



CAROLINE CAMPOS SILVA

**LEI 7.461/2024: UM COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO DISTRITO
FEDERAL**

BRASÍLIA

2025

CAROLINE CAMPOS SILVA

**LEI 7.461/2024: UM COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO DISTRITO
FEDERAL**

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UnICEUB).

Orientador: Frederico Augusto Barbosa da Silva

BRASÍLIA

2025

CAROLINE CAMPOS SILVA

**LEI 7.461/2024: UM COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO DISTRITO
FEDERAL**

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientador: Frederico Augusto Barbosa da Silva

BRASÍLIA, DATA DE APRESENTAÇÃO

BANCA EXAMINADORA

Professor(a) Orientador(a)

Professor(a) Avaliador(a)

LEI 7.461/2024: UM COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO DISTRITO FEDERAL

CAROLINE CAMPOS SILVA

RESUMO

A violência obstétrica é um problema de grandes proporções no Brasil e que deve ser inibida através de legislações específicas. Também são necessárias políticas públicas no âmbito dos serviços de saúde de forma a qualificar a atenção e capacitar profissionais, desde os médicos, enfermeiros e auxiliares, mas também as administrações. O problema a ser enfrentado pela pesquisa é a violência obstétrica, que se caracteriza como uma violência de gênero, por ser cometida contra mulher em todas as etapas da gravidez e do pós-parto, incluindo os casos de abortamento. Essa violência é considerada como parte integrante de uma sociedade que violenta as mulheres pela sua identidade de gênero e pela sua condição feminina, fruto da dominação masculina que origina o machismo, tanto institucional quanto pessoal, e que recai nas diversas relações da mulher com seu corpo, sua posição na sociedade e sua dignidade. Este projeto aborda a Lei nº 7.461/2024, recentemente sancionada no Distrito Federal, com foco no enfrentamento da violência obstétrica. A pesquisa discute os conceitos de violência obstétrica, suas implicações para a saúde física e mental das mulheres, e como a nova legislação contribui para a humanização dos cuidados obstétricos. A metodologia empregada inclui análise documental e bibliográfica sobre o tema, destacando os avanços trazidos pela lei e os desafios na sua implementação. Conclui-se que a legislação representa um marco importante para a garantia de direitos das gestantes, parturientes e puérperas, embora ainda enfrente barreiras culturais e estruturais.

Palavras-chave: violência obstétrica; direitos da mulher; saúde materno-infantil; Distrito Federal, Lei nº 7.461/2024; humanização do parto; prevenção e combate.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 DOCUMENTOS NORMATIVOS	6
3 CONCEITOS NECESSÁRIOS À DELIMITAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	8
4 ALGUMAS EVIDÊNCIAS	10
5 LEI 4.761/2024 E SUAS DIRETRIZES	15
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um momento singular na vida de uma mulher e de sua família, devendo ser vivenciado com segurança, respeito e acolhimento. No entanto, a persistente realidade da violência obstétrica no Brasil, e no Distrito Federal, demonstra um cenário preocupante onde práticas desumanas e desrespeitosas ainda permeiam a assistência à mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto.

Diante dessa problemática, a promulgação da Lei nº 7.461/2024 no Distrito Federal representa um avanço legislativo significativo. Originada do Projeto de Lei nº 245/2023, de autoria da Deputada Paula Belmonte, a lei estabelece diretrizes claras para prevenir e combater a violência obstétrica, buscando assegurar o direito de todas as mulheres a um parto digno e a uma gestação respeitosa.

O presente artigo propõe uma análise da Lei nº 7.461/2024, investigando suas diretrizes, o alcance de suas disposições e o seu potencial para impactar positivamente a qualidade da assistência obstétrica no Distrito Federal. Busca-se, assim, contribuir para a compreensão da nova legislação e para o debate sobre as estratégias necessárias para sua efetiva implementação e para a promoção de um cuidado materno-infantil verdadeiramente humanizado.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), considerando que, anualmente, nascem cerca de 3 milhões de bebês no Brasil, sendo 98% dos partos realizados em estabelecimentos hospitalares públicos e privados, estima-se que uma em cada quatro mulheres brasileiras relata ter sido vítima de algum tipo de violência obstétrica. Entretanto, esse número pode ser significativamente maior devido à subnotificação (Brasil, 2012).

A violência obstétrica ocorre, predominantemente, de forma institucional, quando profissionais de saúde e/ou instituições assumem uma posição de domínio e controle sobre o corpo das mulheres e se baseiam em comportamentos profissionais inadequados em relação aos direitos das mulheres.

Essa dinâmica é evidenciada nos inúmeros relatos de vítimas que afirmam ter sofrido práticas desrespeitosas e abusivas durante o período gestacional, no parto ou no puerpério (Castro, 2020).

Os indicadores quantitativos e a reflexão sistemática permitem qualificar a ação do setor público. Planejar, avaliar e estruturar são ações que dependem da produção de evidências que qualifiquem o Estado na atuação mais efetiva da lei. No entanto, mesmo com a ausência de evidências robustas é necessários os estabelecimento de critérios e normas que constringam os comportamentos ligados á violência contra as mulheres.

A análise aqui proposta deverá ser ampliada com outros exemplos e de forma a contribuir para o desenvolvimento de melhores critérios para estabelecer, acompanhar e avaliar projetos e programas públicos de combate a violência obstétrica no Distrito Federal e em todo território nacional.

2 DOCUMENTOS NORMATIVOS

No contexto internacional, existem três importantes documentos que foram assinados pelo Brasil, primeiramente a Convenção da ONU pela Eliminação de toda forma de Discriminação Contra Mulheres em 1979, também conhecida como "Carta Internacional dos Direitos da Mulher" (CEDAW), garantiu às mulheres decisões livres e responsáveis aos seus direitos reprodutivos e sexuais, inspirando diversos textos normativos nacionais para proteção dos direitos das mulheres (Martins; Pavão, 2024).

O Brasil validou a Convenção pela Eliminação de Toda Forma de Discriminação Contra Mulheres em 1979 firmado pelo Decreto 4.377/2022 e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra Mulheres em 1994.

A Convenção da ONU pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW) representa um marco fundamental no direito internacional dos direitos humanos. Ao ser denominada como a "Carta Internacional dos Direitos da Mulher", essa convenção sublinha seu papel abrangente na busca pela igualdade de gênero. A garantia de "decisões livres e responsáveis" em relação aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, mencionada no texto, é um aspecto crucial que reconhece a autonomia feminina sobre seus corpos e suas vidas. Essa disposição da CEDAW serviu como uma poderosa fonte de inspiração para a elaboração de diversas leis e políticas em nível nacional, impulsionando o reconhecimento e a proteção dos direitos das mulheres em diferentes esferas da sociedade brasileira.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, conhecida como "Convenção de Belém do Pará", complementa a CEDAW ao focar especificamente na questão da violência de gênero. Assinada em 1994, essa convenção regional reconhece a violência contra a mulher como uma violação dos direitos humanos e estabelece a obrigação dos Estados Partes de adotar medidas abrangentes para prevenir, punir e erradicar essa grave forma de discriminação. A Convenção de Belém do Pará foi um instrumento essencial para impulsionar a criação de leis e políticas de combate à violência contra a mulher na América Latina, incluindo a legislação brasileira.

A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2014, enfatizando a importância da criação de políticas públicas voltadas à conscientização e à divulgação de informações educacionais e sociais, ressoa diretamente com os objetivos da CEDAW e da Convenção de Belém do Pará. A conscientização é uma ferramenta poderosa para desafiar estereótipos de gênero, desnaturalizar a violência contra a mulher e promover a igualdade. Ao divulgar informações sobre os direitos das mulheres e as formas de violência, as políticas públicas podem contribuir para a mudança de atitudes e comportamentos na sociedade, estabelecendo um ambiente mais seguro e igualitário para todas.

Em síntese, esses três documentos normativos, a CEDAW, sua ratificação pelo Brasil e a Convenção de Belém do Pará – formam um arcabouço legal robusto para a

proteção dos direitos das mulheres no território brasileiro. Eles se complementam e se reforçam entre si, estabelecendo padrões internacionais e regionais que influenciam e orientam a legislação e as políticas públicas nacionais. A orientação da OMS sobre a conscientização destaca a importância de ir além das leis, trazendo uma mudança cultural que valorize a igualdade e o respeito pelos direitos de todas as mulheres.

3 CONCEITOS NECESSÁRIOS À DELIMITAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica caracteriza-se como uma violência de gênero, por ser cometida contra mulher em todas as etapas da gravidez e do pós-parto, incluindo os casos de abortamento.

Nesse contexto, a violência obstétrica ocorre predominantemente contra mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, perpetuada por profissionais de saúde e pelo próprio sistema de saúde. Reconhecer essa raiz de gênero é crucial para entender as motivações e os impactos da violência obstétrica. Essa violência é considerada como parte integrante de uma sociedade que violenta as mulheres pela sua identidade de gênero e pela sua condição feminina, fruto da dominação masculina que origina o machismo, tanto institucional quanto pessoal, e que recai nas diversas relações da mulher com seu corpo, sua posição na sociedade e sua dignidade.

O parto e o nascimento de um filho são eventos marcantes na vida de uma mulher. Infelizmente muitas vezes são lembrados como uma experiência traumática na qual a mulher se sentiu agredida, desrespeitada e violentada por aqueles que deveriam estar lhe prestando assistência. A dor do parto, no Brasil, muitas vezes é relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais e dos profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo.

A violência obstétrica infringe uma série de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Esses direitos incluem o direito à saúde sexual e reprodutiva, à autonomia sobre o próprio corpo, à informação completa e acessível, ao consentimento livre e informado, ao tratamento digno e respeitoso, à privacidade e à liberdade de discriminação. A violência obstétrica desrespeita a capacidade da mulher de tomar decisões livres e informadas sobre seu corpo e seu processo de parto.

Existem diversas ações que correspondem à violência obstétrica, todas caracterizadas pelo desrespeito e violação dos direitos humanos. Em 2014, a OMS definiu o termo como um conjunto de atos de desrespeito, abuso, maus tratos e negligência contra a mulher e o bebê, antes, durante e após o parto, que “equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais” (OMS, 2014, p. 02).

A negligência é caracterizada por dificuldades no cuidado à gestante; já a violência física é caracterizada pela realização de procedimentos desnecessários e/ou violentos sem o consentimento da paciente; a violência verbal manifesta-se por comentários agressivos, constrangedores, ofensivos e tentativas de ridicularização; por fim a violência psicológica é caracterizada por ações que provocam sentimentos de inferioridade, exclusão, medo ou instabilidade (Lopes, 2020).

A violência obstétrica é um problema sério que afeta muitas mulheres durante o processo de gestação e parto. No âmbito do direito e da ciência jurídica, o reconhecimento das desigualdades e violências de gênero nos traz o desafio de inserir elementos normativos nos ordenamentos jurídicos pátrios, capazes de conferir direitos, políticas e serviços específicos às mulheres.

O reconhecimento dessas especificidades traz consequências inevitáveis para a garantia do direito à saúde numa perspectiva de gênero, buscando alcançar uma interpretação igualitária desse direito no que tange a sua aplicabilidade para homens e mulheres, tomando por base, inclusive, as desigualdades e as violências de gênero praticadas na sociedade.

O Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, garantido nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal Brasileira, é alicerçado pelos princípios da equidade e universalidade (artigo 196), além das diretrizes de participação social e integralidade de assistência à saúde (artigo 198).

Entendido como um direito social (artigo 6º) e como um direito que depende da elaboração de políticas sociais e econômicas para a sua implementação (artigo 196), o direito à saúde é lido de forma harmônica com os demais princípios constitucionais, dos quais decorre a interpretação de que as questões de gênero devem estar presentes na concepção do direito à saúde, como um grupo vulnerável que merece amparo do SUS e políticas específicas para sua garantia.

O princípio da integralidade de assistência à saúde, formulado na Reforma Sanitária e norteador da criação do SUS, é entendido como a cadeia interseccional de cuidados em saúde que devem nortear as práticas sanitárias e a assistência à saúde numa perspectiva de atendimento de todas as necessidades biopsicossociais dos cidadãos, e vem sendo basilar para a luta em prol da garantia do direito das mulheres desde antes da Constituição Federal de 1988.

O conceito de humanização do parto e nascimento contrapõe-se diretamente à violência obstétrica. A humanização preconiza um modelo de atenção que coloca a mulher como protagonista do seu parto, respeitando suas necessidades, desejos e escolhas, e promovendo um ambiente acolhedor e seguro. Envolve práticas baseadas em evidências científicas, o respeito ao tempo fisiológico do parto e o mínimo de intervenções necessárias, sempre com o consentimento informado da mulher. A ausência de humanização facilita a ocorrência de práticas violentas.

4 ALGUMAS EVIDÊNCIAS

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Em 1984, o Ministério da Saúde começou a divulgar oficialmente o PAISM, o documento base chamava-se Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática, no qual a integralidade aparecia com um duplo alcance de sentido: I) orientar o conjunto de atividades do setor saúde para a promoção, prevenção e assistência da população de mulheres; e II) propor atendimento integral à saúde de cada uma delas, em todos os seus ciclos e necessidades de vida, e não apenas nos aspectos reprodutivos.

O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

Muitas iniciativas políticas foram sendo adotadas pelo Estado brasileiro nesse sentido, ressaltando-se que o direito das mulheres se estrutura de acordo com o que foi deliberado na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, como um direito que deve ser adotado na perspectiva da expansão dos direitos humanos, e aceitar sua ascendência nos direitos individuais que nos remete à apropriação do próprio corpo.

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a chamada Rede Cegonha no SUS, por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de julho de 2011, observando a perspectiva da regionalização e descentralização dos serviços de saúde (artigo 198 caput e inciso I da CF). A Rede Cegonha foi organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde, e representa um importante marco nas políticas de humanização do parto no Brasil. Nesse contexto, a implementação da Rede Cegonha visa justamente enfrentar desafios estruturais e assistenciais que historicamente comprometem a qualidade do cuidado materno-infantil no Brasil. Entre esses desafios, destaca-se a elevada mortalidade neonatal, cujas principais causas são, em sua maioria, reduzíveis e evitáveis. Estudos apontam que essas mortes estão frequentemente relacionadas a falhas na atenção adequada à mulher durante a gestação e o parto.

“O Brasil possui grandes índices de morbimortalidade materna e neonatal, sendo que as causas de mortalidade materna mais frequentes são aquelas consideradas evitáveis, como hipertensão, hemorragia, infecção e complicações de aborto” (Victora, *et. al*/2011).

É necessário averiguar durante o pré natal o histórico de saúde da gestante para mitigar possíveis complicações durante o parto, através de checagens periódicas e armazenamento desses dados dentro do sistema único de saúde, reduzindo assim

as taxas de mortalidade neonatal, conforme estudo apontado abaixo:

As principais causas de mortalidade neonatal igualmente são aquelas consideradas reduzíveis e evitáveis, como falhas na atenção adequada à mulher durante a gestação e parto, bem como ao recém-nascido. Há evidências de que no setor privado há maior presença de prematuros leves, o que pode estar relacionado com os altos índices de cesáreas eletivas agendadas (Leal, M. C. N. *et al* 2004.).

O Brasil lidera a lista mundial de cesáreas e tem que reduzir consideravelmente essa taxa para se adequar às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios. Mulheres foram e continuam sendo submetidas a uma cirurgia de grande porte sem necessidade e sem esclarecimento adequado dos riscos e complicações do procedimento.

As taxas de cesáreas no Brasil há muito ultrapassaram os limites toleráveis e continuam aumentando a cada ano. Em 2007, 47,0% dos nascimentos se deram por via cirúrgica, sendo que na rede pública a proporção de cirurgias foi de 35,0% e, no setor suplementar, de 80,0%” (Victora *et al.*, 2011).

Em relação aos chamados erros médicos, ações interpostas junto ao TJDFT cujos objetos relacionam-se a pedidos de mulheres e bebês por danos materiais, morais e físicos ocasionados no momento do parto e puerpério, e encontra evidências de que, dentre os 80 processos analisados, quatro foram resultados de ações penais e os demais 74 foram cíveis. Os acórdãos analisados estavam compreendidos entre os anos de 2000 a 2014.

Nas ações penais encontradas, três delas eram relacionadas à morte do bebê e uma tratava de lesão física (medular) sofrida por uma mulher. As decisões cíveis se desenrolaram em indenizações por danos morais e/ou materiais e, em determinados acórdãos, houve indenização por dano estético. No Dossiê da Violência Obstétrica *Parirás com dor*, algumas frases foram relatadas por mulheres que deram à luz no Brasil. “Na hora de fazer, você gostou, né?”, “Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.” Ciello, C. *et al*, (2012).

As instituições, hospitais, maternidades e clínicas, públicos ou privados, também podem cometer violência institucional quando produzem ações ou formas de

organização que dificultam, retardam ou impedem o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, tais como a cobrança indevida de taxas, a recusa da mulher entrar com acompanhante no parto, entre outras. As cobranças indevidas podem ser consideradas como violências obstétricas patrimoniais, como no exemplo retratado no Acórdão do TJDF: O plantonista, ao notar que a situação da autora demandava maiores cuidados, solicitou que esta fosse internada para observação e eventual intervenção, sendo que os exames clínicos demonstraram que o feto estava bem naquele momento. Relatam os autores que, para que sua esposa pudesse ser internada imediatamente antes que houvesse a liberação do convênio, houve a emissão de cheque - caso contrário ela precisaria esperar a liberação do convênio.

O PL 3.310/2019 apresenta-se para, exclusivamente, obrigar os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento obstétrico a permitir e facilitar às pacientes o registro de som e imagem durante as próprias consultas pré-natais, o trabalho de parto e o parto.

Este projeto de lei explica o mesmo que a Resolução nº 2.144/2016, do Conselho Federal de Medicina, que trata o tema sob a perspectiva da ética médica. Contudo, o Brasil é um país onde as taxas de cesariana superam as taxas de parto normal e estão muito acima do aceito como adequado pela Organização Mundial de Saúde, que determina em até 15%.

De acordo com texto do site senado notícias o aumento de cesáreas revela violência obstétrica “Embora haja uma tendência mundial de aumento desse tipo de operação para a chegada dos bebês — em decorrência, conforme documento do Ministério da Saúde (MS), de melhor acesso aos sistemas de saúde, maior disponibilidade de tecnologias, melhoria das técnicas cirúrgicas e anestésicas, vantagens financeiras pelo custo e planejamento desse tipo de cirurgia e a percepção sobre a segurança de certos procedimentos — os países acendem o sinal vermelho quando a proporção chega a 30%. Há cinco anos, o Brasil cruzou a linha dos 50% de partos por cesárea. E de lá para cá, só tem aumentado, distanciando-se cada vez mais dos 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Apesar das iniciativas do governo nos últimos 20 anos, não houve reversão do quadro. O modelo brasileiro continua centrado na medicalização dos partos e nos hospitais. Maria Esther Vilela, coordenadora geral de saúde das mulheres do MS, em entrevista ao Jornal do

Senado, informa: 98% dos partos no país são hospitalares”. Fonte: Agência Senado, 2014.

Esse dado revela uma crescente nesse tipo de parto, que não é recomendado em sua maioria, apenas para casos em que a opção de parto normal não seja seguro para gestante e seu bebê.

A incidência de cesáreas tem trazido outra preocupação: o grande número de bebês que nascem antes do tempo gestacional ideal. Essa antecipação aumenta os riscos para os recém-nascidos, levando a internações mais comuns em UTIs neonatais. Segundo dados da OMS 35% dos bebês brasileiros vêm ao mundo com 37 ou 38 semanas de gestação, um período considerado prematuro. Caso tivessem permanecido no útero por 39 semanas ou mais, respeitando o tempo natural de gestação, esses bebês poderiam ter ganhado mais peso e resistência para o nascimento. O estudo também mostrou que a taxa de bebês prematuros nascidos antes de 37 semanas vai a 11,5% no Brasil.

Dos 10 projetos analisados, apenas um mostra-se, em alguns aspectos, divergente do entendimento dos demais, o que demonstra que o Parlamento brasileiro possui bases para debater o tema e definir uma normativa federal capaz de abarcar a temática em consonância com as normativas internacionais já ratificadas pelo Brasil em prol dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Para isso, é preciso que a sociedade brasileira se aproprie e divulgue amplamente os debates, para que seja possível convergir e fortalecer as discussões dos projetos de lei abordados no presente trabalho, e que o Parlamento se deixe nortear pelas recomendações internacionais, a fim de dirimir divergências e aprovar uma lei condizente com a complexidade do tema e que proteja amplamente o direito das mulheres.

- A maioria das mulheres que dão à luz tem seus filhos por cesariana (52% do total de partos foram por cesarianas), evidenciando excesso dessa cirurgia.
- Apenas 5% das mulheres tiveram partos vaginais sem nenhuma intervenção.

De acordo com a cartilha criada pelo Ministério Público do Pará - Cartilha de

violência obstétrica:

É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Pará.sd., s.p.).

5 LEI 4.761/2024 E SUAS DIRETRIZES

A Lei nº 7.461/2024 possui um potencial significativo para avançar na prevenção e no combate à violência obstétrica no Distrito Federal. Ao estabelecer diretrizes claras sobre os direitos da mulher e a necessidade de um atendimento humanizado e respeitoso, a lei oferece um importante referencial para a atuação dos profissionais de saúde e para a formulação de políticas públicas.

No entanto, a efetividade da lei dependerá de sua implementação concreta e da superação de alguns desafios:

- **Regulamentação:** A ausência de regulamentação detalhada pode dificultar a aplicação prática da lei. É crucial que o Poder Executivo do DF elabore normas complementares que especifiquem os procedimentos, as responsabilidades e os mecanismos de fiscalização.
- **Fiscalização:** É fundamental estabelecer mecanismos eficazes para monitorar o cumprimento da lei nas instituições de saúde públicas e privadas do DF. A criação de canais de denúncia acessíveis e seguros, bem como a atuação de órgãos fiscalizadores independentes, são essenciais.
- **Capacitação dos profissionais de saúde:** A mudança de práticas enraizadas requer um investimento contínuo na capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde sobre a violência obstétrica, seus impactos e a importância do cuidado humanizado.
- **Conscientização das mulheres:** É necessário informar as mulheres sobre seus direitos durante o ciclo gravídico-puerperal e sobre a existência da Lei nº 7.461/2024, para que possam reconhecer e denunciar casos de violência obstétrica.

- Integração com outras políticas: A lei deve ser integrada a outras políticas públicas de saúde da mulher, de enfrentamento à violência de gênero e de humanização do parto para uma abordagem mais abrangente e eficaz.

Dentre outros aspectos, a nova Lei garante às mulheres o direito de serem informadas sobre todos os procedimentos, incluindo riscos e benefícios, além de poder fazer a escolha de como ser assistida durante o parto. A proposta elenca os direitos das mulheres durante o pré-natal e o parto e estabelece, também, os deveres dos profissionais de saúde. Para a autora do texto original, deputada Paula Belmonte (Cidadania), o objetivo é garantir a todas as mulheres o direito a um “parto digno e gestação respeitosa”

Mesmo diante de políticas públicas e da nova lei em vigor, ainda se luta contra a prática de violência obstétrica que ocasionou duas mortes no mês de abril, um mês após a promulgação da lei, conforme matéria abaixo:

Tairine Torres, de 30 anos, a paciente grávida que morreu, neste domingo (21/4), ao buscar atendimento em dois hospitais públicos do Distrito Federal e não conseguir, peregrinou de uma unidade de saúde para outra cinco vezes durante o sábado (20/4) (Vinhote, A.Sarmento, N,2024.)

A mulher havia acabado de entrar na nona semana de gestação, quando teve um mal-estar. Segundo o boletim de ocorrência, por volta das 11h30 de sábado (20), e acompanhada do marido, a gestante procurou o Hospital Regional de Taguatinga (HRT) para ser avaliada. No entanto, na unidade de saúde, recebeu a informação de que não poderia ser atendida lá, pelo fato de não ser moradora da região administrativa. Ela, então, foi transferida para o Hospital Regional de Ceilândia (HRC), mas também não conseguiu atendimento. Outra vez Tairine foi levada ao HRT, onde permaneceu das 13h às 16h, sem auxílio médico, antes de ser mandada de volta ao Hospital de Ceilândia. Quando a ambulância chegou com a grávida ao HRC, servidores informaram que o hospital “estava lotado” e que a mulher não seria atendida. Por volta das 18h, as equipes retornaram com Tairine ao HRT. Depois de um dia inteiro de tentativas, o quadro da gestante se agravou. No Hospital de Taguatinga, a paciente passou a “vomitar sangue pela boca e pelo nariz”, segundo narrou o marido dela à Polícia Civil. De acordo com o homem, identificado como Max Silva, 30 anos, foi somente após isso que um médico prestou auxílio à vítima. Tairine,

então, teria sido entubada e encaminhada à Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) do HRT. Lá, conforme consta na ocorrência policial, a gestante permaneceu até a madrugada de domingo (21/04), quando um médico declarou o óbito dela e do bebê. A causa da morte, contudo, ainda não foi divulgada.

A Lei 7.461/2024 representa um avanço significativo na proteção dos direitos das mulheres durante o processo de gestação e parto. É fundamental que os profissionais de saúde estejam cientes dessas diretrizes e as apliquem em sua prática diária para garantir uma assistência obstétrica de qualidade e respeitosa. A violência obstétrica é tema que envolve a violência de gênero praticada contra mulheres e merece atenção do sistema de justiça para que seja adequadamente combatida e punida. Segundo levantamento Nascer no Brasil, feito pela Fiocruz, a violência obstétrica atinge cerca de 45% das mulheres na rede pública brasileira. A lei também assegura o respeito à escolha da mulher em relação à presença do acompanhante até o nascimento da criança e impõe penalidades aos profissionais que descumprirem as medidas.

A mulher que cumpre pena privativa de liberdade não pode ser mantida algemada durante o trabalho de parto e o parto, exceto em casos de resistência por parte da mulher ou de perigo a sua integridade física ou de terceiros e em caso de fundado receio de fuga. A exceção a essa regra será justificada por escrito, sob pena de responsabilidade disciplinar, civil e penal do agente ou da autoridade, sem prejuízo da responsabilidade civil do Estado. A lei prevê, ainda, que, no atendimento pré-natal, a gestante seja informada sobre:

- a possibilidade de escolha de um acompanhante para o apoio durante o parto;
- as estratégias e os métodos para controle da dor disponíveis na unidade, bem como os riscos e os benefícios de cada método;
- os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe em cada estágio para auxiliar as mulheres em suas escolhas;

- o direito gratuito à realização de ligadura de trompas nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) para os casos previstos em lei.

Essa temática encontra-se já respaldada em alguns institutos jurídicos, todavia, merece normativa específica para que possa ser enfrentada em toda complexidade e especificidade que envolve o tema, para que se configure uma efetiva proteção contra a violência praticada contra mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Ao menos 18 estados e o Distrito Federal possuem algum tipo de legislação sobre o tema – 8 contra violência obstétrica e 10 sobre parto humanizado. Porém, por não fazer parte do Código Penal e não haver lei federal que trate do assunto, não há previsão de prisão, nestes casos.

De acordo com a análise dos Projetos de Lei em tramitação no Congresso Nacional sobre violência obstétrica, percebe-se que o Parlamento brasileiro já se encontra subsidiado para a discussão e votação de uma normativa federal que abarque as necessidades das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, em consonância com os direitos humanos e os direitos das mulheres já constantes em documentos internacionais, em especial os direitos sexuais e reprodutivos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfrentar a Violência Obstétrica exige que os profissionais de saúde de todos os níveis de atenção assumam uma responsabilidade para além das rotinas de pré-natal e do entendimento biomédico da gestação e parturição.

São necessárias intervenções na formação dos recursos humanos da saúde durante a graduação, especialização e formação continuada, incluindo os direitos das mulheres e os direitos sexuais e reprodutivos nos conteúdos e programas. É necessário dar visibilidade ao problema e responsabilizar as instituições por injúrias e lesões relativas à violência obstétrica.

Segundo Muniz e Barbosa (2014), “A violência vivida no momento da gestação, parto, nascimento e pós-parto, evidenciada, entre outros, pela violência física, psicológica, verbal, simbólica e sexual, assim como pela negligência na assistência e discriminação.”

É de extrema urgência que o Brasil adquira uma legislação específica, garantindo que todas as gestantes, independentemente de sua localização, tenham acesso a um parto seguro e respeitoso. Por outro lado, destaca-se que apoiada pelos Códigos Civil e Penal, bem como pelas diretrizes do Ministério da Saúde, existem bases importantes para a responsabilização dos profissionais de saúde em casos de violência obstétrica.

Fiscalizar essas medidas com a criação de normas específicas que abordem diretamente essa forma de violência, principalmente promovendo a capacitação dos profissionais de saúde e a conscientização da população sobre os direitos das gestantes, de modo a prevenir que esses casos ocorram. Cabe ao Estado conhecer a magnitude da violência obstétrica e disponibilizar os meios necessários para aboli-la do cuidado às mulheres e aos bebês.

A Lei nº 7.461/2024 do Distrito Federal é um instrumento legal valioso para avançar na prevenção e no combate à violência obstétrica. Suas diretrizes estabelecem um marco importante para garantir o direito das mulheres a um parto digno e a uma gestação respeitosa. No entanto, a efetividade dessa legislação dependerá da sua regulamentação, da implementação de mecanismos de fiscalização robustos, da capacitação dos profissionais de saúde e da conscientização da sociedade.

A erradicação da violência obstétrica no Distrito Federal é um desafio complexo que exige um esforço conjunto e contínuo. Ao analisar a Lei nº 7.461/2024, reconhecemos seu potencial transformador e a urgência de ações coordenadas para garantir que todas as mulheres vivenciam o ciclo gravídico-puerperal com o respeito, a dignidade e o cuidado que merecem.

Não obstante o seu potencial transformador, a efetiva implementação da Lei nº 7.461/2024 demandará um esforço conjunto do Poder Público, dos profissionais de saúde, da sociedade civil e dos órgãos de controle. A

regulamentação da lei, o fortalecimento dos mecanismos de fiscalização, a capacitação dos profissionais e a conscientização das mulheres são etapas cruciais para garantir que o direito a um parto digno e a uma gestação respeitosa se tornem uma realidade para todas as parturientes do Distrito Federal.

A presente análise jurídica visa contribuir para a compreensão da norma e para o debate acerca das estratégias necessárias para a sua plena aplicabilidade, em prol da tutela dos direitos da mulher e da promoção de uma assistência obstétrica humanizada e livre de violência.

REFERÊNCIAS

Aumento de cesáreas revela violência obstétrica. **Senado Notícias**, 2024.

Disponível: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/aumento-de-cesareas-revela-violencia-obstetrica>. Acesso em: 28 abr. 2025.

Brasil. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 28 abr. 2025.

Brasil. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF, 2002. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 28 abr. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011.

Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 28 abr. 2025.

Ciello, C. *et al.* **Parirás com dor**: dossiê da violência obstétrica. Brasília: Senado Federal, 2012. Disponível em:

<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2025.

Leal, M. C. N. *et al.* Fatores associados ao parto cesáreo em hospitais públicos e privados do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 20, p. S20-S32, 2004.

Malta, D. C. *et al.* Mortalidade neonatal no Brasil: análise da evitabilidade por causas evitáveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 2007-2016, 2007.

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em unidades de saúde**. Genebra, 2014.

Pará. Ministério Público do Pará. **Cartilha de violência obstétrica**. Belém, [s.d.]. Disponível: <https://www2.mppa.mp.br/data/files/98/56/92/DE/A8A1F8102F73B3D8180808FF/CARTILHA%20DE%20VIOLENCIA%20OBSTETRICA.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2025.

Victora, C.G *et al.* **Maternal and child health in Brazil: progress and challenges**. 2011 May 14;377(9780):1863-76.

Vinhote, A.Sarmento, N. Mulher grávida morre após tentar atendimento em três hospitais no DF. **G1**, 23 abr. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2024/04/23/mulher-gravida-morre-apos-tentar-atendimento-em-tres-hospitais-no-df.ghtml>. Acesso em: 28 abr. 2024