



Aquela que não pode ser nomeada: violência obstétrica, o Brasil na contramão do mundo


Melania Maria Ramos Amorim^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-1047-2514>


Emanuelly Gomes Dário Santos²

 <https://orcid.org/0009-0000-5274-3090>


Marina Amorim Albuquerque²

 <https://orcid.org/0000-0003-3853-1344>

Aline Veras Moraes Brilhante³

 <https://orcid.org/0000-0002-3925-4898>

Lucas Félix Marinho Neves²

 <https://orcid.org/0000-0002-7516-5243>

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Integral. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-902. E-mail: melania.amorim@imip.org.br

² Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, PB, Brasil.

³ Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Resumo

A violência obstétrica é um problema antigo revestido de um termo relativamente novo — e é precisamente o termo que incomoda. Em 2014, a Organização Mundial da Saúde reconheceu que mulheres em todo o mundo sofrem tratamento desrespeitoso e abusivo durante o parto. Desde então, o reconhecimento internacional do conceito avançou de forma inequívoca: a Inter-American Court of Human Rights reconheceu explicitamente o conceito em sua jurisprudência (2022), a Parliamentary Assembly of the Council of Europe o classificou como violência de gênero (2019) e o European Parliament's Committee on Women's Rights o reconheceu como violência institucional e de gênero em 2024, enquanto a produção acadêmica global sobre o tema cresceu de forma expressiva. No Brasil, entretanto, o cenário caminha na direção oposta. Dados da pesquisa Nascer no Brasil II revelam prevalência de 65,3% de violência obstétrica no estado do Rio de Janeiro. Enquanto a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM) unem-se publicamente para rejeitar o termo e combater projetos de lei que buscam tipificá-la como crime. Este artigo reflete sobre a importância de nomear a violência obstétrica, analisa os avanços internacionais e o retrocesso brasileiro, e defende que silenciar o nome não apaga a violência — apenas protege quem a perpetua.

Palavras-chave *Violência obstétrica, Violência de gênero, Direitos reprodutivos, Parto humanizado, Direitos humanos*



Introdução

A história da violência obstétrica é, em grande medida, a história da própria obstetrícia como especialidade médica. Quando, no século XVII, cirurgiões-barbeiros começaram a disputar com parteiras o controle sobre o nascimento, inaugurou-se um modelo que transformava a mulher em paciente e o parto em procedimento — um modelo que, três séculos depois, J. Marion Sims levaria ao extremo ao desenvolver técnicas cirúrgicas ginecológicas operando mulheres negras escravizadas sem anestesia, e que DeLee consolidaria ao propor, em 1920, o *fórceps* profilático e a episiotomia de rotina como padrão de conduta.^{1,2} O que hoje chama-se de violência obstétrica tem raízes nessa lógica fundacional: a patologização do corpo feminino e a subordinação da autonomia da mulher à autoridade do profissional.

O termo foi oficialmente cunhado em 2007, na Venezuela, como categoria jurídica.³ Mas o fenômeno que ele designa precede em séculos a sua nomeação — e é precisamente o ato de nomear que incomoda. Há pouca divergência, na literatura, de que práticas desrespeitosas e violentas contra mulheres em serviços de atenção obstétrica estão amplamente documentadas em todo o mundo.^{4,5} O que permanece em disputa não é a existência do problema, mas como chamá-lo. E essa disputa não é menor: quando se diz “desrespeito”, sugere-se uma falha de polidez; quando se diz “maus-tratos”, invoca-se conduta individual. No entanto, ao nomear violência obstétrica, reconhece-se uma violação estrutural de direitos humanos.

A definição mais amplamente adotada descreve a violência obstétrica como “a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, expressa em tratamento desumanizado, medicalização abusiva e patologização de processos fisiológicos, com perda de autonomia e impacto negativo na qualidade de vida”.⁶ Suas manifestações incluem procedimentos sem consentimento, negação de analgesia, impedimento do acompanhante de escolha, abusos verbais e psicológicos, cesariana ou episiotomia impostas, uso não indicado de ocitocina, pressão fúndica (manobra de Kristeller), restrição alimentar e de movimentação.^{4,5} Essa violência atravessa o setor público e o privado e se inscreve na interseção entre violência institucional e violência de gênero.⁶

Como construção jurídica, o conceito consolidou-se na América Latina a partir dos anos 2000, ancorado na convergência entre movimentos feministas e ativismo pela humanização do parto — ambos denunciando a medicalização impositiva como violação da autonomia reprodutiva.^{4,5} Após a Venezuela (2007), a Argentina incorporou o conceito em sua legislação de proteção integral à mulher em 2009, e o México o incluiu na

legislação federal em 2014, enquanto diversos estados mexicanos o tipificaram em seus códigos penais.³ No Brasil, embora inexista lei federal específica, legislações estaduais como as de Santa Catarina (Lei nº 17.097/2017) e Pernambuco (Lei nº 16.499/2018) definem e tipificam a violência obstétrica.^{7,8} A lei pernambucana, por exemplo, define-a como “todo ato praticado por profissionais de saúde que implique em negligência na assistência, discriminação ou violência verbal, física, psicológica ou sexual contra mulheres gestantes, parturientes e puérperas”.⁸

A resistência ao nome

O reconhecimento social e jurídico do termo convive, paradoxalmente, com uma resistência tenaz à sua adoção. A Organização Mundial da Saúde (OMS) exemplifica essa ambivalência: reconhece que mulheres sofrem abusos durante o parto que violam seus direitos, mas opta pela formulação “abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” em vez de nomear a violência como obstétrica.⁹ O paradoxo se torna evidente quando se confronta essa escolha com a própria definição de violência adotada pela organização: o uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, capaz de resultar em dano psicológico, deficiência, lesão ou morte.¹⁰ Nessa concepção, a intencionalidade refere-se ao uso deliberado da força ou do poder, não à intenção de produzir o dano.

Essa resistência não é acidental. Ela tem fundamento epistemológico: nomear é um ato de poder. Para Foucault,¹¹ a clínica moderna se constituiu precisamente por meio da capacidade de classificar, nomear e hierarquizar o corpo e seus padecimentos; uma operação que não descrevia a doença, mas a produzia como objeto de saber e de intervenção.¹¹ O olhar médico não é neutro; é um olhar que ordena, que confere legitimidade ao que nomeia e retira existência ao que silencia. Quando se recusa nomear uma prática como violência, não se está sendo mais preciso: está-se exercendo poder sobre o que pode ser dito e, portanto, sobre o que pode ser visto.

Quando instituições médicas recusam o termo “violência obstétrica”, não estão apenas disputando semântica: estão recusando reconhecer as mulheres como portadoras de uma experiência de dano legítima.¹² Essa recusa tem nome na filosofia política: *misrecognition*, ou falso reconhecimento. Seus efeitos sobre a subjetividade e a saúde das mulheres não são menores do que os efeitos dos procedimentos físicos que o termo designa.

A filósofa Miranda Fricker, em *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing* (2007), oferece talvez o instrumental analítico mais preciso para este debate. Fricker distingue dois tipos de injustiça epistêmica: a *testimonial* — quando o depoimento de alguém é desacreditado em razão de um preconceito identitário — e a *hermenêutica* — quando alguém carece dos recursos

conceituais necessários para interpretar e comunicar sua própria experiência.¹³ A violência obstétrica produz ambas. Mulheres que relatam dor, humilhação ou procedimentos não consentidos frequentemente se deparam com a descrença sistemática de profissionais e instituições (injustiça testimonial). E, por décadas, careceram de um conceito que nomeasse o que viveram (injustiça hermenêutica). A cunhagem do termo “violência obstétrica” é, nesse sentido, um ato epistêmico de reparação: fornece às mulheres o recurso conceitual que lhes fora negado. Suprimir o termo é, literalmente, restaurar a injustiça hermenêutica.

A dimensão simbólica dessa disputa é capturada com precisão pela sociologia de Pierre Bourdieu. O campo médico opera por meio de um conjunto de disposições e práticas que se naturalizam. A isso Bourdieu chamou de *doxa*: o conjunto de pressupostos tácitos que os agentes de um campo aceitam sem questionamento precisamente porque não os reconhecem como pressupostos, mas como a ordem das coisas.¹⁴ A episiotomia sistemática, os toques vaginais sem consentimento, a contenção do corpo durante o trabalho de parto, práticas que persistiram por décadas não como violência, mas como “conduta obstétrica”. A violência simbólica opera precisamente assim: convencendo a própria vítima de que o que lhe é feito é feito *por ela e para o seu bem*. Nomear essas práticas como violência é romper com a *doxa* do campo. E é por isso que a reação é tão intensa: não se trata de discutir um termo, mas de ameaçar a autoridade epistêmica que sustenta o campo.

Judith Butler, em *Excitable Speech: A Politics of the Performative* (1997), lembra que as palavras não apenas descrevem atos, mas também os constituem e os inscrevem em redes de poder e reconhecimento.¹⁵ Nomear a violência obstétrica não é inflamar um debate; é realizar um ato de linguagem que confere existência pública a um dano que, sem nome, permanece privado, individual, não generalizável e, portanto, não político, não jurídico, não passível de reparação coletiva. A resistência ao nome é, nesse enquadramento, a resistência à publicização de um dano que interessa manter na esfera do privado e do contingente.

Paulo Freire nos ensinou que nomear o mundo é condição de transformá-lo.¹⁶ Em *Pedagogia do Oprimido*, a nomeação é o ato fundante da consciência crítica: sem nome, não há objeto; sem objeto, não há luta. A supressão de um termo não é um gesto de prudência científica; é um gesto político de manutenção da invisibilidade. Quando as entidades médicas brasileiras investem energia institucional em silenciar o nome, estão, consciente ou inconscientemente, investindo na manutenção do silêncio das mulheres sobre o que lhes foi feito.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) posicionou-se formalmente contra o uso da expressão em 2022. A inversão retórica é reveladora: ao reivindicar que nomear a violência constitui “violência contra o obstetra”, as entidades substituem a vítima pelo profissional — operação que, por si só, evidencia a assimetria de poder que o conceito denuncia.¹⁷ Desse modo, atos assistenciais no parto e puerpério que partam de uma relação de poder entre sistemas de saúde, profissionais e pacientes, e durante os quais procedimentos sejam impostos à mulher ferindo o exercício de sua autonomia e gerando risco de dano físico, emocional ou psicológico, preenchem todos os critérios para serem chamados de violência.

O adjetivo “obstétrica” qualifica o cenário assistencial em que a violência ocorre — não o agente que a pratica. Enfermeiras obstetras, técnicos de enfermagem, anestesiológicos, gestores e o próprio sistema de saúde podem ser vetores dessa violência, que resulta com frequência de falhas sistêmicas em múltiplos níveis de atenção.^{5,18} Nomear a violência como obstétrica não implica, portanto, culpabilizar uma categoria profissional específica.

É igualmente verdadeiro, contudo, que parte dos profissionais — em especial médicos obstetras — percebe o termo como estigmatizante, sensação documentada em diferentes contextos e que não pode ser sumariamente desqualificada. No entanto, cabe o questionamento: por que uma denominação que se refere ao cenário assistencial é prontamente interpretada como acusação individual? Uma possível resposta reside no reconhecimento, ainda que implícito, de que práticas potencialmente violentas integram — de modo estrutural, e não excepcional — a rotina do cuidado. Reconhecer essa ambivalência não exige renunciar ao termo, mas sim aprofundar o debate: deslocar o foco da culpabilização individual para a análise crítica das condições institucionais, culturais e organizacionais que permitem a persistência dessas práticas.

Essa reação expõe ainda o corporativismo de uma especialidade que historicamente reivindicou para si o monopólio do cuidado ao parto e que, ao perceber o termo como ataque, revela menos uma preocupação com as mulheres do que com a preservação de uma prerrogativa que entende como exclusivamente sua.

A Análise do Discurso, na tradição francesa, nos lembra que o silêncio é parte constitutiva da enunciação. As palavras que se decide *não* usar revelam tanto sobre o projeto ideológico do discurso quanto aquelas que se escolhe pronunciar. Quando entidades médicas concentram tanta energia em suprimir um termo, a pergunta que se impõe é: a quem esse silêncio serve?

O mundo reconhece: o avanço internacional

Enquanto no Brasil a discussão permanece refratada por interesses corporativos, o reconhecimento internacional da violência obstétrica como categoria jurídica e de direitos humanos avançou de forma decisiva nos últimos anos.

O marco mais significativo foi a sentença da *Inter-American Court of Human Rights* no caso *Britez Arce et al. vs. Argentina* (novembro de 2022, notificada em janeiro de 2023).¹⁹ A Corte Interamericana — cujas decisões são vinculantes para todos os Estados-parte, incluindo o Brasil — reconheceu o conceito de “violência obstétrica” em sua jurisprudência, definindo-a como uma forma de violência de gênero exercida por prestadores de cuidados de saúde contra pessoas grávidas durante o acesso a serviços de saúde na gestação, parto e pós-parto.¹⁹ A Corte declarou o Estado argentino responsável pela violação dos direitos à vida, à integridade pessoal e à saúde, e determinou campanhas de conscientização e treinamento de profissionais. O recado é iniludível: violência obstétrica é violação de direitos humanos, e os Estados têm obrigação de preveni-la, puni-la e abster-se de praticá-la.

Na Europa, a *Parliamentary Assembly of the Council of Europe* reconheceu a violência obstétrica como violência de gênero em sua Resolução 2306, de 2019,²⁰ e o *European Parliament's Committee on Women's Rights* encomendou estudo abrangente que reconheceu a violência obstétrica como violência institucional e de gênero em 2024.²¹ Em 2019, a Relatora Especial da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre Violência contra a Mulher, Dubravka Simonovic, publicou relatório dedicado ao tema, utilizando explicitamente o termo “violência obstétrica” e classificando-o como violação grave de direitos humanos.²² A produção acadêmica global acompanhou essa trajetória: revisões sistemáticas e integrativas em países de alta renda documentaram o fenômeno nos Estados Unidos, Europa e Oriente Médio,¹⁸ enquanto estudos demonstraram a violência obstétrica como principal preditor de qualidade de vida pós-parto.

O editorial “*Who is afraid of obstetric violence?*”, publicado nesta revista em 2020,²³ e a carta publicada no *Lancet* no mesmo ano,²⁴ tornaram-se referências internacionais sobre a defesa do uso do termo. Ambos os textos são citados em trabalhos publicados em periódicos como *Hypatia*, *Feminist Anthropology*, *Violence Against Women*, e *Sexual and Reproductive Health Matters*, entre outros, demonstrando que a defesa do termo encontra eco na comunidade científica internacional. A resposta subsequente publicada nesta revista sobre educação médica e violência obstétrica reforçou a necessidade de reformar a formação profissional como caminho para a transformação.

O cenário brasileiro: dados, legislação e reação

Tramitam no Congresso Nacional projetos de lei (PL) que buscam tipificar a violência obstétrica como crime. O PL 2.373/2023, de autoria da deputada Laura Carneiro (PSD/RJ), dispõe sobre a violência obstétrica na assistência à saúde da mulher, propondo a inclusão do art. 149-B no Código Penal com pena de 1 a 3 anos de reclusão.²⁵ O PL 1.763/2025, de autoria do deputado José Guimarães (PT/CE), amplia os tipos penais e estabelece penas que podem chegar a 15 anos, dependendo da gravidade da lesão.²⁶ Em março de 2026, foi apresentado requerimento de urgência para o PL 2.373/2023, sinalizando a possibilidade concreta de votação.

A justificativa empírica para essa legislação é incontornável. Dados publicados da pesquisa nacional *Nascer no Brasil II* — realizada em 395 maternidades de todos os estados brasileiros, com mais de 23 mil participantes — revelaram uma prevalência de 65,3% de violência obstétrica entre mulheres atendidas em maternidades do estado do Rio de Janeiro, com dados coletados entre 2021 e 2023 em 29 maternidades públicas e privadas.²⁷ Os tipos mais prevalentes foram toques vaginais inadequados (46,2%), negligência (31,5%) e abuso psicológico (21,7%). A manobra de *Kristeller*, contraindicada pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde desde 2017 e desaconselhada pela OMS, ainda foi relatada. Mulheres com menor escolaridade, sem emprego e atendidas no setor público apresentaram maiores prevalências — evidência de que a violência obstétrica se inscreve nas desigualdades sociais e raciais que estruturam o acesso à saúde no país.

Diante desses dados, o argumento de que ‘o Brasil já possui instrumentos legais suficientes para punir negligência, imperícia ou má prática’ soa, na melhor das hipóteses, ingênuo; na pior, cínico. Se esses instrumentos funcionassem, dois terços das mulheres cariocas não relatariam violência obstétrica uma década após a primeira edição do *Nascer no Brasil*.²⁸ Essa realidade não apenas fala: grita! E grita há tempo demais para que ainda se finja não ouvir.

Março de 2026: a reação coordenada

Em 11 de março de 2026, oito dias após a apresentação do requerimento de urgência para o PL 2.373/2023, a Febrasgo, a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicaram, simultaneamente, documentos conjuntos posicionando-se contra “a criminalização da obstetria” e pelo “parto seguro e respeitoso”.²⁹ Pela primeira vez, as três entidades se uniram formalmente em um documento conjunto sobre o tema.

Os argumentos centrais dessas manifestações merecem análise detida, porque são a expressão mais acabada da ‘resistência narcísica’ ao termo, já descrita por Katz *et al.*²³ em 2020. Lidos em conjunto, os dois documentos constroem uma narrativa que opera em três eixos: a substituição do objeto da lei pelo campo profissional inteiro, a instrumentalização das mulheres como reféns e a evocação do medo como justificativa para a inação. Cada um desses eixos merece ser examinado à luz do que dizem — e, sobretudo, do que silenciam.

O primeiro argumento é o de que os projetos de lei “criminalizam a obstetrícia”. Trata-se de uma operação retórica precisa: substituir o objeto da lei (atos de violência) pelo campo inteiro da especialidade. Não se criminaliza a obstetrícia; criminalizam-se atos ofensivos à integridade física ou psicológica da mulher durante a gestação, o parto ou o puerpério. A confusão entre a especialidade e a violência diz mais sobre quem a formula do que sobre a legislação em questão.

O segundo argumento é o de que a legislação ‘vai tirar médicos da sala de parto e deixar as mulheres sem assistência’. Este é, possivelmente, o mais revelador dos três. Trata-se de uma forma de chantagem institucional que instrumentaliza as próprias mulheres — as supostas beneficiárias da preocupação dessas entidades — como reféns. A lógica é: se vocês nos responsabilizarem, vocês ficarão sem atendimento. Transposta para qualquer outro campo, essa lógica seria inaceitável. Ninguém argumentaria que tipificar a violência doméstica como crime ‘vai tirar maridos das casas e deixar as famílias desamparadas’ — e o paralelo não é retórico: violência de gênero é violência de gênero, independentemente do cenário em que se manifesta.

O terceiro argumento é o da “medicina defensiva”: profissionais teriam medo de agir em emergências, hesitariam em realizar procedimentos necessários e, em última análise, as mulheres morreriam mais. Este argumento desconsidera que a violência obstétrica não é o resultado de agir em emergências, nem mesmo propõe-se a limitar a atuação clínica quando devidamente fundamentada. Nenhum projeto de lei criminaliza a cesariana de emergência ou a condução ativa do trabalho de parto quando necessária. Trata-se de um movimento político voltado ao enfrentamento de uma cultura assistencial que invisibiliza a mulher na tomada de decisão, desconsidera seu consentimento, se vale da desinformação e patologiza eventos fisiológicos para impor intervenções desnecessárias — dimensões que, longe de comprometer a segurança assistencial, constituem, em si, fatores de risco. Há ainda uma contradição performativa que merece registro. A mesma FEBRASGO que em 2026 se posiciona contra o termo “violência obstétrica” mantém em seu portal uma campanha pelo fim da violência contra a mulher e um levantamento inédito sobre as necessidades de quem

está na linha de frente do cuidado da saúde feminina. A pergunta que se impõe é simples: se a FEBRASGO reconhece a violência contra a mulher como problema, por que recusa o reconhecimento de que essa violência também ocorre no cenário obstétrico? A resposta, provavelmente, está menos na proteção das mulheres e mais na proteção de uma estrutura.

Violência estrutural: gênero, raça e classe

A assistência obstétrica não opera em vácuo: está inserida em sistemas de saúde cujas hierarquias reproduzem as assimetrias de gênero, raça e classe da sociedade que os sustenta.^{4,5} A violência que dela resulta é, portanto, simultaneamente estrutural e interpessoal — expressão obstétrica de um patriarcalismo que organiza tanto as relações sociais quanto as práticas assistenciais.^{4,5} Profissionais que individualmente se propõem cuidadores exercem seu ofício dentro de uma cultura institucional que naturaliza práticas violentas e constrói justificativas desprovidas de evidência para não reconhecê-las como tais.

A gestante sofre violência quando seu nível social a priva do acesso adequado aos cuidados durante a gestação. Essa violência se manifesta quando, sendo pobre, lhe é negado o pré-natal de qualidade; quando, sendo negra, suas queixas de dor são sistematicamente desacreditadas; quando, sendo jovem e de baixa escolaridade, suas decisões são desconsideradas. A vulnerabilidade é intensificada não apenas pela condição de gestante, mas pela posição social da mulher em uma sociedade desigual.

Os dados da pesquisa Nacer no Brasil II confirmam essa interseccionalidade: as maiores prevalências de violência obstétrica estão entre mulheres de menor escolaridade, sem emprego, beneficiárias de programas governamentais e atendidas no setor público.²⁷ Mulheres negras enfrentam barreiras adicionais no acesso à saúde, agravadas pela naturalização do racismo institucional nos serviços obstétricos.³⁰ A violência obstétrica não é, portanto, um problema isolado de conduta individual: é a expressão obstétrica de uma sociedade que violenta mulheres de múltiplas formas.

A pandemia causada pelo SARS-CoV-2, entre 2020 e 2022, exacerbou essas práticas de forma dramática. Muitas mulheres foram submetidas a intervenções sem justificativa clínica, como aumento de cesarianas, separação do binômio mãe–recém-nascido e restrição ao direito ao acompanhante — medidas frequentemente adotadas sob o pretexto de segurança sanitária, mas em desacordo com recomendações internacionais. A OMS (2021) orientou que mulheres com suspeita ou confirmação de infecção deveriam receber cuidado respeitoso e centrado na mulher, com manutenção do contato pele a pele e do aleitamento materno, não recomendando a separação mãe–bebê, exceto em situações de gravidade clínica materna.³¹ No Brasil, a

pandemia expôs e intensificou desigualdades estruturais na assistência obstétrica, com impacto desproporcional sobre mulheres negras e de baixa renda.³¹

Formação médica: onde a violência se perpetua

A formação médica predominante ainda reproduz a herança intervencionista da especialidade: tecnocrática, concentrada quase exclusivamente nos aspectos técnicos, relega a subjetividade da mulher a plano secundário.² É nesse contexto que se normalizaram práticas como o fórceps profilático em primíparas e a episiotomia sistemática.

A evolução da medicina orientada pela bioética impõe, contudo, a revisão desse legado. Autonomia, beneficência e não maleficência não são compatíveis com a manutenção acrítica de práticas sem respaldo em evidências. É importante distinguir: a operação cesariana, por exemplo, não é violenta em si — torna-se quando imposta, realizada sem indicação ou em discordância com as melhores evidências disponíveis. Combater a violência obstétrica serve, em primeiro lugar, às mulheres — mas serve igualmente aos profissionais, porque práticas éticas e baseadas em evidências exigem condições de trabalho adequadas e relações profissionais horizontais.

Bioética feminista e a centralidade da mulher

A transformação do cuidado obstétrico exige romper com práticas desumanizadoras e adotar modelos que integrem evidências científicas, humanização e empatia, colocando a dignidade e o bem-estar da mulher no centro da atenção. É imperativo integrar uma bioética feminista ao cuidado obstétrico, reconhecendo o parto como um evento fisiológico que deve ser conduzido com respeito à autonomia da mulher sobre seu próprio corpo.

Renomear a violência obstétrica com termos mais brandos não resolve o problema; pelo contrário, enfraquece sua relevância e dificulta o reconhecimento da gravidade da questão. A nomenclatura “violência obstétrica” permite uma descrição precisa da essência estrutural dessa forma de violência, abordando-a como violação dos direitos das mulheres à saúde, à igualdade e à autonomia reprodutiva. A nomeação não é apenas semântica: é uma ferramenta política e científica indispensável para o reconhecimento e o enfrentamento do problema.

Considerações finais

Dois terços das mulheres atendidas em maternidades do estado do Rio de Janeiro relataram pelo menos uma forma de violência obstétrica. Diante desse dado, seria razoável esperar que as entidades representativas da obstetrícia brasileira mobilizassem seus recursos institucionais para

compreender e enfrentar o problema. O que se observa, em março de 2026, é o oposto: FEBRASGO, AMB e CFM unem-se não contra a violência, mas contra o nome que a designa.

O Brasil caminha na contramão do mundo. Enquanto a *Inter-American Court of Human Rights* consagra o termo em sua jurisprudência, o *Parliamentary Assembly of the Council of Europe* e o *European Parliament's Committee on Women's Rights* o reconhecem como violência de gênero e institucional, e a produção científica global consolida o conceito, as entidades médicas brasileiras investem sua credibilidade institucional em *silenciar* o nome. A nota conjunta de março de 2026 não é um fato isolado: é o capítulo mais recente de uma estratégia sistemática de negação que tem, como efeito — intencional ou não —, a manutenção do *status quo*.

Insistir na supressão do termo não protege profissionais de consequências legais — protege uma estrutura. E é a estrutura, não a nomenclatura, que precisa mudar. Um futuro obstétrico mais justo exige práticas baseadas em evidências, respeito à autonomia da mulher e formação profissional que prepare para cuidar sem violentar. Essa transformação demanda esforço coletivo: profissionais, gestão, academia e sociedade civil — todos na mesma direção, contra a violência, não contra o termo.

Aquela que não pode ser nomeada tem nome, sim: violência obstétrica. E como nos ensinou Dumbledore, o medo do nome só aumenta o medo da coisa em si. Se o termo provoca desconforto na comunidade médica, cabe perguntar: desconforto diante de quê? Não diante da palavra — diante do que ela revela.

O incômodo com o nome deveria ser, antes de tudo, o incômodo com a realidade que ele desnuda — e é dessa realidade, não da nomenclatura, que precisamos nos libertar. Como ensina Paulo Freire, é preciso nomear o mundo para transformá-lo. Que a energia institucional hoje investida em silenciar o termo seja redirecionada para erradicar a prática que o engendrou. Porque nenhuma mulher jamais foi ferida por uma palavra. O que fere é o toque sem consentimento, a decisão imposta, a autonomia confiscada, o corpo tornado objeto. E contra isso — contra isso, sim — toda a obstetrícia deveria estar unida.

Declaração de uso da Inteligência Artificial

Os autores utilizaram o modelo de linguagem Claude (Anthropic) como ferramenta auxiliar para levantamento e verificação de documentos legislativos, jurisprudência internacional e literatura cinza, bem como para revisão editorial do manuscrito. Todo o conteúdo foi criticamente avaliado, verificado e editado pelos autores, que assumem integral responsabilidade pela versão final do artigo.

Contribuição dos autores

Amorim MMR: conceitualização; administração do projeto; supervisão; redação – revisão e edição.

Albuquerque MA, Neves LFM, Santos EGD: redação – revisão e edição.

Brilhante AVM: conceitualização, análise, redação – revisão e edição.

Os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Disponibilidade dos dados

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Referências

- Leavitt JW, Joseph B, DeLee and the practice of preventive obstetrics. *Am J Public Health*. 1988; 78 (10): 1353-61. DOI: 10.2105/AJPH.78.10.1353
- Wall LL. The medical ethics of Dr J Marion Sims: a fresh look at the historical record. *J Med Ethics*. 2006; 32 (6): 346-50. DOI: 10.1136/jme.2005.012559
- Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. *Gaceta Oficial* N° 38.668, 23 abr 2007. [acesso em 2026 Mar 15]. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf
- d'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002; 359 (9318): 1681-5. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6
- Williams CR, Jerez C, Klein K, Correa M, Belizán JM, Cormick G. Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG*. 2018; 125 (10): 1208-11. DOI: 10.1111/1471-0528.15270
- Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010; 111 (3): 201-2. DOI: 10.1016/j.ijgo.2010.09.002
- Santa Catarina. Lei n° 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. *Diário Oficial do Estado* n° 20.457. Florianópolis (SC): 19 jan 2017. [Internet]. [acesso em 2026 Mar 15]. Disponível em: https://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html
- Pernambuco. Lei n° 16.499, de 6 de dezembro de 2018. Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica no âmbito do Estado de Pernambuco. *Diário Oficial do Estado*. Recife (PE): 7 dez 2018. [Internet]. [acesso em 2026 Mar 15]. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=41220&tipo=>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde: declaração. Genebra: OMS; 2014. [Internet]. [acesso em 2026 Mar 15]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/134588>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2002. [Internet]. [acesso em 2026 Mar 15]. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f050efba-691a-401b-8fe3-11201cab4ed7/content>
- Foucault M. O nascimento da clínica. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Violência obstétrica ou contra o obstetra? Brasília (DF): CFM; 2016. [Internet]. [acesso em 2026 Mar 15]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/violencia-obstetrica-ou-contra-o-obstetra/>
- Fricker M. Epistemic injustice: power and the ethics of knowing. Oxford: Oxford University Press; 2007.
- Bourdieu P. A dominação masculina. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2012.
- Butler J. Excitable speech: a politics of the performative. New York: Routledge; 1997.
- Freire P. Pedagogia do oprimido. 50ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Posicionamento Febrasgo contra violência obstétrica. [Internet]. São Paulo: Febrasgo; 2022 [acesso em 2026 Mar 15]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/>
- 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*. 2015; 12 (6): e1001847. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001847
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Brítez Arce et al. vs. Argentina. Sentença de 16 de novembro de 2022. Série C, N°. 474 [Internet]. San José; 2022 [acesso em 2026 Mar 15]. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/serie_c_474_ing.pdf
- Parliamentary Assembly of the Council of Europe (PACE). Resolution 2306: obstetrical and gynaecological violence. Strasbourg: Council of Europe; 2019. [Internet]. [acesso em 2026 Mar 15]. Disponível em: <https://pace.coe.int/en/files/28236>

21. Brunello S, Gay-Berthomieu M, Smiles B, Bardho E, Schantz C, Rozee V. Obstetric and gynaecological violence in the EU: prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. Brussels: European Parliament, Directorate-General for Internal Policies; 2024. [Internet]. [acesso em 2026 Mar 15]. Disponível em: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/762244/IPOL_STU\(2024\)762244_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/762244/IPOL_STU(2024)762244_EN.pdf)
22. Simonovic D. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences. A/74/137. New York: United Nations General Assembly; 2019.
23. Katz L, Amorim MM, Giordano JC, Bastos MH, Brilhante AVM. Who is afraid of obstetric violence? [Editorial]. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2020; 20 (2): 623-6. DOI: 10.1590/1806-93042020000200017
24. Amorim MMR, Bastos MH, Katz L. Mistreatment during childbirth [Carta]. Lancet. 2020; 396 (10256): 816. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31563-4
25. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 2.373, de 4 de maio de 2023. Dispõe sobre a violência obstétrica e ginecológica na assistência à saúde da mulher no âmbito dos serviços públicos e privados de saúde. Brasília (DF): Câmara dos Deputados; 2023. [Internet]. [acesso em 2026 Mar 15]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2360347>
26. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 1.763, de 22 de Abril de 2025. Dispõe sobre diretrizes voltadas a atenção pré-natal, ao trabalho de parto, ao nascimento e ao puerpério, bem como estabelece as condições para a tipificação penal da violência obstétrica. Brasília (DF): Câmara dos Deputados; 2025. [Internet]. [acesso em 2026 Mar 15]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2498543>
27. Leite TH, Marques ES, Leal MC, Domingues RMSM, Nakamura-Pereira M, Theme Filha MM, *et al.* Violência obstétrica no estado do Rio de Janeiro: Pesquisa Nascido no Brasil II. Rev Saúde Pública. 2025; 59 (Supl. 1): e6s. DOI: 10.11606/s1518-8787.2025059006536
28. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual: Nascido no Brasil. Cad Saúde Pública. 2014; 30 (Supl. 1): S17-S32. DOI: 10.1590/0102-311X00151513
29. Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Nota aos médicos e à sociedade: projetos de lei criminalizam a obstetrícia, podem tirar médicos da sala de parto e deixar as mulheres sem assistência. Brasília (DF): CFM; 11 Mar 2026. [Internet]. [acesso em 2026 Mar 15]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/>
30. Góes EF, Ferreira AJF, Ramos D. Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na pandemia. Ciênc Saúde Colet. 2023; 28 (9): 2501-10. DOI: 10.1590/1413-81232023289.08412022
31. Organização Mundial da Saúde (OMS). Living guidance for clinical management of COVID-19. Genebra: OMS; 2021. [Internet]. [acesso em 2026 Mar 26]. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/670e3b89-b4ae-429b-abee-7b0d3d54af49/content>

Recebido em 5 de Fevereiro de 2026

Aprovado em 12 de Fevereiro de 2026

Editora Chefe: Melania Amorim