

Violência Institucional no Parto

Raphael Câmara Medeiros Parente

Conselheiro Federal pelo Rio de Janeiro. MD,

MSc, PhD

CRM 711479-RJ

Ginecologia e Obstetrícia - RQE nº30887



O CFM É CONTRÁRIO AO USO DO TERMO “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA!”



PROCESSO-CONSULTA CFM nº 22/2018 – PARECER CFM nº 32/2018

INTERESSADO:	Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal
ASSUNTO:	Violência obstétrica
RELATOR:	Cons. Ademar Carlos Augusto

EMENTA: A expressão "violência obstétrica" é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética.

DA CONSULTA

Trata-se de consulta oriunda do CRM-DF com solicitação ao CFM sobre a proliferação de leis sobre "violência obstétrica".

DO PARECER

Este Parecer foi elaborado pela Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CFM, o qual acato em toda a sua integralidade.

1 INTRODUÇÃO

No exercício da medicina, desde os seus primórdios, fomos habituados a crer que nosso atendimento é sempre em benefício dos pacientes, e a maioria dos médicos sente-se agredida quando, porventura, narrativas hostis, não necessariamente verdadeiras, são divulgadas de forma desrespeitosa, maculando a essência do nosso ofício.

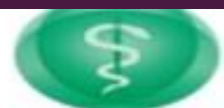
Expressão Recomendada

O CFM considera a terminologia "**violência obstétrica**" **inadequada** e potencialmente geradora de conflitos.

Recomenda-se:

"Violência Institucional no Parto"

Essa expressão amplia a compreensão ao considerar falhas estruturais e sistêmicas.



CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



PARA OS
MÉDICOS



PARA OS
ESTUDANTES

INÍCIO

INSTITUCIONAL

EVENTOS

COMUNICAÇÃO

BIBLIOTECA ELETRÔNICA

VOCE ESTÁ EM: INFORMES

MS SE POSICIONA CONTRA O TERMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

07/05/2019



CREMERJ

Nota de **APOIO**

O CREMERJ apoia a posição do Ministério da Saúde (MS) em se colocar contra o uso do termo “violência obstétrica”. Em despacho realizado na última sexta-feira (3), o Ministério afirma que o termo tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto- puerpério. Além disso, o documento relata que estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do uso do vocábulo “violência obstétrica” com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada.



Projetos em tramitação no Congresso Nacional buscam tipificar condutas no parto como crime.

Autonomia técnica

Possível interferência na autonomia técnica do médico baseada em evidências

Criminalização clínica

Criminalização de intervenções reconhecidas e essenciais à vida materno-fetal

Comunicação

Ampliação do conceito para abarcar atos clínicos e aspectos da comunicação

Procedimentos sob risco

Indução do parto, ocitocina, fórceps, analgesia e cesarianas em risco

A aprovação dessas propostas pode produzir efeitos contrários aos pretendidos

01

Insegurança Jurídica

O profissional enfrenta risco de responsabilização penal em contextos clínicos complexos e de alta pressão.

02

Hesitação Decisória

Retardo na tomada de decisão em momentos críticos pode ser determinante para a sobrevivência da mãe e do recém-nascido.

03

Perda de Autonomia

A redução da autonomia técnica baseada em evidências compromete a qualidade assistencial.

ALERTA CRÍTICO

Risco de Desassistência

- Risco de criminalização do profissional de saúde
- Condições adversas de trabalho já existentes
- Pressão jurídica crescente sobre obstetras

Impacto Direto

A obstetrícia torna-se especialidade de alto risco, comprometendo o acesso da população à assistência — sobretudo no SUS.



AMPLIAÇÃO EXCESSIVA DO CONCEITO



Os textos legislativos em questão adotam definições amplas e imprecisas que podem enquadrar como violência:

Condutas Clínicas

Procedimentos médicos reconhecidos e baseados em evidências científicas

Comunicação

Formas de expressão e linguagem utilizadas pelo profissional durante o atendimento

Termos afetivos

Expressões coloquiais carinhosas interpretadas como ofensivas — gerando responsabilização penal

⚠ Esse ambiente favorece a judicialização excessiva e a insegurança nas relações assistenciais.

Quais projetos de leis são esses?



Autoria: Senador Eduardo Girão (NOVO/CE)

Ementa: Dispõe sobre a garantia da atenção humanizada à gestação, ao parto e ao puerpério.

PROJETO DE LEI Nº 3028, de 2025



Art. 3º Toda mulher, durante o pré-natal, parto e puerpério, tem direito a:

VIII – ter a presença de profissional de fotografia e filmagem para registros de memórias durante o trabalho de parto, parto e pós-parto que tenha contratado, vedada a imposição desse profissional por parte do estabelecimento de saúde, bem como a cobrança de qualquer taxa adicional vinculada à presença deste.

IX – realizar registros fotográficos, em áudio e/ou vídeo, bem como compartilhar, em tempo real, com pessoas de sua escolha, consultas médicas e exames de acompanhamento da gestação, como ultrassonografias, ecocardiogramas e correlatos, respeitado o sigilo profissional, o consentimento expresso dos profissionais de saúde quanto à utilização de suas imagens ou vozes e a privacidade dos demais pacientes e profissionais presentes.

Médico obstetra é quem autoriza filmagens em sala de parto, prevê parecer do CREMERJ

06/03/2026 | 15:00



Por meio do Parecer nº 01/2026, o CREMERJ analisou a autonomia do médico obstetra em relação à autorização de fotos e filmagens durante o trabalho de parto, partos vaginais e cesarianas. O documento conclui que a filmagem do parto é permitida quando houver autorização do médico responsável, que também pode impedir o registro audiovisual de forma fundamentada.

O parecer, relatado pelo conselheiro do CREMERJ Raphael Câmara, que também é conselheiro federal pelo estado do Rio de Janeiro, esclarece que o direito da parturiente de registrar o nascimento não é absoluto e deve ser compatibilizado com a autonomia técnica do médico, a segurança do procedimento, o direito de imagem da equipe de saúde e as normas institucionais das unidades hospitalares.

Art. 4º Durante o pré-natal, será elaborado pela equipe de saúde, em comum acordo com a gestante e sua família, o plano de parto, que conterá as seguintes informações, além de outras dispostas no regulamento:

(...)

§ 3º O parto cirúrgico somente poderá ser realizado nas seguintes hipóteses:

- I – quando o parto pela via vaginal representar risco para a gestante ou para o nascituro;
- II – por decisão da gestante, mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, após receber informações claras e detalhadas sobre os riscos do parto cirúrgico e os benefícios do parto vaginal, de modo a assegurar uma escolha consciente.

Art. 6º Caracteriza-se como violência obstétrica:

(...)

V - não permitir que a mulher escolha sua posição de parto, obrigando-a a parir deitada, com a barriga para cima e com as pernas levantadas;

VI – efetuar exame de toque repetidas vezes, por mais de uma pessoa, sem o devido esclarecimento e sem o consentimento da mulher, em discordância ao que estabelece as evidências científicas atualizadas;

(...)

XI – realizar cirurgia cesariana, sem autorização e sem informar à parturiente sobre seus riscos, ou ao seu acompanhante, quando esta não estiver em condições de responder por si;

Autoria: José Guimarães (PT-CE)

Ementa: 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.

CAPÍTULO V DOS CRIMES

Art. 14. Ofender a integridade corporal ou a saúde da gestante, parturiente ou puérpera, por meio do emprego de manobras, técnicas, procedimentos ou métodos em desacordo com os procedimentos estabelecidos pela autoridade de saúde:

Pena – detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.

CAPÍTULO V DOS CRIMES

§1º - Se a lesão resulta em:

- I- incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 dias; o nascituro;
- II- perigo de vida para a gestante, parturiente, puérpera ou para
- III- debilidade permanente do sistema reprodutivo;
- IV – aceleração de parto: Pena – reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, e multa.

CAPÍTULO V DOS CRIMES

§2º - Se a lesão resulta em:

- I – perda ou inutilização do membro, sentido ou função;
- II – deformidade permanente;
- III – aborto: Pena – reclusão, de 3 (três) a 8 (oito) anos.

§ 3º Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo:

Pena - reclusão, de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos.

CAPÍTULO V DOS CRIMES

Art. 15. Causar dano emocional à gestante, parturiente ou puérpera mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, chantagem, ridicularização, ou qualquer outro meio que cause prejuízo à saúde psicológica e autodeterminação:

Pena – detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos, e multa.

Um levantamento feito pela pesquisa *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*, comandado pela Fundação Perseu Abramo e o Sesc, aponta que **uma em cada quatro mulheres já foi vítima de violência obstétrica.**



F U N D A Ç ã O
Perseu Abramo
Partido dos Trabalhadores



EL PAÍS



A [Venezuela](#) foi o primeiro país a regulamentar legalmente a “violência obstétrica” como “apropriação do corpo das mulheres e do processo reprodutivo pelas equipes de saúde por tratamento desumanos”. A violência obstétrica reduz as mulheres ao processo reprodutivo: a

Corrected: A Systematic Review of the Use of Routine Versus Selective Episiotomy for Vaginal Birth

Nour A. Alrida ¹, Amal Ababneh ², Khawla Al-Sharif ³, Diana Arabiat ^{4, 5}, Jafar Alshraidah ⁶, Basheer Al-Zu'bi ⁷

1. Nursing, Yarmouk University, Irbid, JOR 2. Nursing, Jerash University, Jerash, JOR 3. Critical Care, Jordanian Ministry of Health, Amman, JOR 4. Maternal and Child Health Nursing, Faculty of Nursing, Jordanian University of Science and Technology, Amman, JOR 5. Clinical Research and Innovation, School of Nursing and Midwifery, Curtin University, Joondalup, AUS 6. Nursing, University of Jordan, Amman, JOR 7. Critical Care, Irbid Applied University, Al-Salt, JOR

Corresponding author: Nour A. Alrida, noor_ali8882@yahoo.com

Abstract

Episiotomy is a common obstetric surgical procedure involving an incision to enlarge the vaginal opening, facilitating the delivery of the fetus during the second stage of labor. Hence, the current review was conducted to assess the impact of using selective versus routine episiotomy during vaginal birth on birth outcomes. This systematic review used the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology for systematic reviews and research syntheses. PubMed, the Cochrane Library, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), and SCOPUS were searched for relevant studies. Two reviewers independently screened and extracted data from relevant studies. Four studies met the eligibility criteria and were included in this review. The findings suggest selective episiotomy is associated with better maternal and fetal outcomes than routine episiotomy in certain contexts. However, results varied, indicating the importance of tailoring episiotomy practices to specific patient populations and healthcare settings. **To conclude, the review supports the use of selective episiotomy over routine episiotomy during vaginal birth, as it is associated with fewer adverse maternal outcomes.**

Categories: Obstetrics/Gynecology

Keywords: episiotomy, routine episiotomy, selective episiotomy, systematic review, vaginal birth

Vaginas cortadas sem permissão

Uma das violências mais comuns no parto é a episiotomia, um corte feito abaixo da vagina para aumentar o canal de passagem do bebê. Segundo a Organização Mundial da Saúde, não há nenhuma prova científica de que o corte, tão doloroso, seja necessário. Mas, no Brasil, [mais da metade dos partos normais são feitos com episiotomia](#). Muitos deles, sem autorização.

International Urogynecology
Journal

Springer

Obstetric anal sphincter injuries after episiotomy: systematic review and meta-analysis

Tina Sara Verghese, Rita Champaneria, [...], and Pallavi Manish Latthe

ESTADÃO



“Não me corta!” Mulheres imploram, mas mesmo assim são mutiladas durante parto normal

Rita Lisauskas

03 de fevereiro de 2015 | 09h41



Conclusion

The pooled analysis of a large number of women undergoing vaginal birth, most of who were nulliparous, indicates that MLE has a beneficial effect in prevention of OASI. An accurately given MLE might have a role in reducing OASI and should not be withheld, especially in nulliparous women.



violência obstétrica. Não é verdade. A violência obstétrica se manifesta de várias formas no ciclo de vida reprodutiva das mulheres. Em cada mulher insultada verbalmente porque sente dor no momento do parto ou quando não lhe oferecem analgesia. Na **violência sexual** sofrida em atendimento pré-natal ou em clínicas de reprodução assistida. **No uso de fórceps**, na proibição de doulas ou pessoas de confiança na sala de parto. Na **cesárea** como indicação médica para o parto seguro. A verdade é que a violência obstétrica é uma forma de desumanização das mulheres.

Entre **mulheres negras**, é comum ouvir relatos de médicos que recusam a aplicação de anestésias ou que realizam o exame de toque de forma dolorosa. Segundo elas, estes profissionais se valem de uma **máxima racista** de que a mulher negra “*é mais forte*”.

O QUE INVENTAM SER VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: KRISTELLER

Empurra e aperta que sai

Essa é a lógica da prática quase medieval chamada de “**manobra de Kristeller**”. Ela consiste na prática de empurrar, apertar ou mesmo se sentar sobre a barriga da mulher – que, lembremos, já está passando pelas dores das contrações – para acelerar o parto.

*Tu acha que isso é um
jeito bom de nascer ?*



PORRA

O QUE INVENTAM SER VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: KRISTELLER



A manobra de Kristeller muitas vezes está equivocadamente classificada como violência obstétrica e como “proscrita”. Não há qualquer evidência científica de que não deva ser utilizada em situações necessárias. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) ratificou a manobra de Kristeller para situações necessárias e excepcionais.

O que inventam ser violência obstétrica: Kristeller (Cochrane 2017)



Authors' conclusions

There is insufficient evidence to draw conclusions on the beneficial or harmful effects of fundal pressure, either manually or by inflatable belt. Fundal pressure by an inflatable belt during the second stage of labour may shorten duration of second stage for nulliparous women, and lower rates of operative birth. However, existing studies are small and their generalizability is uncertain. There is insufficient evidence regarding safety for the baby. There is no evidence on the use of fundal pressure in specific clinical settings such as inability of the mother to bear down due to exhaustion or unconsciousness. There is currently insufficient evidence for the routine use of fundal pressure by any method on women in the second stage of labour. Because of current widespread use of the procedure and the potential for use in settings where other methods of assisted birth are not available, further good quality trials are needed. Further evaluation in other groups of women (such as multiparous women) will also be required. Future research should describe in detail how fundal pressure was applied and consider safety of the unborn baby, perineal outcomes, longer-term maternal and infant outcomes and maternal satisfaction.



Cochrane Database of Systematic Reviews

PLAIN LANGUAGE SUMMARY

Fundal pressure during the second stage of labour for improving maternal and fetal outcomes

What is the issue?

The second stage of labour is the pushing stage, from when the cervix is fully dilated (to 10 cm) until the baby is born. Fetal distress, failure to progress, maternal exhaustion or a medical condition where prolonged pushing is dangerous, can complicate this stage.

Fundal pressure during the second stage of labour (Review)

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

2

Fundal pressure during the second stage of labour (Review)

Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M

O QUE INVENTAM SER VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA



Uns pontinhos a mais para agradar o marido...

Depois do corte, alguns médicos decidem fazer pontos extras ou mais repuxados na altura da vagina, para deixar a mulher “apertadinha” para seu marido. Algumas dessas histórias foram contadas pelo [Intercept](#) em setembro de 2018. Depois da



EL PAÍS



ESTILO

O ‘ponto para o marido’ não é só um mito do parto

O ‘husband stich’, o ponto dado a mais na episiotomia para o prazer masculino, é muito mais do que uma lenda urbana. Conversamos com sexólogas e parteiras que confirmam isso

EXEMPLOS RETIRADOS DE PLANOS DE PARTO REAIS



Desejo NÃO TER medicação para dor.

Não permito que minha barriga seja empurrada para baixo ou que seja forçada a saída do bebê de forma alguma (Manobra de Kristeller).

Não permito episotomia em hipótese nenhuma.

Não autorizo o uso de colírio ou nitrato de prata.

Não quero que seja oferecida analgesia por nenhum membro da equipe. Eu mesma pedirei caso deseje alívio de dor.

Deixar o bebê nascer naturalmente, sem puxos dirigidos ou giros e manobras manuais no expulsivo.

US Preventive Services Task Force |
Recommendation Statement

January 29, 2019

**Ocular Prophylaxis for
Gonococcal Ophthalmia
Neonatorum**

US Preventive Services
Task Force Reaffirmation
Recommendation
Statement

conditions. The USPSTF found no new data that would change its previous conclusion that there is convincing evidence that topical ocular prophylaxis of all newborns is not associated with serious harms. Therefore, the USPSTF reaffirms its previous conclusion that there is convincing evidence that topical ocular prophylaxis for all newborns provides substantial benefit.

Conclusions and Recommendation The USPSTF recommends prophylactic ocular topical medication for all newborns to prevent gonococcal ophthalmia neonatorum. (A recommendation)

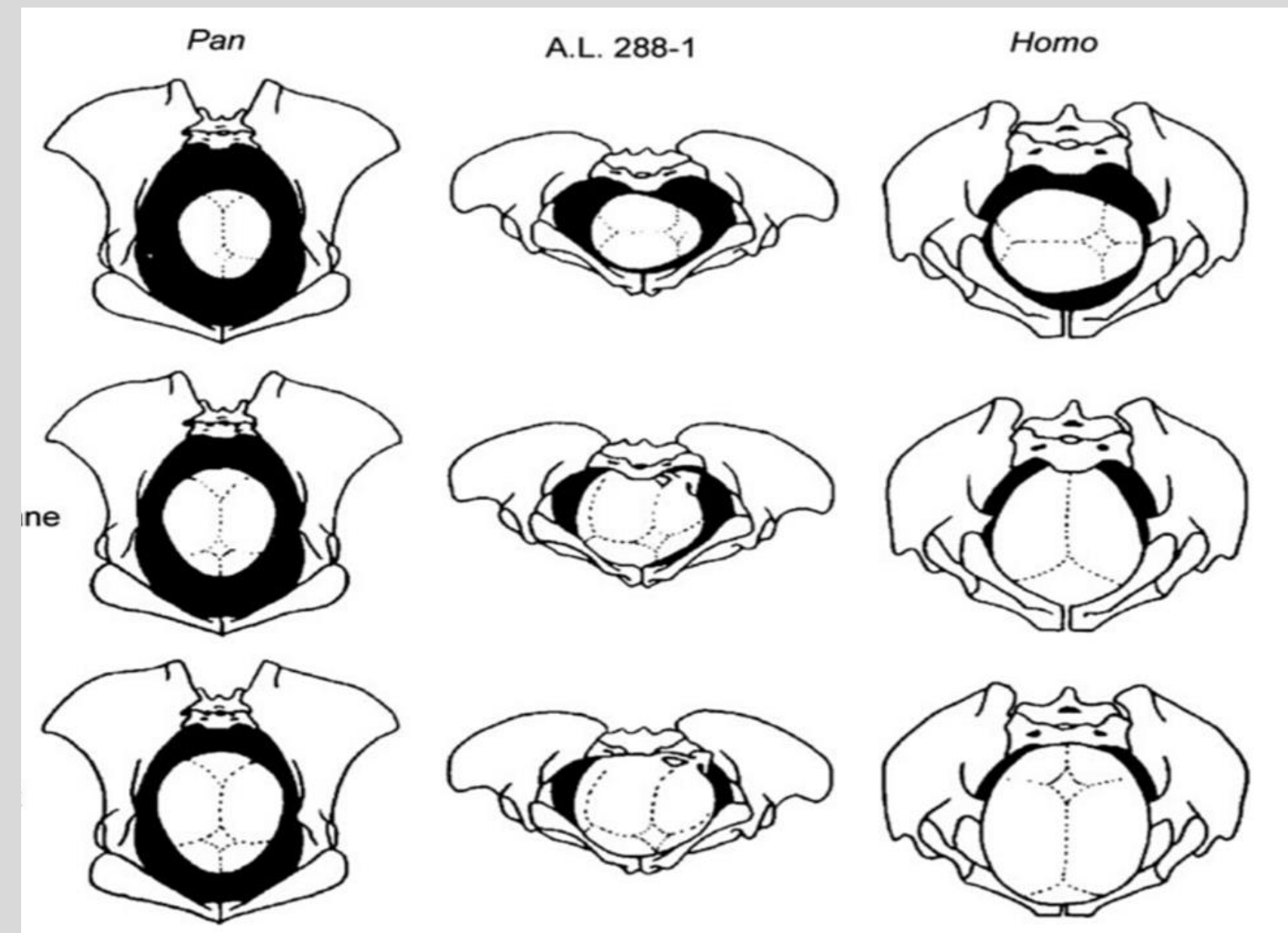
The history of vaginal birth

Raphael Câmara Medeiros Parente, LÍlian Paglarelli Bergqvist, Marina Bento Soares & Olimpio Barbosa Moraes Filho

Archives of Gynecology and
Obstetrics

ISSN 0932-0067
Volume 284
Number 1

Arch Gynecol Obstet (2011)
284:1-11
DOI 10.1007/
s00404-011-1918-6



ACOG COMMITTEE OPINION

Number 761

(Replaces Committee Opinion No. 559, April 2013)

Committee on Obstetric Practice

This Committee Opinion was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice in collaboration with committee members Meredith L. Birsner, MD and T. Flint Porter, MD.

Cesarean Delivery on Maternal Request

ABSTRACT: The incidence of cesarean delivery on maternal request and its contribution to the overall increase in the cesarean delivery rate are not well known, but it is estimated that 2.5% of all births in the United States are cesarean delivery on maternal request. Cesarean delivery on maternal request is not a well-recognized clinical entity. The available information that compared the risks and benefits of cesarean delivery on maternal request and planned vaginal delivery does not provide the basis for a recommendation for either mode of delivery.



WHO Statement on Caesarean Section Rates

Every effort should be made to provide caesarean sections to women in need, rather than striving to achieve a specific rate

Executive summary

Since 1985, the international healthcare community has considered the ideal rate for caesarean sections to be between 10% and 15%. Since then, caesarean sections have become increasingly common in both developed and developing countries. When medically justified, a caesarean section can effectively prevent maternal and perinatal mortality and morbidity. However, there is no evidence showing the benefits of caesarean delivery for women or infants who do not require the procedure. As with any surgery, caesarean sections are associated with short and long term risk which can extend many years beyond the current delivery and affect the health of the woman, her child, and future pregnancies. These risks are higher in women with limited access to comprehensive obstetric care.

EVIDÊNCIAS CESARIANA A PEDIDO X VAGINAL (ACOG)



Table 2. Outcome Variables With Moderate Quality Evidence Regarding Delivery Route for Term Singleton Gestation With Vertex Presentation ↵

Favor Planned Vaginal Delivery	Favor Planned Cesarean Delivery
Maternal length of stay	Maternal hemorrhage
Neonatal respiratory morbidity	
Subsequent placenta previa or accreta	
Subsequent uterine rupture	

Data from NIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. NIH Consens State Sci Statements 2006;23:1–29. [PubMed]



Open menu

Cochrane Database of Systematic Reviews Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews

Cochrane Systematic Review - Overview | Version published: 14 March 2012 [see what's new](#)

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>



[View article information](#)

Leanne Jones | Mohammad Othman
| Therese Dowswell | Zarko Alfirevic
| Simon Gates | Mary Newburn | Susan Jordan
| Tina Lavender |  James P Neilson

Authors' conclusions

Most methods of non-pharmacological pain management are non-invasive and appear to be safe for mother and baby, however, their efficacy is unclear, due to limited high quality evidence. In many reviews, only one or two trials provided outcome data for analysis and the overall methodological quality of the trials was low. High quality trials are needed.

There is more evidence to support the efficacy of pharmacological methods, but these have more adverse effects. Thus, epidural analgesia provides effective pain relief but at the cost of increased instrumental vaginal birth.

O QUE INVENTARAM SER VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: POSIÇÃO DE LITOTOMIA



Cochrane Library

Women's position for giving birth without epidural anaesthesia

The findings of this review suggest several possible benefits for upright posture in women without epidural anaesthesia, such as a very small reduction in the duration of second stage of labour (mainly from the primigravid group), reduction in episiotomy rates and assisted deliveries. However, there is an increased risk blood loss greater than 500 mL and there may be an increased risk of second degree tears, though we cannot be certain of this. In view of the variable risk of bias of the trials reviewed, further trials using well-designed protocols are needed to ascertain the true benefits and risks of various birth positions.



Pai desmaia ao ver filha nascer em SC, diverte equipe e vídeo viraliza nas redes sociais

O que o CFM defende

INSTRUMENTOS JÁ EXISTENTES DE PROTEÇÃO



O ordenamento jurídico brasileiro já dispõe de mecanismos eficazes para coibir abusos:



Código Penal

Prevê crimes como lesão corporal, maus-tratos e homicídio culposo para condutas abusivas



Código de Ética Médica

Regulamenta a conduta profissional e impõe responsabilidades deontológicas ao médico



Resoluções do CFM

Pareceres e resoluções que regulam a prática profissional com base técnica e ética



Posição do CFM

O próprio CFM repudia qualquer forma de violência e defende assistência respeitosa e de qualidade

A assistência ao parto deve equilibrar três pilares fundamentais:

Autonomia da Mulher

Respeito às escolhas, informação clara e participação ativa da paciente nas decisões

Responsabilidade Técnica

Medicina baseada em evidências, princípio da não maleficência e excelência clínica

Segurança Materno-Fetal

Proteção do binômio mãe-bebê com decisões rápidas e fundamentadas em situações críticas

CAMINHOS PARA O ENFRENTAMENTO



Em vez da ampliação do campo penal, as soluções estruturais devem priorizar:

1 Fortalecimento do sistema de saúde (SUS)

2 Ampliação de leitos obstétricos

3 Melhoria da infraestrutura hospitalar

4 Valorização e qualificação das equipes de saúde

5 Qualificação do pré-natal, parto e puerpério

6 Políticas públicas de cuidado integral à mulher e à criança

Uma Assistência Digna e Segura

A discussão é legítima e necessária, mas deve ser conduzida com base em evidências e responsabilidade institucional.

Conceitos amplos e penalizações indevidas comprometem a segurança assistencial e paradoxalmente prejudicam a população.

Soluções estruturais — e não apenas punitivas — são o caminho para garantir assistência digna, segura e de qualidade.

OBRIGADO

