordão; menção à quadril estreito, dentre outros;
 - **Contato pele-a-pele e amamentação na primeira hora (golden hour):** se garantidos; se negados, motivação apresentada;
 - **Pós-parto:** se foram feitas as as orientações necessárias para os cuidados no pós-parto, seja com eventuais suturas da cesárea ou episiotomia, além de orientações para os cuidados com a mama, com o/a recém-nascido/a e incentivo à amamentação;
 - **Devida informação:** se houve comunicação satisfatória sobre a evolução do parto, saúde da parturiente/puérpera e neonato;
 - **Recém-nascido/a:** se houve algum tipo de intercorrência; se caso foram dadas todas as informações sobre o seu estado de saúde; se foi permitido o seu acompanhamento à UTI neonatal;
 - **Situações de abortamento (espontâneo, legal ou fora das hipóteses legais):** qual foi o tempo de espera; se houve acolhimento

pelos profissionais (ou sua ausência), manejo da dor, informação sobre alternativas e riscos, acesso ao procedimento indicado (ex.: medicação, aspiração intrauterina); se foram identificadas barreiras morais ou religiosas impostas, exposição vexatória e confidencialidade; se houve recusa indevida de atendimento; se exigiram documentos não previstos; se houve julgamentos morais ou ameaças; e como se deu a alta e o seguimento do caso;

- **Negligência e omissões:** se houve fatores de risco ignorados; se houve omissão de condutas em urgência/emergência, ausência de investigação diagnóstica ou falhas organizacionais (falta de leito/equipe/insumos) que afetaram o cuidado;
- **Perguntas complementares:** se a usuária se sentiu de alguma forma negligenciada, desrespeitada ou maltratada durante o atendimento e de que forma;
- **Consequências:** quais foram as dores/sequelas, impactos físicos, emocionais, sexuais e reprodutivos; se houve efeitos na vida laboral e familiar, necessidade de acompanhamento psicológico/fisioterápico e outras terapias e se os referidos encaminhamentos foram propostos/sugeridos pelas equipes de saúde;
- **Casos com perda gestacional, morte materna ou neonatal:** como se deu a comunicação com familiares; se houve oferta de rituais de despedida, acomodação adequada, preservação de documentos e exames, e encaminhamentos para luto perinatal; e demais perguntas que visem o registro minucioso da cadeia de eventos.

Realizada a linha do tempo em que sejam descritas todas as condutas que podem configurar violência obstétrica, é importante que se busque identificar as pessoas envolvidas, indicando o nome dos profissionais e plantões, seja para a inclusão destas no



polo passivo da demanda, seja para a indicação delas como testemunhas ou mesmo para dar mais robustez ao relato. Requisite, quando cabível, escalas de plantão e identificação nominal das equipes. Questione se o/a acompanhante ou doula presenciaram as ocorrências e se estão dispostos/as a testemunhar.

Importante, ainda, que se identifique quais os impactos físicos, emocionais, reprodutivos e sexuais decorrentes da violência; bem como a ocorrência de intercorrências e sequelas à/ao recém-nascida/o. Recomenda-se indagar sobre possíveis procedimentos/tratamentos/intervenções buscadas após o parto com o propósito de mitigar os prejuízos experimentados, a fim de compreender a extensão dos danos percebidos e as (im)possibilidades de acesso a cuidados.

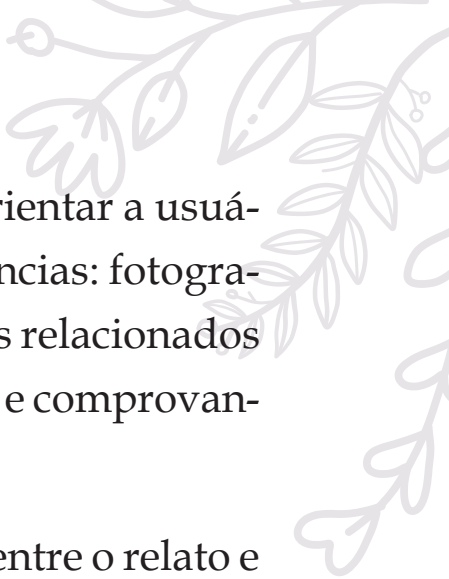
Na entrevista, por fim, deve-se informar à usuária quanto às vias possíveis para responsabilização e medidas de reparação, possibilidade de composição, indicando a pertinência jurídica, a maior efetividade prática e o menor risco de revitimização, assegurando que a mulher seja devidamente informada a respeito das repercussões de suas escolhas para que possa manifestar seu desejo de forma informada e esclarecida. Explique, de modo simples, os potenciais caminhos (administrativo, cível, criminal, medidas estruturais), prazos relevantes e necessidade de documentos; valide com a usuária suas prioridades (ex.: reparação, desculpas públicas, mudança de protocolo, acesso a tratamento) e registre o consentimento informado sobre a estratégia jurídica escolhida.

Produção probatória

Posteriormente à entrevista, é necessário solicitar cópia integral do prontuário médico da usuária e, a depender da situação, também do bebê. Para isso, a usuária deve conceder autorização escrita de acesso ao seu prontuário, uma vez que se trata de documento pessoal e sigiloso.

Importante que se observe que além do prontuário relativo à internação da usuária, dirigido ao hospital que realizou o seu atendimento, é necessário requisitar o prontuário do Ambulatório Médico de Especialidades (AME), que concentra consultas com especialistas, exames e procedimentos que não exigem internação, além do prontuário do local em que a gestante realizou o pré-natal, como Unidade Básica de Saúde. Relevante, ainda, o acesso à Caderneta da Gestante, documento que fica em posse da gestante e no qual são registrados os dados essenciais de cada consulta pré-natal. Caso tenha havido qualquer intercorrência com o bebê, é necessário solicitar também o seu prontuário para avaliação a respeito da sua inclusão no polo ativo da demanda, uma vez que, conforme já consignado, é ele também vítima de violência obstétrica.

Nos casos em que haja morte materna ou neonatal, é importante que seja solicitado o laudo necroscópico e que se averigüe se houve o encaminhamento do caso ao Comitê de Morte Materna. A importância do laudo é buscar identificar se houve violência obstétrica e se a morte era evitável.



Além dos documentos clínicos, recomenda-se orientar a usuária quanto à conservação e entrega de outras evidências: fotografias de lesões e marcas; mensagens, áudios e e-mails relacionados ao atendimento; protocolos de atendimento, senhas e comprovantes; e relatos escritos do/a acompanhante/doula.

No exame jurídico, é necessário realizar o cotejo entre o relato e a íntegra do prontuário da paciente, a fim de permitir a estruturação consistente do capítulo relativo aos fatos. Neste momento, pode-se identificar eventuais omissões dos registros médicos, o que por si só já configura um ilícito. Neste sentido, a falta de preenchimento adequado do prontuário é também conduta ilícita passível de responsabilização, já que representa o descumprimento dos deveres éticos e legais da instituição hospitalar, inscritos no Código de Ética Médica e na Resolução CFM n.º 1.638/2002. . Neste ponto, ressalta-se que é comum que a realização de procedimentos não recomendados seja omitida ou registrada de maneira sucinta nos prontuários. É igualmente útil confrontar os registros clínicos com protocolos institucionais e diretrizes técnico-científicas vigentes (p.ex., OMS/OPAS), apontando divergências objetivas.

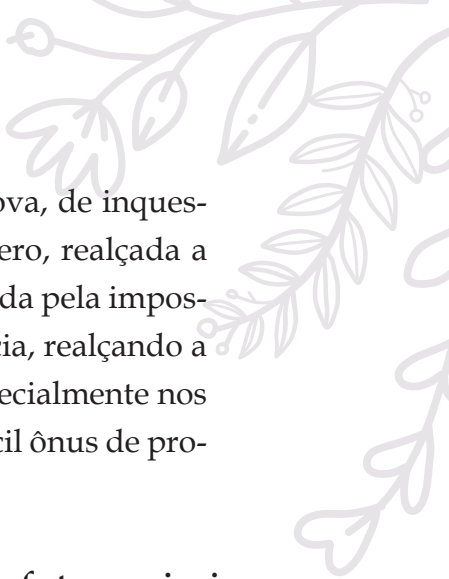
A depender do tipo de violência relatada, entende-se imprescindível o pedido de prova pericial indireta. Deve-se atentar para que o/a perito/a nomeado pelo juízo seja especialista em Ginecologia e Obstetrícia e/ou Medicina Legal e Perícias Médicas, conforme Resolução n.º 1.973/2011 do CFM¹¹. Caso contrário, recomenda-se que haja impugnação à sua nomeação, nos termos do art. 465 do Código de Processo Civil. É recomendável a atua-

1 Disponível em <https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2011/Resolucoes/Res_CFM_1973_14.07_.pdf> Acesso em 24 out. 2025.

ção de assistente técnico/a desde a fase pré-processual para análise do prontuário, formulação de quesitos alinhados às melhores evidências e contrarrazão ao laudo oficial. Se inexistir profissional vinculado à instituição, sugerem-se termos de cooperação com Universidades e/ou hospitais-escola.

Ressalte-se, **novamente, que** a violência obstétrica não se limita a procedimentos médicos: ela abrange todo o tratamento dispensado à gestante, parturiente ou puérpera – da comunicação e do acesso à informação ao respeito, consentimento e condições de acolhimento. Dessa forma, a violência obstétrica não se confunde com erro médico, razão pela qual a não constatação de negligência, imprudência ou imperícia não afasta sua ocorrência. Assim, o prontuário se mostra muitas vezes insuficiente para revelar a ocorrência de violência obstétrica, o que torna difícil a prova documental.

Sob a ótica probatória, recomenda-se resgatar o Protocolo do CNJ para Julgamento com Perspectiva de Gênero, que confere alta valoração às declarações da vítima em casos de violência de gênero, considerando a vulnerabilidade e a hipossuficiência processual e a histórica pouca credibilidade atribuída à palavra das mulheres. Em situações de violência obstétrica, tal diretriz sugere reconhecer o peso específico do relato, sobretudo quando a documentação do serviço se mostra omissa ou insuficiente, sem prejuízo da busca por outras evidências. A esse respeito, o Protocolo trata especificamente que



As declarações da vítima qualificam-se como meio de prova, de inquestionável importância quando se discute violência de gênero, realçada a hipossuficiência processual da ofendida, que se vê silenciada pela impossibilidade de demonstrar que não consentiu com a violência, realçando a pouca credibilidade dada à palavra da mulher vítima, especialmente nos delitos contra a dignidade sexual, sobre ela recaindo o difícil ônus de provar a violência sofrida¹⁹.

Recomenda-se, assim, que preliminarmente aos fatos seja incluído na peça processual o pedido expresso de que seja adotada a perspectiva de gênero no julgamento dos casos envolvendo violência de gênero de forma geral, e violência obstétrica de forma específica, como forma de equalizar as desigualdades estruturais de gênero e de acordo com o aspecto material do princípio da igualdade (art. 5º, inciso I, da Constituição Federal).²⁰ Convém, ainda, requerer expressamente a aplicação da Resolução CNJ n.º 492/2023 (obrigatoriedade do Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero) e o enfrentamento de estereótipos discriminatórios, com determinação de que eventuais manifestações ofensivas sejam riscadas dos autos (CPC, art. 78, § 2º).

A relevância deste pedido é constatada na prática, quando não raramente réus e julgadores ancoram-se em estereótipos de gênero para desacreditar os relatos das vítimas ou minimizar os impactos da violência.

A esse respeito, não é incomum que magistrados façam menção ao “padrão homem médio” para afastar a ocorrência de danos morais, desconsiderando as sujeitas concretamente envolvidas na lide, ou seja, uma mulher em trabalho de parto, e não um “homem médio”. É inegável que tal recurso silencia as caracte-

rísticas e vulnerabilidades da vítima, bem como ignora o caráter de violência de gênero inato à violência obstétrica.

Ainda quanto ao acervo probatório, é importante que se busque identificar as pessoas envolvidas, indicando o nome dos profissionais e plantões, seja para a inclusão destas no polo passivo da demanda, seja para a indicação delas como testemunhas ou mesmo para dar mais robustez ao relato. Para tanto, é útil requisitar à unidade as escalas completas de plantão e a identificação nominal das equipes médica, de enfermagem, anestesia e neonatologia nos períodos de atendimento, com respectivos registros de presença. Necessário, também, questionar se acompanhante ou doula presenciaram as ocorrências e se estão dispostos a testemunhar. Outrossim, dada a insuficiência da perícia indireta do prontuário para identificar tipos de violência, mormente a violência psicológica, recomenda-se, sendo possível, que sejam elaborados documentos teóricos-técnicos (Pareceres, Relatórios e outros que se mostrem pertinentes), mediante intervenção da equipe técnica multidisciplinar da Defensoria Pública, para demonstrar os impactos da violência na vida da mulher. Esses documentos devem focar a materialização dos efeitos relatados (sem finalidade diagnóstica clínica), subsidiando pedidos de reparação e medidas de não repetição.

Para além da documentação já mencionada, é importante que se registre a existência de Plano de Parto, bem como se junte comprovantes de despesas com cuidados decorrentes da violência, como consultas com psicólogos, médicos/as, fisioterapeuta; bem como gastos com procedimentos em geral e medicamentos. Incluam-se, quando houver, laudos/atestados de afastamento laboral, despesas com deslocamento e apoio à amamentação, bem

como comprovantes de custos relacionados a atendimento do/a recém-nascido/a.

Feitas todas as considerações a respeito da produção probatória, não há dúvidas acerca da hipossuficiência técnica da paciente e a melhor condição probatória da parte requerida, de modo que em ações indenizatórias por violência obstétrica deve-se requerer a inversão do ônus probatório em favor da vítima, com base nos artigos 373, §1º, do CPC e 6º, VIII, do CDC, ainda que o juízo entenda não haver relação de consumo, como aplicação analógica orientada pela vulnerabilidade probatória. Também se pode requerer a distribuição dinâmica do ônus da prova (CPC, art. 373, § 1º), destacando a guarda unilateral dos registros pelo réu e a assimetria técnica entre as partes. Esse entendimento foi firmado pelo STJ no REsp n. 2.161.702/AM.

Enquadramento jurídico

O enquadramento jurídico com perspectiva interseccional deve ocorrer não apenas com a identificação das vulnerabilidades, mas com a orientação da prática, ao nomear o racismo obstétrico, o capacitismo, a xenofobia, o adultocentrismo e outras formas de discriminação, quando presentes. Nessa chave, recomenda-se explicitar na peça a correlação entre as barreiras de acesso/atendimento e a violação de direitos fundamentais (CF, arts. 1º, III; 5º, caput e X; 6º; 196), com remissão às normas setoriais apli-

cáveis (Lei nº 8.080/1990 – SUS; Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência; Lei nº 11.108/2005 – direito a acompanhante; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas).

Dessa forma, a Defensoria contribui para reposicionar as mulheres como sujeitas de direitos, fortalecendo sua autonomia e produzindo efeitos reparadores e estruturais no sistema de saúde a partir da incidência judicial. Sempre que possível, é útil qualificar juridicamente os ilícitos: i) violações a deveres de informação e consentimento (consentimento livre e esclarecido; vedação a práticas desaconselhadas); ii) discriminação direta ou indireta por motivo de raça, deficiência, origem, idade, território ou situação migratória; iii) falhas organizacionais (omissões estruturais) com responsabilidade objetiva do ente público prestador (CF, art. 37, § 6º) e/ou responsabilidade solidária do hospital privado e profissionais nos termos do CPC/CDC, quando aplicável.

A nomeação expressa de “racismo obstétrico”, “capacitismo” e outras formas de opressão não tem caráter meramente retórico: orienta pedidos de reparação integral e medidas de não repetição (protocolos, capacitações).

Além disso, as perspectivas de gênero e de justiça social reprodutiva devem estruturar a argumentação. Essas categorias conectam justiça social ao acesso universal, oportuno e seguro à saúde sexual e reprodutiva de meninas, mulheres e demais pessoas que gestam ou podem gestar, exigindo que o Estado assegure direitos sociais e adote medidas de reparação diante de violações.



Pedido de sigilo

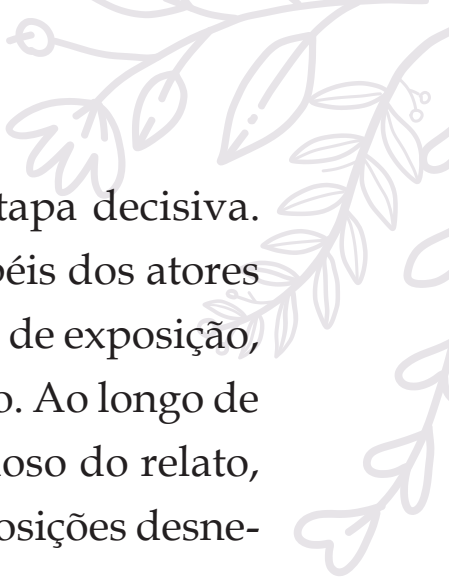
Tendo em vista que entre os documentos juntados na inicial estão incluídos, via de regra, os prontuários médicos do pré-natal e parto da usuária, além do prontuário do recém-nascido, recomenda-se requerer na peça inicial a decretação do segredo de justiça. Considerando que a publicidade dos atos processuais é a regra geral, o pedido de segredo deve ser fundamentado na exceção prevista no art. 189, III, do Código de Processo Civil (por envolver dados protegidos pelo direito constitucional à intimidade de uma das partes). Outro argumento a reforçar o pedido de sigilo é o fato de que o prontuário médico é documento sigiloso no âmbito administrativo, devendo ser protegido o sigilo das informações médicas da paciente do acesso de terceiros estranhos à relação processual.

Prevenção à vitimização secundária

Com base nos estudos feministas que demonstram como o Sistema de Justiça, por sua formação patriarcal, racista e androcêntrica, tende a reproduzir opressões sobre os corpos das mulheres

— especialmente negras e pobres —, impõe-se a adoção de uma perspectiva de gênero e interseccional para mitigar a vitimização secundária a que estão sujeitas aquelas que buscam por reparação. A tendência histórica de descredibilizar a palavra das mulheres e naturalizar estereótipos de gênero agrava-se nos casos de violência obstétrica, em que se supervaloriza a autoridade epistêmica do discurso médico, frequentemente produzindo o silenciamento das pacientes, de acompanhantes e de doulas.

Desde a petição inicial, é essencial requerer a aplicação do Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero do Conselho Nacional de Justiça (Res. CNJ 492/2023), com enfrentamento explícito de estereótipos discriminatórios e valorização do relato da vítima em contexto de assimetria informacional e técnica. Em sede de contestação, são recorrentes narrativas culpabilizadoras e desqualificadoras; a réplica deve impugná-las diretamente, reafirmando a centralidade da autonomia e dignidade das mulheres. Para proteger a dignidade processual, deve-se invocar o art. 78 do CPC, que veda o emprego de expressões ofensivas por quaisquer participantes do processo. Havendo ofensas, é cabível requerer que sejam riscadas dos autos e que se expeça certidão do inteiro teor para eventual responsabilização. Nas audiências, recomenda-se pleitear, quando necessário, a aplicação por analogia dos arts. 400-A e 474-A do CPP (Lei 14.245/2021 — “Lei Mariana Ferrer”), a fim de assegurar ambiente respeitoso, vedar humilhações e perguntas vexatórias, ordenar adequadamente a inquirição, permitir a presença de pessoa de confiança, autorizar pausas e determinar o registro, em ata, de qualquer incidente.



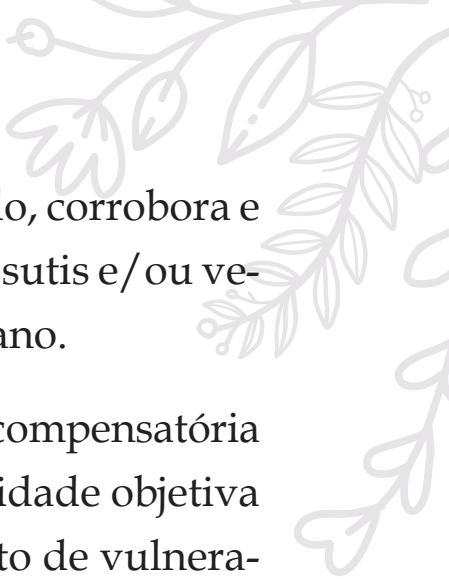
A preparação da usuária para a audiência é etapa decisiva. Devem ser explicados a dinâmica da oitiva, os papéis dos atores processuais, as possibilidades de pausa e os limites de exposição, prevenindo a repetição desnecessária do sofrimento. Ao longo de todo o atendimento, recomenda-se manejo cuidadoso do relato, observância da confidencialidade e redução de exposições desnecessárias que possam reeditar o sofrimento.

Com essas diretrizes, a atuação defensorial reduz o risco de revitimização, centra a dignidade e a autonomia da usuária e amplia a efetividade da tutela jurisdicional em casos de violência obstétrica. Observa-se que muitas mulheres temem reviver as violências enfrentadas, e esse medo frequentemente se torna obstáculo à busca de reparação civil. Para evitar novas violências de gênero durante o processo, é imprescindível que o/a defensor/a permaneça atento/a nas audiências, previna ataques à usuária e a prepare adequadamente para o momento de relatar sua experiência, reconhecendo que tal relato pode gerar insegurança e vulnerabilidade, além de expô-la a tentativas de desqualificação de suas alegações.

Dano moral presumido (in re ipsa) nos casos de Violência Obstétrica

A violação aos direitos sexuais e reprodutivos – que compreendem o direito ao parto humanizado, à assistência digna e respeitosa, sem discriminações e de acordo com as melhores práticas – atinge diretamente a dignidade e os direitos da personalidade de gestantes, parturientes, puérperas e pessoas em situação de abortamento. Nesses casos, o dano moral é presumido (in re ipsa): uma vez comprovado o ato ilícito, dispensa-se prova específica do sofrimento. O Superior Tribunal de Justiça reafirma essa orientação em hipóteses de violação a direitos da personalidade, inclusive com precedente recente sobre violência obstétrica (AREsp n. 2.880.285/2025).

Ainda que haja documento teórico-técnico multiprofissional demonstrando repercussões psicoemocionais e sociais, a equipe deve sustentar a tese do dano moral presumido (in re ipsa). Os pareceres e relatórios técnicos cumprem papel relevante para dimensionar os impactos da violência, orientar o valor da indenização e embasar medidas de cuidado e de não repetição, mas a existência do dano moral não depende desses documentos quando a violação aos direitos da personalidade está comprovada. Em



outras palavras, o relatório psicológico, por exemplo, corrobora e materializa, especialmente aquelas violências mais sutis e/ou veladas, mas não condiciona o reconhecimento do dano.

Na fixação do valor, deve-se observar as funções compensatória e pedagógica da indenização, considerando a gravidade objetiva das violações, sua duração e intensidade, o contexto de vulnerabilidade do parto, as consequências psíquicas e sociais, a frustração de expectativas legítimas (inclusive plano de parto) e a necessidade de desestimular novas ocorrências.

Atuação da Psicologia

A violência obstétrica tem sido abordada com maior clareza apenas recentemente, sobretudo pela legislação. A falta de familiaridade com essa problemática, mesmo entre profissionais da saúde, resulta na naturalização de inúmeras formas de violências na atenção ao parto, que passam a ser consideradas normais ou até mesmo necessárias pelas parturientes. A violência psicológica, bem como aquelas de cunho moral, tendem a ser particularmente difíceis de identificar ou de valorizar adequadamente, sobretudo pela sua natureza sofisticada e implícita.

A Psicologia constitui um campo de atuação amplo, historicamente construído, que abrange diversas dimensões do cuidado e da intervenção social. Embora sua presença seja relativamente

recente em contextos específicos, como no sistema de justiça e na própria Defensoria Pública, sua consolidação nesses espaços não é apenas necessária, mas estratégica para a expansão do cuidado integral à população que demanda tais serviços.

No âmbito da Defensoria Pública do Estado do Paraná, a Psicologia assume um papel crucial na promoção e defesa dos direitos das mulheres e pessoas que gestam ou possam gestar no contexto obstétrico. A intervenção técnica não apenas viabiliza a identificação de situações de violência e a extensão de seus impactos psicoemocionais, mas também permite a validação das experiências da pessoa parturiente, contextualizadas em cenários mais amplos e estruturais. Tal contribuição favorece o reconhecimento social e jurídico do fenômeno e impulsiona iniciativas para a tipificação da violência obstétrica, considerando todas as suas especificidades e desdobramentos.

Nesse cenário, a atuação da Psicologia revela-se fundamental para a qualificação de políticas de enfrentamento à violência obstétrica e de promoção e defesa dos direitos reprodutivos de mulheres e pessoas que gestam ou possam gestar, seja no acolhimento e escuta das pessoas atendidas, seja na implementação de medidas institucionais que garantam um atendimento eficaz, integral e ampliado às necessidades das usuárias.

Em termos práticos, entende-se que a intervenção deve sempre se dar mediante a concordância/manifestação de vontade expressa da pessoa atendida e, no contexto da Defensoria Pública, tem por objetivos principais: 1) instrumentalizar as pessoas atendidas para a superação das situações de violências vivenciadas e seus desdobramentos; 2) instrumentalizar a atuação institucio-

nal visando a garantia e proteção a direitos fundamentais que se mostrem violados ou ameaçados. Nesse sentido, propõe-se os seguintes direcionamentos para o atendimento técnico:

1. **Análise das informações prévias:** analisar todas as informações obtidas durante o(s) atendimento(s) jurídico(s) a fim de se apropriar antecipadamente dos detalhes do caso e estruturar a entrevista psicológica, evitando questionamentos desnecessários e potencialmente revitimizadores. Nesse sentido, recomenda-se que seja elaborado um roteiro com questões-chave, as quais poderão ser adaptadas conforme o fluxo da conversa, direcionadas à obtenção de informações imprescindíveis aos objetivos propostos;
2. **Acolhimento:** proporcionar um ambiente de escuta seguro e acolhedor, isento de julgamentos e da imposição de valores e crenças pessoais, que reconheça a pessoa atendida como protagonista de sua experiência, validando-a de forma integral e empática. O atendimento deve ser iniciado com a apresentação do/a profissional, dos objetivos da intervenção e uma explicação clara sobre como será conduzido. É importante que o/a profissional enfatize a necessidade de retomar elementos centrais do relato e a possibilidade de interrupção e/ou questionamentos por parte da pessoa atendida a qualquer tempo;
3. **Entrevista semiestruturada:** deve se voltar prioritariamente a
 - 3.1. Anamnese do processo de parto, incluindo os momentos que o antecederam e sucederam;
 - 3.2. Identificação dos momentos do processo de parto em que as violências obstétricas ocorreram e como elas se manifestaram, na percepção da usuária;
 - 3.3. Classificação dos tipos de violências obstétricas identificadas no relato, conforme literatura especializada;
 - 3.4. Mapeamento das consequências percebidas, verificando

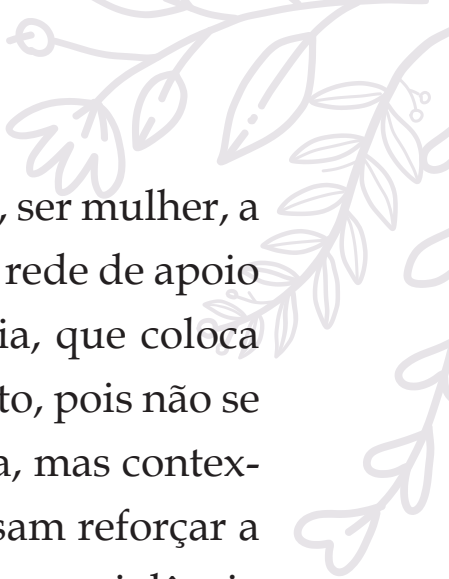
aquelas de natureza física, psicológica e social, bem como do impacto na vida da usuária;

3.5. Investigação das condições de saúde mental observadas no contexto do processo de parto e atuais, sobretudo daquelas que mantenham relação de causa-efeito com a violência obstétrica, mesmo que preexistentes;

3.6. Verificação de demandas atuais que exijam outras diligências, tais como o encaminhamento da usuária na rede de atendimento e outros encaminhamentos pertinentes. Os encaminhamentos necessários deverão ser realizados mediante o consentimento prévio da usuária, sempre que possível numa perspectiva de encaminhamento e contrarreferenciamento, visando facilitar o acesso a serviços essenciais e garantir a integralidade do cuidado;

4. **Produção documental:** a elaboração de documentos técnicos visa aprofundar o debate e fomentar a reflexão crítica acerca de questões complexas que não podem ser explicadas ou compreendidas em termos exclusivamente jurídicos. Nesse sentido, mostra-se uma ferramenta útil para a identificação, contextualização e materialização de vivências que tendem a ser ignoradas ou relativizadas, especialmente no âmbito dos processos judiciais. A comunicação escrita deve manter uma linguagem técnica e estar devidamente fundamentada em referenciais teóricos com validade científica reconhecida pela ciência psicológica. Ademais, deve ser apresentada nos termos estabelecidos pela Resolução CFP 006/2019, que institui regras para a produção documental de psicólogos/as no exercício profissional.

É fundamental entender que nem toda violência resulta em consequências psicológicas de longo prazo, uma vez que o aparecimento de sintomas psicológicos depende de diversos fatores, sejam eles psicológicos (stress, 'resiliência', etc) biológicos (ida-



de, sexo, nutrição, etc) e sociais (pobreza, migração, ser mulher, a própria violência, etc), como o suporte recebido da rede de apoio e a autonomia da mulher em situação de violência, que coloca em cheque as percepções simplistas de causa e efeito, pois não se trata de uma relação temporalmente linear e direta, mas contextual. Assim, embora os sintomas psicológicos possam reforçar a gravidade da violência, sua ausência não implica que a violência não tenha ocorrido.

O impacto dessas violências, isoladas ou combinadas, pode perdurar e afetar significativamente a vida futura da pessoa que as sofreu. De acordo com Elmir, Schmied, Wilkes e Jackson (2010), durante o parto, as mulheres frequentemente relatam sentimentos de invisibilidade e falta de controle sobre a situação, descrevendo o parto como desumano e degradante. Muitas experienciam memórias traumáticas através de *flashbacks* e pesadelos, além de uma intensificação de sofrimento psíquico e de manifestações psicológicas que podem sugerir sintomas depressivos e ansiosos, sentimentos de desespero e solidão, ataques de pânico e até pensamentos de morte e ideação suicida, sintomas esses comumente associados pelas mulheres às violências experienciadas.

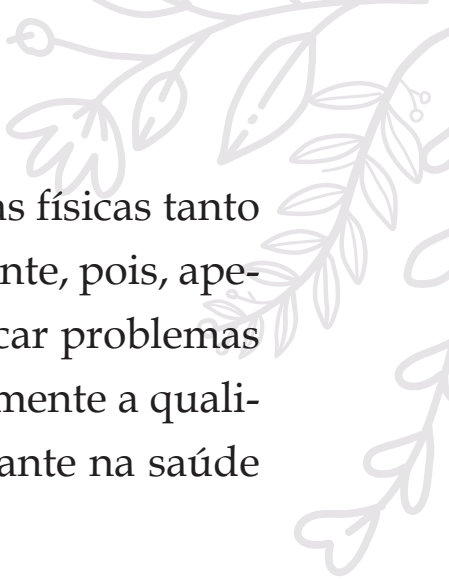
É comum também que elas expressem raiva de si mesmas e se culpem por não terem expressado suas preocupações durante o parto ou por não terem tentado intervir de outras formas (ELMIR; SCHMIED; WILKES; JACKSON, 2010). Além disso, diversas questões psicológicas estão associadas a um parto traumático, como distúrbios psicossomáticos (transtornos alimentares e do sono, entre outros), transtornos de ansiedade (pânico, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo), transtorno de adaptação no

pós-parto, disforia puerperal, depressão pós-parto e até psicose puerperal (CABRAL; PEREZ, 2019, p. 277).

Pesquisas indicam ainda que mulheres vítimas de violência obstétrica podem desenvolver sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Beck (2004) identificou que os principais sintomas de TEPT em mães incluíam pesadelos e *flashbacks* do parto, intensa busca por respostas sobre o trauma vivido, sintomas de ansiedade e depressão, sensação de perda da própria identidade e a percepção de que seus sonhos foram destruídos, resultando em um sentimento de isolamento da maternidade. Tais vivências representam as marcas psíquicas de um processo de violação que atua sobre o corpo e a subjetividade como instrumentos de controle.

Em muitos casos, mulheres e pessoas que gestam que sofreram a violência obstétrica lidam ainda com prejuízos sociais importantes, uma vez que podem estar impossibilitadas de desempenhar plenamente suas funções enquanto trabalhadoras domésticas, estudantes e/ ou profissionais. Como resultado, as violências acabam por produzir isolamento social e reduzir a autonomia para o desempenho de atividades cotidianas, afetando sobremaneira as relações familiares e comunitárias.

Durante a entrevista psicológica, é crucial abordar sobre sintomas psicológicos específicos e não direcionar as respostas. É importante lembrar que a usuária pode não ter plena consciência de que seus sentimentos são sintomas psicológicos. Relatos de sonhos e pensamentos intrusivos recorrentes relacionados ao parto são comuns, mas nem sempre são mencionados no primeiro rela-



to sobre o parto. Perguntar sobre possíveis sequelas físicas tanto para a pessoa atendida quanto para o bebê é relevante, pois, apesar de não ser função do/a psicólogo/a diagnosticar problemas físicos, tais sequelas podem impactar significativamente a qualidade de vida e exercer um efeito estressor importante na saúde mental da pessoa atendida.

É crucial salientar que a intervenção técnica visa auxiliar no processo de identificação e caracterização dessas violências em contextos de vida específicos, objetivando a reparação e não repetição. O escopo da intervenção em Psicologia, portanto, não compreende a realização de diagnósticos psicológicos nem avaliações clínicas formais. Pretende-se, pelo emprego de ferramentas teóricas e instrumentais técnicos, otimizar a capacidade institucional de identificação de situações de violência e, primordialmente, potencializar as estratégias empregadas para a superação destas, seja em contexto micro ou macrossocial.

Nesse sentido, é possível afirmar que a intervenção em Psicologia, ao favorecer a nomeação e validação de violências sofridas no pré-natal, trabalho de parto, parto, pós-parto e assistência ao/à recém-nascido/a, configura-se uma abordagem de cuidado que transcende o suporte imediato e a assistência direta. Ela se concretiza como um meio para a reconquista da autonomia e da qualidade de vida ao promover a despatologização do sofrimento e contribuir para a construção de novos referenciais para a assistência obstétrica.

Por fim, é fundamental reconhecer as limitações do presente Protocolo para compreendê-lo não como um produto acabado, mas como um instrumento que se propõe a ser repensado, pro-

blematizado e aprimorado à luz de novas necessidades e de acordo com as especificidades de cada comarca. Isso implica respeitar suas idiossincrasias culturais, econômicas, geográficas e sociais, bem como as características sociodemográficas das usuárias atendidas, tais como idade, raça/etnia, orientação sexual, escolaridade, e arranjo familiar (se residem sozinhas ou com cônjuge, etc.). Permanece, portanto, aberto a futuras formulações, fundamentadas no fazer científico e na responsabilidade social inerente à atuação profissional do/a psicólogo/a.



Conclusão

Este Protocolo consolida diretrizes práticas para a atuação da Defensoria Pública em casos de violência obstétrica, ancoradas na perspectiva de gênero e na abordagem interseccional, reafirmando a dignidade e a autonomia das mulheres e demais pessoas que gestam. Ao tomar a justiça reprodutiva como eixo de toda intervenção, oferece caminhos efetivos para enfrentar violações historicamente invisibilizadas, por meio de estratégias de atuação judicial e extrajudicial, tanto em casos individuais quanto coletivos, mas sempre com foco em mudanças estruturais. Trata-se de documento vivo, passível de atualização contínua à luz de novas evidências, marcos normativos e boas práticas, e comprometido com a melhoria permanente do serviço, com a escuta qualificada das usuárias e com o movimento nacional pela reforma da assistência obstétrica.



Referências

AMORAS, M.; COSTA, S. M. G. da; ARAÚJO, L. M. de. **O ativismo das mulheres negras escravizadas no Brasil colonial e pós-colonial, no contexto da América Latina.** Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais, v. 23, 29 nov. 2021.

AVELINO, M. M. L. et al. **Transmasculinidades, gestação e acolhimento na rede de saúde.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 28, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rxKQPXKYX5gz8L3SVvx8NYj/?lang=pt>

CASTRO, T. M. V. (org.). **Violência obstétrica em debate.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020.

DAMASCO, M. S.; MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. **Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975–1993).** Revista Estudos Feministas, v. 20, n. 1, p. 133–151, abr. 2012.

DINIZ, C. S. G. et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e para sua prevenção.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377–384, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3hHQH5D>

KATZ, L. et al. **Quem tem medo da violência obstétrica?** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 20, n. 3, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/36hRDbS>

PAES, F. D. R. **A violência obstétrica na perspectiva do direito.** São Paulo: Juspodivm, 2024.

TEIXEIRA, A.; GALLO, M. B. **Nosso útero, nosso território: justiça reprodutiva e lutas decoloniais por aborto e maternidade.** (SYN)THESIS, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 52–66, 2021. DOI: 10.12957/synthesis.2021.64353.

TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. A.; DINIZ, S. D. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3jceiOu>

VAZ, L. S.; RAMOS, C. **A justiça é uma mulher negra**. Belo Horizonte: Casa do Direito, 2021.

Recomendações de materiais

Boas Práticas

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Lista de verificação da OMS para partos seguros**. Disponível em: <https://bit.ly/3qsfyP4>.

BRASIL. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Governo Federal, em parceria com a Fiocruz. Disponível em: <https://bit.ly/3dbPJNF>.

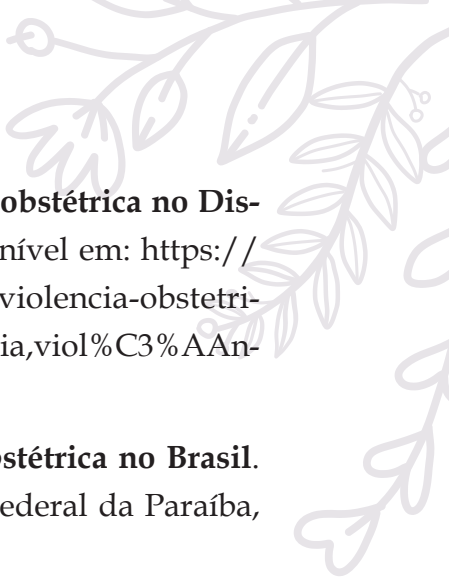
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/prevencao-e-eliminacao-de-abusos-desrespeito-e-maus-tratos/>.

Violência Obstétrica e Racismo Institucional

ASSIS, J. F. **Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 133, p. 547-565, dez. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2TCkuoB>.

LIMA, K. D. **Raça e violência obstétrica no Brasil**. Recife: [s. n.], 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2Uy6jAH>.

CASTILHO, G. **Violência obstétrica: uma análise a partir das gestantes negras**. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 9., 2019, São Luís. Civilização ou barbárie: o futuro da humanidade. São Luís, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/36jF6V7>.



BRASÍLIA. **Nova lei estabelece diretrizes de combate à violência obstétrica no Distrito Federal.** Câmara Legislativa do Distrito Federal, [s.d.]. Disponível em: <https://www.cl.df.gov.br/-/nova-lei-estabelece-diretrizes-de-combate-a-violencia-obstetrica#:~:text=Foi%20promulgada%2C%20no%20%C3%BAltimo%20dia,viol%C3%AAn- cia%20obst%C3%A9trica%20no%20Distrito%20Federal.>

COSTA, A. P. C. A. **Perspectivas jurídicas acerca da violência obstétrica no Brasil.** 2019. 65 f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3hBLMDu>.

SIQUEIRA, D. et al. **Responsabilidade do Estado pelo racismo institucional nos atendimentos obstétricos realizados no Sistema Único de Saúde.** Revista Brasileira de Bioética, Suplemento, v. 14, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3qQ7ffX>.

Violência Obstétrica pelo Olhar da Psicologia

BECK, C. T. **Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath.** Nursing Research, v. 53, n. 4, p. 216–224, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/3xCGWML>.

CABRAL, S.; PEREZ, D. **Violência obstétrica: produção científica de psicólogos sobre o tema.** Estudos Contemporâneos da Subjetividade, v. 9, n. 2, p. 270–283, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3wEJ4IP>.

ELMIR, R. et al. **Women’s perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography.** Journal of Advanced Nursing, v. 66, n. 10, p. 2142–2153, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3e6UJn1>.





Realização

Versão original elaborada pela
equipe do NUDEM-DPE-PR:

Livia Martins Salomão Brodbeck e Silva - Defensora Pública, ex-coordenadora do NUDEM e Primeira Subdefensora Pública-Geral

Vanessa Fogaça Prateano - Assessora Jurídica do NUDEM

Marcela de Oliveira Ortolan - Psicóloga do Centro de Atendimento Multidisciplinar da DPE-PR e colaboradora do NUDEM

Débora Carla Pradella - Estagiária de Pós-Graduação em Direito do NUDEM

Maria Emília Glustak - Estagiária de Pós-Graduação em Direito do NUDEM

Lizz Ester Segalla - Estagiária de Graduação em Direito do NUDEM

Maria Luiza Gutierrez - Estagiária de Graduação em Design do NUDEM

Camila Cristina Costa - Estagiária de Graduação em Secretariado do NUDEM

Amanda Pereira Barros - Ex-estagiária de Graduação em Design do NUDEM

Atualização:

Mariana Martins Nunes - Defensora Pública Coordenadora do NUDEM-PR

Jeane Gazaro Martello - Defensora Pública Auxiliar do NUDEM-PR

Jéssica Paula da Silva Mendes - Psicóloga de Referência do NUDEM-PR

Marília Ferruzzi Costa - Estagiária de pós-graduação em Direito do NUDEM-PR

Heloisa Albano Perotoni - Estagiária de graduação em Psicologia do NUDEM-PR



Documento destinado a integrantes
da Defensoria Pública do Paraná

