

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO - UNIBRA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
E O DIREITO DA MULHER**

ANA JÚLIA ARAÚJO COUTINHO

HOSTIANO SIMÕES DA COSTA NETO

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 2338/ O.

C871v Coutinho, Ana Júlia Araújo.
Violência obstétrica e o direito da mulher/ Ana Júlia Araújo Coutinho;
Hostiano Simões da Costa Neto. - Recife: O Autor, 2023.
57 p.

Orientador(a): Dra. Giselda Bezerra Correia Neves.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário
Brasileiro - UNIBRA. Bacharelado em Direito, 2023.

Inclui Referências.

1. Direito da Mulher. 2. Violência Obstétrica. 3. Trabalho de Parto. I.
Costa Neto, Hostiano Simões da. II. Centro Universitário Brasileiro. -
UNIBRA. III. Título.

CDU: 3

RESUMO

Este artigo meticulosamente desvela a inquietante manifestação da violência obstétrica contra parturientes em instituições de saúde nacionais, desde o intrincado processo de parturição até os momentos subsequentes, erguendo-se como uma incontornável inquietação na esfera da saúde pública. O crescente índice de casos nos últimos anos sublinha a imperatividade de uma análise exegética das evidências científicas que permeiam as perspectivas societárias sobre esta forma de violência. Nesse contexto, o escopo elaborado tem como propósito intrínseco a análise exegética das evidências científicas que circundam as perspectivas societárias relacionadas à violência obstétrica no contexto do parto. Com judiciosidade, o escopo analítico abraça os matizes essenciais que engendram a perpetração dessa modalidade de violência, almejando compreender o papel preconizado pelo sistema judiciário na salvaguarda e auxílio às mulheres vitimadas por esta transgressão. É crucial ressaltar, em consonância com este desígnio, que o presente projeto de abordagem científica foi concebido mediante a minuciosa assimilação de artigos científicos e escrutínios acadêmicos dedicados à temática em apreço. Esta abordagem meticulosa visa a obtenção de informações contemporâneas e intrinsecamente significativas, perfazendo, assim, uma análise substancial e erudita do objeto de estudo delineado. Este trabalho aspira não apenas ao exame crítico, mas à promoção de uma compreensão refinada e alicerçada sobre a violência obstétrica, enriquecendo o diálogo acadêmico e contribuindo para um entendimento mais profundo e abrangente desta problemática relevante na contemporaneidade.

Palavras-chave: Direito da Mulher. Violência Obstétrica. Trabalho de Parto.

ABSTRACT

This article meticulously unveils the disconcerting manifestation of obstetric violence against parturients in national healthcare institutions, spanning from the intricate process of parturition to subsequent moments, emerging as an undeniable concern in the realm of public health. The escalating incidence of cases in recent years underscores the imperative need for an exegetical analysis of the scientific evidence that surrounds societal perspectives on this form of violence. In this context, the elaborated scope intrinsically aims at an exegetical analysis of the scientific evidence surrounding societal perspectives related to obstetric violence in the context of childbirth. With judiciousness, the analytical scope embraces the essential nuances that give rise to the perpetration of this form of violence, seeking to understand the role advocated by the judicial system in safeguarding and assisting women victimized by this transgression. It is crucial to emphasize, in line with this design, that the present scientific approach was conceived through the meticulous assimilation of scientific

articles and academic scrutiny dedicated to the subject at hand. This meticulous approach aims at obtaining contemporary and inherently significant information, thus completing a substantial and erudite analysis of the outlined study object. This work aspires not only to critical examination but also to the promotion of a refined and well-founded understanding of obstetric violence, enriching academic dialogue and contributing to a deeper and more comprehensive comprehension of this relevant issue in contemporary times.

Keywords: Women's Rights. Obstetric Violence. Labor.

1. INTRODUÇÃO

Quando exploramos o âmbito do direito da mulher, especialmente quando associados à violência obstétrica, percebemos uma interconexão intrínseca entre esses temas, pois ambos se preocupam com os direitos reprodutivos e a saúde da mulher. O direito, nesse contexto, estabelece um conjunto de leis destinadas a conferir garantias legais a essas mulheres, visando não apenas a promoção da igualdade de gênero ao longo dos anos, mas também proporcionando autonomia e bem-estar, direitos inalienáveis. Ao adentrarmos na esfera da saúde reprodutiva e qualidade de vida, torna-se evidente que o abuso obstétrico não deveria persistir como uma questão preocupante e debatida.

No entanto, constatamos que a violência obstétrica persiste, acompanhada da negligência e dos elevados índices de mortalidade materna. Infelizmente, os números alarmantes em ascensão sugerem que a falta de informação deixa muitas mulheres em condições de gestantes vulneráveis, exigindo uma atenção redobrada e um cuidado mais aprimorado. Ao contemplarmos o sonho compartilhado por muitas mulheres, que dedicam nove meses de gestação ao planejamento e à vivência do desejo de serem mães, é desolador constatar que a negligência e o abuso obstétrico as submetem a um pesadelo sem chances de defesa ou escolha. Em questão de horas, esse sonho pode se transformar em um trauma com sequelas de curto, médio e longo prazo, provocadas por profissionais que, juramentando zelar pela vida humana, abrangem desde técnicos de enfermagem e enfermeiros até médicos obstetras e toda a equipe hospitalar.

A violência obstétrica, abrangendo tanto o âmbito psicológico quanto o físico, manifesta-se durante a gestação ou mesmo no momento do parto. Torna-se, portanto, de suma importância compreender como agir diante dessa violência, ou, idealmente, como evitá-la. O propósito fundamental deste artigo é analisar a violência obstétrica, não se limitando à prática médica, mas considerando todos os membros da equipe hospitalar. Busca-se compreender a importância dos direitos da mulher diante dessa exposição. Além disso, a meta é investigar por que tantas mulheres não são informadas sobre a existência dessa forma de violência e como a lei dos direitos da mulher é aplicada diante dessa prática desumana. É relevante ressaltar que a metodologia deste estudo se fundamenta em entrevistas com mulheres afetadas e em um abrangente levantamento bibliográfico para obter uma compreensão aprofundada e abalizada desse fenômeno complexo.

2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: MARCO LEGAL

No território brasileiro, conforme dados fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, referentes ao ano de 2015, os partos realizados em ambiente hospitalar constituem a expressiva proporção de 98,08% do total de procedimentos obstétricos na rede de saúde. Notavelmente, entre os anos de 2007 e 2011, evidenciou-se um acréscimo substancial, de 46,56% para 53,88%, na incidência de partos cesáreos. De acordo com relatórios emitidos pelo Ministério da Saúde (2015), a taxa de cesarianas atinge notáveis 56% na população geral, divergindo sensivelmente entre os sistemas de saúde público e privado, os quais apresentam percentuais aproximados de 40% e 85%, respectivamente.

Este cenário se reveste de caráter alarmante quando confrontado com as diretrizes estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization, 1996a), que preconiza uma taxa de cesarianas situada entre 10% e 15%. Tal recomendação encontra respaldo em pesquisas que sustentam a tese de que taxas superiores a 15% não redundam em redução da mortalidade materna, tampouco conferem benefícios substanciais à saúde da díade mãe-bebê (Ministério da Saúde,

2001, 2014, 2015). O incremento notório de cesarianas no contexto brasileiro evidencia a pertinência da atual deliberação sobre o tema, especialmente no que tange à incidência de procedimentos cirúrgicos cesáreos desnecessários. Estes, por sua vez, referem-se às intervenções cirúrgicas realizadas na ausência de condições que comprometam a saúde da parturiente ou do neonato, demandando, portanto, uma justificativa cabal para a execução do procedimento. A ausência de uma indicação apropriada para a cirurgia suscita um aumento significativo no risco de complicações adversas para a díade, conforme salientado pelo Ministério da Saúde em 2015.

No século XX, houve uma rápida medicalização do parto, chegando a cerca de 90% dos partos ocorrendo em hospitais (Pasche *et al.*, 2010). Isso foi acompanhado pelo aumento do uso de tecnologias para tornar o parto mais "normal" e benéfico para a saúde da mãe e do bebê (Diniz e Chacham, 2006). No entanto, essas intervenções desnecessárias geraram insatisfação nas mulheres, que foram marginalizadas nos processos de parto. O modelo médico predominante centraliza o papel do médico, excluindo outros profissionais, como enfermeiras (Sanfelice *et al.*, 2014). Na década de 1980, surgiu o movimento pela humanização do parto, baseado nas diretrizes da OMS que promovem práticas como parto vaginal, amamentação imediata e presença de acompanhante (Tornquist, 2002). O movimento busca contestar o modelo medicalizado, defendendo a atuação de enfermeiras obstétricas, inclusão de parteiras em regiões sem estrutura hospitalar e a redução de intervenções consideradas desnecessárias.

A imprensa e as redes sociais têm amplamente divulgado a negligência e o desrespeito para com gestantes durante o parto, tanto nos setores público quanto privado, conforme narrativas que descrevem experiências consideradas violentas (Ministério da Saúde, 2012). Registra-se que aproximadamente 12,7% das queixas documentadas pela ouvidoria do Ministério da Saúde referem-se a um tratamento desrespeitoso durante o processo de parturição (Ministério da Saúde, 2012). Investigações, a exemplo de Venturini *et al.* (2010), ilustram que 25% das mulheres entrevistadas relataram ter sido vítimas de violência nos estabelecimentos de saúde durante o ato do parto.

A violência obstétrica, enraizada na América Latina, é correlacionada à insuficiência de informação e ao receio de questionar procedimentos durante o trabalho de parto (García *et al.*, 2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) destaca que mulheres globalmente enfrentam abusos durante o parto, ressaltando, contudo, a falta de um consenso internacional na definição e mensuração dessas problemáticas. Ademais, a OMS sublinha a urgência de pesquisas para a compreensão e prevenção dessas práticas desrespeitosas e abusivas durante o processo de parto (OMS, 2014).

A violência obstétrica abrange práticas inadequadas durante o parto, incluindo intervenções sem embasamento científico, como a raspagem de pelos pubianos e episiotomias desnecessárias (Diniz, 2009). Essa forma de violência, documentada em relatos e estudos, resulta na perda da autonomia das gestantes, sendo uma apropriação dos processos reprodutivos pelas equipes de saúde (Diniz, 2009). A confusão sobre o que constitui um parto bem-sucedido, associada a concepções sociais, contribui para a aceitação de práticas consideradas rotineiras, diluindo a percepção da violência (García *et al.*, 2013).

Tanto usuárias, quanto profissionais de saúde, em alguns contextos, não reconhecem certos maus-tratos como formas de violência obstétrica, sendo essas práticas muitas vezes consideradas como parte habitual do atendimento (Aguiar, 2010). Fatores como diferença racial, estrato sociodemográfico e escolaridade influenciam a percepção das usuárias em relação ao atendimento durante o parto, particularmente em serviços públicos de saúde no Brasil (D'Orsi *et al.*, 2014).

A relação entre a violência obstétrica e a opção das mulheres pela cesárea também se manifesta no contexto em que a mulher perde sua autonomia nas decisões relativas ao parto, submetendo-se a orientações que muitas vezes lhe são incompreensíveis. Esse cenário faz com que os profissionais de saúde por vezes negligenciem o fato de que a mulher é a protagonista, enfrentando a dor do parto (Ministério da Saúde, 2001). O processo de parturição, assim, assume contornos intimidadores para as mulheres, ao passo que para os profissionais de saúde adquire uma atmosfera asséptica. Nesse contexto, a mulher pode tornar-se sujeito de

manipulações desprovidas de consentimento ou informações suficientes acerca dos procedimentos a serem realizados (Aguiar, 2010).

Diante desse quadro, torna-se imperativo fortalecer a compreensão da saúde como uma construção da subjetividade, com o propósito de resistir a todas as formas de violência e direcionar esforços para o respeito à vida humana. Uma alternativa para essa transformação reside na formulação de políticas públicas que garantam a redução das disparidades sociais, a valorização dos profissionais de saúde, a adoção de boas práticas no parto e no nascimento, fundamentadas em evidências científicas, e a equitativa distribuição de recursos.

No Brasil, deparamo-nos com legislação lacunar e, de certa forma, dispersa no que concerne ao combate à violência enfrentada por gestantes. Nesse contexto, a Lei 9.263/96, a qual regula o artigo 7º da Constituição Federal, estipula a obrigação do Sistema Único de Saúde em fornecer, em todas as suas redes de serviços de atendimento pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério. A Lei 11.108/05, conhecida como a Lei do Acompanhante, também estipula que o Sistema Único de Saúde é compelido a permitir a presença de um acompanhante junto à parturiente durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto. A despeito de essas leis estarem em vigor há anos, ainda subsiste um amplo desconhecimento a seu respeito, em virtude da carência de informações transmitidas às gestantes, o que resulta na persistência de profissionais de saúde que negam a possibilidade de acompanhamento em tais períodos.

Diversas evidências sustentam a perspectiva de que a violência obstétrica deixa marcas tanto físicas quanto emocionais. Embora não haja uma definição única para esse fenômeno, muitas nações complementam os conceitos delineados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) exploram a violência contra mulheres nas instituições de saúde, destacando quatro formas distintas: negligência (omissão no atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (recusa de alívio da dor, quando clinicamente indicado) e violência sexual (assédio e estupro). Essas manifestações podem acarretar consequências diversas para a gestante e o bebê,

além de deixar sequelas em toda a estrutura familiar.

Sanfelice *et al.* (2014) e Wolff & Waldow (2008) contribuem para a compreensão da violência obstétrica, identificando-a como uma forma de violência psicológica, manifestada por palavras carregadas de ironia, ameaças e coerção. A violência física, por outro lado, ocorre por meio de práticas desnecessárias ou degradantes que expõem o corpo da mulher de maneira desconfortável durante o parto, tornando esse momento doloroso e traumático. Esses comportamentos incluem a propagação de informações falsas, a manipulação da paciente para a realização de cesariana ou, inversamente, a omissão de informações cruciais sobre sua saúde e os procedimentos necessários, especialmente em casos cirúrgicos.

Nesse contexto, torna-se imperativo fortalecer a concepção da saúde como uma produção de subjetividade, visando a resistir a todas as formas de violência e canalizando esforços para fomentar o respeito à vida humana. Uma alternativa para concretizar essa mudança reside na elaboração de políticas públicas que não apenas garantam a redução das desigualdades sociais, mas também promovam a valorização dos profissionais de saúde, a adoção de boas práticas no parto e no nascimento fundamentadas em evidências científicas, bem como a implementação de serviços e equipamentos de saúde integrados em uma rede abrangente que compreenda os sujeitos de forma integral (Gomes, 2014).

Nesse mesmo viés, o Ministério da Saúde tem empreendido esforços institucionais para aprimorar a assistência obstétrica e neonatal em todo o país, paralelamente à busca pela melhoria das condições de vida das mulheres. Esse enfoque é concretizado por meio da incorporação da perspectiva de gênero nas análises epidemiológicas e no planejamento das ações em saúde (Ministério da Saúde, 2014).

Oliveira (2023) aponta que: “A aplicação de legislação federal específica atual é necessária para combater a violência obstétrica. Por causa dessa falta de legislação, as mulheres grávidas e puérperas continuam a ser vítimas”.

3. AS MULHERES ESTÃO CIENTES DA EXISTÊNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

Com base em uma pesquisa realizada com familiares, amigos e comunidades nas cidades de Igarassu/PE, Nazaré da Mata/PE e Carpina/PE, obtivemos informações junto a 47 mulheres. Por meio de perguntas criteriosas, pudemos realizar um levantamento que revelou que 54% das mulheres entrevistadas não estão familiarizadas com o termo "violência obstétrica", 38% das entrevistadas vivenciaram a violência, mas desconheciam os procedimentos adequados para lidar com tal situação, enquanto 8% tinham conhecimento de seus direitos após experienciar a violência. Estes dados, quando somados às estatísticas do Relatório das Nações Unidas, indicam que uma em cada quatro mulheres já foi vítima de violência obstétrica no Brasil. Além disso, a pesquisa da Fundação Perseu Abramo revelou que 25% das mulheres já enfrentaram algum tipo de violência obstétrica. Essa confluência de informações destaca a magnitude do problema.

Ao analisar as pesquisas realizadas, torna-se evidente a escassez de conhecimento sobre essa forma específica de violência. A conscientização emerge como uma necessidade premente para lidar com esse problema, inclusive para prevenir situações desse tipo. Notadamente, constatamos que a falta de conhecimento, sobretudo, acomete as comunidades carentes, onde as informações muitas vezes não alcançam esses locais. A predominância da falta de conhecimento nesses contextos torna essas pessoas mais propensas a sofrerem violência obstétrica sem sequer compreenderem a natureza do ocorrido. É crucial salientar que muitas delas já podem ter sido vítimas desse tipo de violência sem terem consciência disso.

De lacerda *et al.*, (2022, p. 05) consideram que:

A violência obstétrica é um problema que está presente em meio social e é desconhecida para muitas mulheres. Tanto a gestação como o parto, são um dos momentos mais importantes para a mulher, pois é um processo de transição para a vivência de algo novo e memorável. É um momento que deveria ser prazeroso, mas frequentemente se torna palco para a violência obstétrica, que acaba passando despercebida, cujo ato só é identificado muito tempo após o parto. Quando uma mulher desconhece a violência obstétrica e as suas formas, torna-se vulnerável a ações desumanizadoras, que impedem o direito de ter um parto humanizado e de exercer sua autonomia.

Souza *et al.*, 2021 referem que mulheres detentoras de elevado nível de instrução, exemplificado pelo êxito no ensino superior, almejam adquirir conhecimentos acerca do tema, predispondo-se a planejar meticulosamente um parto que seja humanizado em sua essência. A busca proativa por informações entre as mulheres propicia uma autonomia substancial diante dos cuidados pautados em evidências, culminando na redução significativa de intervenções consideradas dispensáveis. Dessa maneira, é plausível conjecturar que aquelas mulheres que apresentam um índice educacional mais modesto possam encontrar-se em uma posição mais suscetível à violência obstétrica.

A violência obstétrica pode manifestar-se em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal, e toda mulher merece receber atendimento de qualidade, desde o período pré-natal até o puerpério. Zanardo *et al.*, 2017 afirmam que a incidência de violência obstétrica poderia ser mitigada por meio da explicitação das práticas que comprometem os direitos das gestantes, ressaltando a imperatividade de esclarecimento à população sobre esse tema.

As práticas autoritárias e advertências direcionadas às mulheres durante o trabalho de parto são frequentes, destacando que a violência obstétrica é comumente reconhecida apenas quando se manifesta por meio de violência verbal. Entretanto, é perceptível que as entrevistadas também têm conhecimento sobre procedimentos frequentemente empregados de maneira desnecessária e abusiva, resultando em complicações tanto para a parturiente quanto para o recém-nascido (Souza *et al.*, 2021).

Dentre as modalidades menos difundidas de violência obstétrica entre o público feminino, destacam-se: a aplicação exacerbada de ocitocina; a execução de lavagem intestinal, conhecida no âmbito profissional da saúde como enema; a imposição de jejum absoluto de água e alimento; a realização repetida de exames de toque por diferentes profissionais; a introdução de estudantes sem o devido consentimento da parturiente; e a exposição inautorizada das áreas íntimas da mulher. Essas práticas, embora fundamentais para monitorar o processo de parto e prevenir complicações, tornam-se formas de violência obstétrica quando utilizadas de maneira excessiva, imperativa e negligente. A falta de reconhecimento desses atos é comum, visto que a violência obstétrica, de natureza silenciosa e séria, muitas vezes

permanece oculta para as mulheres, que inadvertidamente normalizam e trivializam tais procedimentos.

Quando uma mulher é devidamente instruída, os riscos de ser alvo de violência obstétrica experimentam uma considerável redução, visto que a carência de informações a torna mais susceptível, propiciando a banalização desse tipo de agressão. Desse modo, é imprescindível a capacitação dos profissionais da saúde, promovendo a apreciação da relevância do conhecimento sobre o tema e instigando-os a adotar iniciativas educativas acerca dos direitos da mulher e da prevenção da violência obstétrica, dado o seu papel crucial na preparação da mulher para o processo de parto por meio da disseminação da educação em saúde.

Uma estratégia eficaz para mitigar a incidência de violência obstétrica nos recintos hospitalares consiste na implementação de um plano de parto. Este instrumento, de natureza legal, é meticulosamente delineado pela gestante com a supervisão dos profissionais de enfermagem da atenção básica em saúde. No âmbito deste documento, a mulher tem a oportunidade de expressar suas preferências quanto à assistência médico-hospitalar durante o trabalho de parto, pós-parto e nos cuidados com o recém-nascido. Destaca-se, contudo, que a existência desse valioso instrumento é muitas vezes desconhecida pelas mulheres (Ribeiro *et al.* 2021).

Ferreira *et al.*, 2014 advogam pela imperatividade de se reconhecer o parto como um processo intrinsecamente relacionado ao cuidado do próximo. Dessa maneira, é fundamental compreender e respeitar a autonomia da parturiente, suas escolhas, princípios, desejos e afetividades. Além disso, destaca-se a necessidade de proporcionar à parturiente uma sensação de acolhimento, por meio de palavras, toques e sentimentos. A verdadeira eficácia, complexidade e presença da humanização devem, assim, manifestar-se de maneira mais efetiva e mais aprimorada.

No que tange à violência obstétrica, evidenciou-se nos discursos a falta de informação por parte das mulheres em relação ao seu conceito. Entretanto, para modificar esse panorama, torna-se imperativo implementar ações de educação permanente em saúde destinadas aos profissionais da área. O objetivo dessas ações é ampliar a compreensão sobre a humanização do nascimento, proporcionando educação e informação às mulheres, de modo a capacitá-las a participar ativamente

do processo de cuidado. A ênfase recai, assim, na necessidade de educação permanente para promover uma transformação substancial nesse cenário (Weidle *et al.*, 2014).

Observa-se que estudos acerca da satisfação da mulher com a experiência do parto são escassos. Porém, através do Teste da Violência Obstétrica, respondido por quase duas mil mulheres nos meses de março e abril de 2012, foi corroborado que aproximadamente metade delas expressou insatisfação com a qualidade do cuidado médico e hospitalar recebido durante o processo de dar à luz. Não obstante, a violência obstétrica tem adquirido uma natureza endêmica em escala global, permeando a vida de milhões de pessoas, famílias e comunidades diariamente (Silva *et al.*, 2014).

Entretanto, é crucial destacar que a violência contra a mulher apresenta uma expansão significativa, manifestando-se em diversas formas e expressões que frequentemente passam despercebidas. A violência obstétrica, nesse contexto, representa um aspecto preocupante e muitas vezes não identificado, acentuando a necessidade de uma abordagem mais ampla e conscientização acerca desse fenômeno.

Wolff e Waldo, 2008 analisam quão intensa é a experiência da mulher, repleta de dor e marcada por cicatrizes emocionais durante o processo de parto. Nesse contexto, o Ministério da Saúde implementou o Programa Maternidade Segura como uma estratégia para enfrentar essa realidade. O programa visa não apenas a prevenção de mortes e complicações, mas também o respeito à dignidade humana, aos sentimentos e às escolhas e preferências de todas as mulheres. Dessa forma, busca-se não apenas mitigar as adversidades clínicas, mas também desenvolver uma abordagem holística em relação às mulheres, reconhecendo a complexidade de suas experiências durante o parto.

Diante dessas narrativas e de todos os relatos apresentados por essas mulheres, existe a evidência claramente que, além do sofrimento, medo, dor, falta de privacidade e conhecimento sobre a violência obstétrica, essas mulheres também são impactadas negativamente em relação à formação do vínculo com seus filhos. Diante desse cenário, torna-se imperativo proporcionar a essas mulheres uma assistência mais eficaz nesse momento tão singular de suas vidas.

Entretanto, a concretização da humanização da assistência ainda se configura como um desafio considerável para os profissionais de saúde, as instituições e a sociedade como um todo. Quando a humanização está presente nos serviços de saúde, os direitos das pacientes são respeitados, permitindo que reassumam o papel de protagonistas de suas vidas e de seus processos de parto (Frello *et al.*, 2011).

3.1 As mulheres sabem o que é a violência obstétrica ou são instruídas pelos médicos durante o acompanhamento na gestação?

Algumas mulheres relataram em entrevista que ter conhecimento prévio sobre o conceito de violência obstétrica, mencionando que familiares, amigos ou conhecidos já haviam vivenciado algum tipo desse abuso. Notavelmente, durante nossas pesquisas, identificamos que um hospital na cidade de Nazaré da Mata foi o mais frequentemente citado em relação à abordagem inadequada durante os partos. Numerosos depoimentos destacaram experiências de episiotomia sem necessidade, tratamento brusco durante as contrações, solicitações de cesariana negadas e, sobretudo, a proibição da presença dos parceiros durante o procedimento. Além disso, constatou-se que nenhuma dessas mulheres recebeu preparo adequado durante o acompanhamento, tampouco tinham conhecimento da existência de um Plano de Parto. Este documento é fundamental, permitindo que a mulher descreva todas as suas preferências e desejos durante e após o parto.

Esses relatos evidenciam não apenas a falta de respeito às escolhas e necessidades das mulheres, mas também a ausência de informações cruciais sobre o processo de parturição e os direitos que lhes assistem nesse contexto. A divulgação e conscientização sobre a existência do Plano de Parto emergem como aspectos cruciais para empoderar as mulheres e assegurar que seus direitos sejam respeitados durante o crucial momento do parto.

Soares *et al.*, (2015) observam que o excessivo recurso a intervenções, a medicalização injustificada e a utilização de linguagem pejorativa têm o potencial de acarretar traumas significativos para as mulheres, precipitando o surgimento de

problemas como depressão, distúrbios emocionais, apreensões quanto à maternidade futura e complicações na esfera da sexualidade. Estas experiências adversas durante o processo de parto não apenas impactam o bem-estar imediato da mulher, mas também reverberam a longo prazo em sua saúde mental, emocional e na dinâmica de suas relações interpessoais. Assim, torna-se imperativo buscar práticas obstétricas que honrem a autonomia da mulher, minimizando intervenções despropositadas e fomentando um ambiente de cuidado que verdadeiramente centralize-se na experiência singular da parturiente.

Consoante às conclusões do estudo conduzido por Souza (2014), vislumbra-se um substancial probabilidade de mulheres que tenham enfrentado violência, seja ela de natureza física ou verbal no contexto dos serviços de saúde, manifestarem sintomas de depressão pós-parto. Diante desse cenário, torna-se imperativo o reconhecimento do processo de humanização ao longo de todo o acompanhamento à saúde da mulher durante a gestação, tratando-o como um direito fundamental. A negligência no cuidado a essa gestante pode desencadear impactos consideráveis, tanto de ordem física quanto psicológica, em sua trajetória de vida (Cunha, 2015).

Um estudo conduzido por Medeiros et al. (2016) acerca da percepção do parto normal no município de Patos revelou que 86,49% das 38 primíparas participantes relataram experimentar sentimentos de segurança, ao passo que apenas 7,89% mencionaram sentir receios, preocupadas com a saúde própria e do bebê. Os sentimentos desencadeados por experiências adversas durante o parto podem resultar em impactos significativos, deixando marcas tanto físicas quanto psicológicas. Nesse contexto, torna-se imperativo que os profissionais adotem uma abordagem de atendimento humanizado, baseada em uma conduta acolhedora e respeitosa, assegurando à mulher o direito de exercer livremente suas decisões sobre seu próprio corpo.

Consoante à Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016), a experiência vivenciada pelas mulheres no momento do parto pode deixar marcas duradouras, seja de maneira positiva ou negativa, em suas vidas. Nesse contexto, torna-se imperativo que os serviços de saúde, assim como os profissionais de saúde

em geral, estabeleçam uma comunicação efetiva e harmoniosa com a parturiente e sua família. Essa abordagem visa proporcionar à mulher uma percepção positiva da experiência do parto, influenciando positivamente em sua saúde física e emocional e, por conseguinte, prevenindo potenciais complicações.

A gravidez e o momento do parto representam períodos em que a mulher se encontra em uma condição de vulnerabilidade, ressaltando a importância fundamental do apoio tanto da família quanto de todos os profissionais envolvidos para sua saúde mental. Em uma pesquisa conduzida por Schwab, Marthe e Bergant (2012), foi realizada uma avaliação do impacto do parto no desenvolvimento de transtornos em mulheres. Os resultados indicaram que, entre aquelas que vivenciaram um parto traumático, 60% manifestaram sintomas depressivos nas primeiras semanas após o parto. Essa constatação sublinha a necessidade de um suporte adequado durante o processo de parto para mitigar possíveis complicações na saúde mental das mulheres.

Segundo Souza, Rattner e Gubert (2017), a incidência da depressão pós-parto está diretamente vinculada à vivência de violência institucional durante os cuidados obstétricos, bem como à carência de humanização por parte dos profissionais de saúde. Diante desse cenário, impõe-se a necessidade premente de revisar e aprimorar os protocolos relacionados ao cuidado obstétrico, além da urgência em promover a humanização nos serviços prestados pelos profissionais de saúde. Este imperativo demanda uma sensibilização e a adoção de atitudes que garantam à mulher um atendimento não apenas competente, mas também respeitoso e digno.

Souza e Silva (2010) vislumbram que momento do parto e nascimento é uma fase inesquecível na jornada da mulher, entretanto, comumente é marcado por traumas, sejam estes de natureza física ou psicológica, provenientes de intervenções realizadas por equipes obstétricas cuja função é proporcionar assistência completa. A carência de informação, aliada à inércia de algumas equipes especializadas em obstetrícia, perpetua a execução de procedimentos e técnicas que, frequentemente, revelam-se ineficazes para determinadas pacientes. Essas práticas persistem não apenas devido à falta de preparo, mas também por uma abordagem focada em

lucratividade e produtividade. Embora certas técnicas possam acelerar o trabalho de parto, simplificando a responsabilidade do profissional, acabam por resultar em mais complicações e impactos adversos para a mãe e o feto.

A carência de orientação durante as consultas de pré-natal é identificada como um dos principais motivos que levam à aceitação de procedimentos invasivos. Isso ocorre porque, se o pré-natal for eficaz, fornecendo orientações substanciais sobre todo o processo de gestação e parto, a mulher adquire conhecimento e capacitação para discutir quais procedimentos devem ou não ser realizados (Frigo, 2014). Para garantir que o parto transcorra de maneira satisfatória e tranquila, é imperativo que seja conduzido de forma humanizada, preservando o bem-estar físico e emocional da mulher. Esse enfoque favorece a redução de riscos e complicações decorrentes de intervenções desnecessárias (Rezende, 2014).

O parto humanizado é caracterizado pelo respeito à mulher, garantindo-lhe autonomia e protagonismo feminino. Este tipo de parto deve transcorrer sem intervenções desnecessárias, excluindo cesárea eletiva, ocitocina, manobras de expulsão, fórceps, episiotomia, assim como intervenções adicionais no recém-nascido, como nitrato de prata, aspiração nasal e gástrica, entre outras. Em resumo, é crucial que o parto ocorra de maneira tão natural quanto possível (Zasciurinski, 2015).

Nos últimos anos, foram implementadas políticas e programas destinados a aprimorar a assistência à gestante, com o objetivo de promover um parto humanizado e reduzir a mortalidade materna e neonatal. A criação da Rede Cegonha foi estabelecida pela Portaria 1.459/11 do Ministério da Saúde:

Art. 1º: Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

Santiago et al., (2017, p. 02) visualizam que:

Nota-se que os danos físicos são inúmeros, no entanto, a violência vai além, e pode ocasionar também danos psicológicos, que precisam ser abordados cada vez mais, principalmente em estudos e pesquisas para obtermos uma transformação de paradigma, porém, compreendemos que este processo pode ser demorado e gradual, todavia, é totalmente necessário.

A violência obstétrica teve seu início quando as mulheres deixaram de dar à luz em casa com a assistência de parteiras e passaram a ser atendidas em instituições hospitalares. Nesse contexto, a mulher passou a ser considerada um objeto de mercado e propriedade da instituição. Os procedimentos realizados passaram a ser motivados por interesses e visões lucrativas, tanto por parte dos médicos quanto das instituições hospitalares, especialmente as privadas (Rezende, 2014).

3.2 Como mulheres se sentem após saber que sofreram a violência obstétrica?

Os cuidados obstétricos, abrangendo o período anterior, durante e após o parto, devem ser orientados pelo reconhecimento de que toda mulher, durante sua gestação, possui o direito legal de receber um tratamento isento de danos e maus-tratos. Ela detém o direito absoluto de obter informações claras, dar consentimento esclarecido com a possibilidade de recusa e, sobretudo, de ter garantido o respeito às suas escolhas e preferências. Isso inclui o direito a ter uma acompanhante durante toda a internação na unidade obstétrica, bem como garantias de privacidade e sigilo. Além disso, é fundamental que as mulheres sejam tratadas com dignidade e respeito, recebendo cuidados igualitários e livres de discriminação, além de terem acesso a serviços de saúde de qualidade, com liberdade, autonomia e ausência de coerção (Silva *et al.*, 2014).

A violência obstétrica se manifesta em diversas formas, desde a falta de consentimento e esclarecimento por parte da equipe em relação aos procedimentos realizados até a utilização de linguagem ofensiva, expressa por meio de palavras agressivas que inibem a mulher de compartilhar suas sensações. Dentre as diversas facetas da violência obstétrica, incluem-se: recusa à admissão hospitalar; negação do direito ao acompanhante; realização de tricotomia; administração indiscriminada de ocitocina; restrição de alimentação e hidratação; limitação da movimentação; realização de exames vaginais rotineiros sem justificativa; falta de oferta de alternativas para alívio da dor; isolamento da parturiente; intervenções com propósitos educativos; ruptura artificial da bolsa amniótica; realização de cesarianas sem necessidade e sem

consentimento; restrição na escolha do local e da posição para o parto; adoção rotineira da posição de litotomia durante o trabalho de parto e parto; realização indiscriminada de episiotomias; aplicação da manobra de Kristeller; uso de fórceps; impedimento do contato pele a pele do bebê com a mãe imediatamente após o nascimento; corte precoce do cordão umbilical; e obstáculos ao aleitamento materno. Todos esses eventos podem acarretar danos duradouros, tanto em termos físicos quanto mentais e emocionais.

De acordo com o Ministério Público de Pernambuco (2015), é crucial destacar que a violência obstétrica, enquanto ato violento, ainda é subestimada, uma vez que as mulheres encontram-se em um momento de intensas emoções simultaneamente à ocorrência da violência, levando-as ao silêncio sobre o ocorrido. Portanto, é imperativo abordar os direitos das mulheres durante o período gravídico-puerperal, especialmente nas consultas pré-natais, onde há a oportunidade de capacitar a gestante para que possa exigir e exercer sua autonomia, conforme seu direito. Além disso, é essencial que ela possa articular argumentos e denunciar situações de desrespeito, recorrendo ao Ministério Público por meio da Ouvidoria ou da Promotoria de Justiça em sua localidade.

Sena e Tesser (2017) pontuam que a violência obstétrica se manifesta em diversas formas, que vão desde a violência verbal (humilhação, ameaças, tratamento rude, gritos, repreensões) e negligência na assistência até a discriminação e a violência física (incluindo a não utilização de analgesia quando necessário) e, até mesmo, o abuso sexual. Além disso, a prática indiscriminada de intervenções, tecnologias e procedimentos desnecessários, alheios às evidências científicas, resulta em diversas intervenções com potenciais riscos e sequelas.

A violência enfrentada pelas mulheres pode acarretar repercussões físicas e psicológicas, incluindo traumas, dores, depressão pós-parto, aumento da probabilidade de desenvolver ansiedade e uma menor propensão a buscar serviços de saúde após o parto. Além disso, considerando que a negligência é um dos componentes do desrespeito, abuso, maus-tratos e violência obstétrica, os desfechos potenciais mencionados incluem o aumento na ocorrência de eventos críticos maternos e na

mortalidade materna e fetal (Lima *et al.*,2021).

Mendes *et al.*, 2008 argumentam que a violência obstétrica resultou em consequências físicas para as vítimas, incluindo desconforto nas costelas devido à manobra de Kristeller e dores genitais decorrentes da episiotomia. Algumas participantes relataram que sua vida sexual foi afetada pela violência obstétrica, uma vez que experimentaram abalo na autoestima e no estado psicológico. Além disso, houve uma diminuição da confiança nas habilidades dos profissionais de saúde.

Ademais, a violência psicológica e verbal configura-se como formas frequentemente evidenciadas no contexto dos serviços de saúde, manifestando-se por meio de comportamentos como abuso de autoridade, hostilidade, ironias, gritos, ameaças, chantagens, comentários desrespeitosos, humilhações, entre outros. Essas práticas exercem uma influência direta no desajuste psicológico e emocional da mulher, evocando sentimentos como tristeza, culpabilização, medo e inferioridade (Martins e Barros, 2016).

Considerando a complexidade intrínseca da violência obstétrica, compreende-se que essa afeta a mulher de maneiras diversas, manifestando-se em implicações que transitam desde sequelas físicas, como dores pós-procedimentos desnecessários, até sequelas emocionais, traduzidas pela emergência de traumas psicológicos decorrentes da vivência de eventos geradores de dor e sofrimento (Rocha e Grisi, 2017).

De acordo com uma pesquisa nacional realizada nos anos de 2011-2012, dados alarmantes foram registrados, evidenciando que 56,6% dos nascimentos no Brasil ocorreram por meio de cesarianas na rede pública, enquanto na rede privada esse índice atingiu 90%. No caso das mulheres que passaram por parto vaginal, 53,5% foram submetidas à episiotomia, e 36,1% relataram ter vivenciado a manobra de Kristeller. No que diz respeito ao uso de ocitocina durante o trabalho de parto, constatou-se que 36,4% receberam o medicamento para indução ou aceleração do processo, e 39,1% foram submetidas à amniotomia (Leal *et al.*, 2012).

A manifestação de hostilidade, negligência, julgamentos e atrasos na prestação de cuidados às mulheres nos estabelecimentos de saúde, especialmente durante eventos como abortamentos, é reconhecida como uma forma de violência obstétrica,

carregando consigo o potencial risco de morbimortalidade materna. Tal demora em atender às demandas ou em fornecer assistência adequada pode resultar em danos substanciais à saúde da mulher (Diniz *et al.*, 2015).

Para além das repercussões fisiológicas, as intervenções decorrentes de práticas violentas também exercem impacto significativo na saúde mental das mulheres. A vivência de situações adversas durante o parto pode desencadear sintomas depressivos, traumas psicológicos, receios quanto a gestações futuras, disfunções sexuais, entre outros desdobramentos (Soares *et al.*, 2015). Nesse contexto, os estudos de Souza, Rattner e Gubert (2017) exploram a associação entre a depressão pós-parto e a violência institucional vivenciada pela mulher durante a assistência ao parto e nascimento, ressaltando a ausência de humanização no atendimento como fatores de risco.

A violência obstétrica vai além de práticas físicas invasivas e também se manifesta em abusos verbais, restrições à presença de acompanhantes, realização de procedimentos médicos não consentidos, violações da privacidade e recusa em administrar analgésicos, entre outras formas. Segundo a Câmara dos Deputados e a OMS (2016), os relatos sobre violência obstétrica incluem "procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, ausência de obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos", assim como a recusa em administrar analgésicos e "cuidado negligente durante o parto, levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, além da detenção de mulheres e seus recém-nascidos em instituições após o parto, devido à incapacidade de pagamento". É crucial destacar que a violência obstétrica pode ser perpetrada por profissionais de saúde, funcionários técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, ou qualquer indivíduo que se aproveite da condição gravídica para cometer tais atos de violência.

3.3 Mulheres sabem que podem ter ao menos um acompanhante na hora do parto?

A vivência do parto é considerada uma experiência única e marcante na trajetória do casal. Em virtude dessa singularidade, é imperativo reconhecer o momento do parto como um evento de intensidade significativa para ambos os membros do casal.

Nesse cenário, é de suma importância que as instituições hospitalares observem rigorosamente e assegurem a plena aplicação da Lei nº 11.108, promulgada em 7 de abril de 2005, que confere à mulher o direito de contar com um acompanhante de sua escolha durante todo o processo de nascimento. Desse modo, a mulher tem a prerrogativa de escolher um acompanhante com quem mantenha vínculo, seja no período de trabalho de parto, no momento do parto em si, ou no pós-parto imediato (Brasil, 2005).

O pai do bebê, por sua vez, pode ser considerado o acompanhante ideal para a mulher ao longo do processo de parturição, em razão de fatores como a formação de vínculo e a representação de laços familiares. Ao participar ativamente do nascimento do filho, ele não apenas reafirma sua paternidade, mas também valoriza seu papel na jornada parental. Estudos têm corroborado os benefícios da presença do pai como acompanhante durante o processo de parturição. Além disso, mulheres que foram acompanhadas pelo pai do recém-nascido durante o parto destacam a importância de ter uma pessoa conhecida para oferecer afeto, cuidado e atenção.

As discussões acerca da importância de assegurar à parturiente a presença de um acompanhante são respaldadas por estudos experimentais e revisões sistemáticas conduzidos em distintos países desde a década de 1980. Essas pesquisas têm evidenciado os efeitos positivos do suporte durante o trabalho de parto. Essa base científica contribuiu para que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendasse que a parturiente tenha a companhia de alguém de sua escolha e confiança, enfatizando que tal prática não apenas promove a humanização da assistência, mas também reduz a necessidade de intervenções obstétricas.

Hodnett *et al.* (2012) apontam que os benefícios primordiais dessa abordagem incluem o aumento de partos vaginais espontâneos, a redução do uso de analgesia intraparto, a diminuição da duração do trabalho de parto, a menor insatisfação em

relação à experiência do nascimento, a diminuição das taxas de cesariana, parto vaginal instrumental e de recém-nascidos com baixo índice de Apgar no quinto minuto de vida. Essas evidências respaldam a importância do suporte emocional e físico para melhorar a experiência da parturiente e otimizar os desfechos perinatais.

Bruggemann *et al.* (2007) comentam que no cenário brasileiro, a partir de abril de 2005, foi promulgada a Lei nº 11.108, que conferiu às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. A regulamentação específica foi estabelecida pela Portaria nº 2418/GM em dezembro do mesmo ano, disciplinando a presença de acompanhantes para mulheres durante o trabalho de parto em hospitais públicos e conveniados com o SUS. Desde então, observa-se um interesse crescente na reorganização dos serviços de saúde, na efetiva implementação dessa prática por parte dos profissionais e no incremento da participação do acompanhante escolhido pela mulher ao longo do processo de parturição.

Não obstante a recomendação do Ministério da Saúde para a presença do acompanhante no contexto do parto humanizado, deparamo-nos com desafios decorrentes da infraestrutura inadequada dos serviços e, sobretudo, da falta de preparo da equipe de saúde para lidar com essa dinâmica. Nesse contexto, destaca-se a relevância crucial da enfermagem no cuidado, desempenhando um papel fundamental no atendimento às necessidades da parturiente e oferecendo suporte à equipe de saúde. É imperativo ressaltar que a abordagem filosófica e política do cuidado deve orientar a flexibilidade na execução das rotinas, visando proporcionar segurança e satisfação à mulher ao longo do processo de parto (Carrero *et al.*, 2008).

Hotimsky e Alvarenga (2002, p. 09) resumem que:

A definição do acompanhante no parto explora concepções que orientam as escolhas dos potenciais acompanhantes, incluindo fatores como gênero, sexualidade, rede de relações e categorias sociais. O acompanhante selecionado carrega consigo uma variedade de significados, podendo exercer uma influência positiva no comportamento da parturiente durante o processo de parturição. Nesse contexto, o acompanhante torna-se parte do imaginário da gestante ao contemplar o momento do parto, sendo depositada nele a confiança de estar acompanhada por alguém próximo e confiável. Ao mesmo tempo, a equipe de profissionais de saúde é encarregada da responsabilidade pelo manejo do parto. Portanto, é crucial compreender que o acompanhante não pode ser encarado como o único provedor de suporte, sendo essencial

reconhecer que a equipe de saúde desempenha um papel complementar, principalmente no que se refere ao fortalecimento do vínculo afetivo na rede social.

No século XX, em muitas partes do mundo, o uso de narcose durante o parto resultava na inconsciência das mulheres. Nesse contexto, questões relacionadas ao suporte físico e psicológico, bem como à presença de um acompanhante, eram consideradas irrelevantes. Contudo, na contemporaneidade, reconhecer a mulher como sujeito ativo e protagonista do parto confere a ela o direito de fazer uma escolha livre sobre quem proporcionará o suporte durante o processo de parturição, caso ela assim o deseje. Em outras palavras, a decisão de ter ou não um acompanhante é prerrogativa da mulher. À instituição hospitalar cabe a responsabilidade de criar condições propícias para acolher a mulher durante a parturição e atender às demandas geradas de acordo com suas escolhas individuais e culturais (Enkin *et al.*, 2005).

Em consonância com os achados de Castilho e Pires (2008), evidenciou-se a importância do respaldo fornecido pelo acompanhante, seja ele o cônjuge/companheiro ou um membro da família, para as mulheres analisadas. Esse suporte contínuo durante o trabalho de parto não apenas contribuiu para uma vivência positiva do processo de parturição, como também ressaltou a necessidade premente de assistência emocional. Vale destacar que, diante das limitações de tempo e recursos por parte da equipe de saúde, o acompanhante emerge como um agente crucial na oferta desse apoio emocional à parturiente. Paralelamente, as demais exigências assistenciais permanecem sob a exclusividade da equipe de saúde. Sob essa ótica, a coparticipação desse acompanhante torna-se um elemento facilitador durante o trabalho de parto, promovendo uma experiência mais acolhedora para a parturiente.

Reis e Patrício (2005) assinalam que embora a parturiente assuma o papel de protagonista no parto, reconhecem-se os benefícios proporcionados pela participação ativa do acompanhante no processo de parturição. Abordar a presença e atuação do acompanhante sob a perspectiva da assistência obstétrica faz parte dos objetivos delineados para a promoção da humanização do parto e nascimento. Essa abordagem visa não apenas à melhoria da saúde da mulher e do recém-nascido, buscando um nascimento mais harmonioso, mas também à redução das taxas de mortalidade materna e perinatal.

A pesquisa que analisou a aplicação das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado destacou que a presença do acompanhante é uma característica intrínseca a esse modelo de parto. Contudo, a aceitação desse acompanhante fica submetida à decisão dos profissionais de saúde, que podem optar por permitir ou não sua participação. Na visão das parturientes, o parto humanizado compreende também a inclusão da família, simbolizada pelo acompanhante.

Dessa forma, quando uma gestante decide contar com um acompanhante durante o parto, ela fica à mercê da decisão da instituição, mesmo diante da existência de uma legislação que assegura esse direito. Os possíveis acompanhantes, por sua vez, ficam sujeitos à decisão dos profissionais de saúde, estabelecendo-se uma dinâmica de poder sobre o processo de parto e o corpo da mulher. O controle da situação reside nas mãos da equipe de saúde, que pode excluir o acompanhante sem uma justificativa convincente, contribuindo para a tendência de medicalização do parto (Reis e Patrício, 2005).

Longo *et al.* (2010, p. 05) remarca que:

A inserção e participação do acompanhante na humanização do parto e nascimento, embora seja reconhecida legalmente, é vista como uma questão complexa pela equipe de saúde devido à falta de uma delimitação clara e objetiva do seu espaço no contexto do parto. Trata-se, portanto de um processo em construção, que envolve aspectos relacionados às condições físicas ambientais das instituições de saúde, à qualificação dos profissionais de saúde para o acolhimento dos acompanhantes e à própria cultura das usuárias arraigada à atitude submissa diante de seus direitos como gestantes.

O papel desempenhado pelo acompanhante transcende a mera presença física, incorporando-se como um provedor essencial de suporte durante o parto. Ambas as facetas - a presença física e o suporte emocional - são inegavelmente cruciais e são avaliadas positivamente pelas parturientes ao longo do processo de parturição. Essa dualidade de funções desempenhadas pelo acompanhante é considerada de suma importância, sendo reconhecida e respaldada pelos princípios da Medicina Baseada em Evidências.

Imperativo ressaltar que a mulher detém o direito sagrado de escolher seu acompanhante, e cabe à instituição criar um ambiente propício, providenciando tanto as condições físicas quanto os recursos humanos necessários para a acolhida adequada. Em um contexto de assistência humanizada ao parto e nascimento, a

escolha de um acompanhante leigo é estimulada pela equipe de saúde, que o enxerga como uma fonte confiável de suporte emocional, contribuindo significativamente para facilitar o processo de parto. Além disso, o papel do acompanhante se estende para além do momento do parto, abrangendo os cuidados com o recém-nascido e o suporte à mulher no pós-parto imediato, incluindo o alojamento conjunto.

A evolução da humanização na assistência obstétrica e neonatal ao longo das últimas décadas representa um marco significativo nas políticas públicas de atendimento e na prática assistencial. Contudo, a preservação desses avanços, assim como a incorporação de novas melhorias, está intrinsecamente ligada ao comprometimento dos profissionais de saúde, à disseminação dessas práticas entre os usuários e ao reconhecimento inequívoco dessa forma de assistência como um direito inalienável para todos. Em consonância com esse propósito, estudos e pesquisas que englobem, tanto a perspectiva dos usuários, quanto a dos profissionais podem proporcionar uma visão mais abrangente, evidenciando tanto as conquistas recentes quanto os desafios que ainda demandam atenção e aprimoramento.

4. EXISTE ALGUMA LEI QUE GARANTE À GESTANTE O DIREITO A ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO, O PARTO E PÓS-PARTO?

Desde 2005, o Brasil ratificou a Lei n. 11.108, conhecida como Lei do Acompanhante, que determina a obrigatoriedade de os serviços de saúde maternos permitirem a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Com o intuito de regulamentar essa presença nos âmbitos público e privado, foram também emitidos documentos adicionais, buscando garantir esse direito a todas as parturientes e assegurando o respeito por parte das instituições de saúde.

Proporcionar à parturiente a presença de um acompanhante, escolhido por ela, ao longo do trabalho de parto, parto e pós-parto, é uma prática benéfica respaldada por evidências científicas. Estudos indicam que mulheres que contam com apoio contínuo

durante o trabalho de parto têm maior propensão a vivenciar parto normal sem recurso à cesariana e analgesia, além de experimentarem uma redução no tempo de trabalho de parto. Essas mulheres também têm menor probabilidade de expressar insatisfação com a experiência de parto e seus recém-nascidos apresentam melhores índices de Apgar nos primeiros minutos de vida.

No cenário brasileiro, o acompanhante designado pela parturiente desempenha um papel crucial, focando-se especialmente em aspectos emocionais e conforto físico. Contudo, para que o acompanhante desempenhe eficazmente esse papel, é fundamental integrá-lo à dinâmica institucional, fornecendo as orientações necessárias. As medidas de apoio descritas na literatura abrangem quatro dimensões: emocional (presença constante, encorajamento e promoção de tranquilidade); informacional (explicações, instruções sobre a evolução do trabalho de parto e aconselhamento); conforto físico (massagens, banhos quentes e oferta adequada de líquidos); e intermediação, que envolve interpretar os desejos da parturiente e negociá-los com os profissionais de saúde (Hodnett *et al.*, 2012).

A normativa vigente, consubstanciada na Lei n. 11.108/2005, assegura o direito à presença de um acompanhante de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nas instituições de saúde brasileiras. Essa conquista é resultado não apenas de avanços legislativos, mas também do engajamento de entidades, movimentos sociais e, notadamente, da mobilização promovida pela Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), que advoga em prol do direito à presença de um acompanhante selecionado pela parturiente (Brasil, 2005).

Entretanto, mesmo com essa prerrogativa legal, algumas instituições de saúde enfrentam desafios significativos para a implementação e manutenção sistemática desse direito. Obstáculos notáveis incluem a persistência do modelo de assistência ao parto centrado na biomedicina, carências infraestruturais e a necessidade de capacitação do acompanhante.

Apesar dos obstáculos enfrentados pelas instituições de saúde, os depoimentos dos acompanhantes refletem uma avaliação positiva da experiência. Manifestam satisfação por contribuir com o suporte à mulher, facilitando um processo de

nascimento tranquilo. Destacam ainda a oportunidade única de testemunhar o nascimento do filho e acompanhar de perto a assistência prestada, enquanto descrevem uma recepção positiva por parte dos profissionais de saúde.

Bruggemann *et al.* (2007) contemplam que diante da disparidade na prática de permitir a presença do acompanhante em diferentes instituições de saúde, torna-se imperativo investigar vários aspectos relacionados a essa prática. Isso engloba a compreensão de como os acompanhantes obtêm informações sobre a possibilidade de permanecerem ao lado da mulher durante o parto, bem como seu conhecimento acerca da legislação que regula essa presença (Lei n. 11.108/2005). Ademais, é crucial explorar a vivência deles no contexto assistencial em que estão inseridos, assim como as ações específicas que empreendem para proporcionar apoio às mulheres ao longo do processo de parto.

A despeito dos oito anos de vigência da Lei n. 11.108/2005, que estabeleceu a obrigatoriedade de permitir a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher durante o pré-parto, parto e puerpério imediato nos serviços de saúde do SUS ou conveniados, alguns acompanhantes ainda desconhecem completamente esse direito. Tal lacuna aponta para possíveis deficiências na divulgação dessa legislação, tanto por parte da mídia quanto nos próprios serviços de saúde, conforme ressaltado por estudo prévio.

Carvalho (2003) aponta que a disseminação da possibilidade de ser acompanhante no momento do parto tem ocorrido de maneira informal, muitas vezes pela própria mulher e pelos meios de comunicação. No entanto, essa informação geralmente chega apenas no momento da internação na maternidade, destacando a necessidade de uma maior divulgação da Lei 11.108/2005 durante o acompanhamento pré-natal, nas unidades básicas de saúde e maternidades.

A incerteza sobre a permissão de ser acompanhante, bem como a participação limitada na assistência pré-natal, pode impactar a forma como o acompanhante vivencia a experiência no centro obstétrico. O conhecimento antecipado da possibilidade de acompanhar a mulher permite uma definição precoce sobre quem será o acompanhante, proporcionando à pessoa escolhida a oportunidade de organizar sua

rotina para o dia do nascimento e se preparar emocionalmente para desempenhar seu papel junto à mulher.

No âmbito público, no mesmo ano, a Portaria n. 2.418 do Ministério da Saúde (MS) autorizou o pagamento das despesas relacionadas ao acompanhante durante o processo parturitivo, abrangendo custos com acomodação adequada e fornecimento das principais refeições. Em 2008, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 36, emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que estabelece o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, além de reiterar o direito da mulher ao acompanhante, definiu parâmetros para que os serviços garantissem uma estrutura física adequada e segura tanto para acompanhantes quanto para os profissionais de saúde (Bruggemann *et al.*, 2014).

Rodrigues (2014) expõe que a partir de 2010, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) definiu, por meio da Resolução Normativa n. 211, que os atendimentos obstétricos no setor privado, independentemente do plano de saúde, deveriam cobrir todas as despesas relacionadas ao acompanhante. Essas medidas foram importantes para legitimar a garantia do acompanhante nas maternidades, tanto no âmbito público quanto no privado. O tema foi destacado pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), criado em 2000, e resultou na institucionalização da Rede Cegonha Carioca no Rio de Janeiro em 2011.

No entanto, mesmo com essas iniciativas, a pesquisa "Nascer no Brasil" revelou que 24,5% das gestantes atendidas em unidades hospitalares, tanto públicas quanto privadas, em diferentes estados do Brasil, não foram acompanhadas por alguém de sua livre escolha durante o parto e o nascimento, o que indica um descumprimento dos direitos assegurados pela lei. Diante disso, o estudo propôs analisar a percepção das mulheres em relação ao descumprimento da Lei do Acompanhante, focando em seus direitos legais e nos sentimentos vivenciados durante o parto e nascimento.

Apesar de a Lei n. 11.108/2005 estar em vigor há mais de dez anos e determinar a presença obrigatória de um acompanhante de livre escolha da mulher durante o pré-parto, parto e puerpério imediato nos serviços de saúde do SUS ou conveniados, os depoimentos revelaram a persistente desinformação sobre esse direito. A Política de

Humanização do Parto e Nascimento destaca a importância da informação sobre esse dispositivo legal para que a mulher compreenda seu papel como sujeito de direitos no processo de nascimento. Assim, torna-se crucial uma mudança no modelo de assistência ao parto, promovendo o conhecimento da mulher e a inclusão do acompanhante como parte fundamental do apoio e cuidado durante o processo (Brasil, 2005).

O conhecimento da Lei do Acompanhante é crucial para assegurar efetivamente o direito da mulher, estabelecendo um processo de respeito, apoio e confiança. É essencial que o acesso à informação comece no acompanhamento pré-natal, permitindo que a mulher esteja plenamente informada sobre esses direitos legais e seja capaz de tomar decisões conscientes a respeito. A falta de informação sobre o direito ao acompanhante é, sem dúvida, um fator que contribui para o descumprimento desses direitos estabelecidos.

O Ministério da Saúde (2014) aborda que:

Observa-se que o direito ao acompanhante ainda não é uma realidade para todas as mulheres brasileiras, e muitas delas não conseguem desfrutar desse direito. É importante destacar que, em muitas situações, esse direito é considerado "inegável" e "inegociável" devido ao seu caráter constitucional. A falta de oportunidade de usufruir desse direito reflete uma falta de respeito às normas legais estabelecidas pela Lei do Acompanhante, e essa situação está diretamente relacionada à falta de informação para as mulheres e à participação social limitada. Portanto, é essencial buscar garantias para que as mulheres tenham seu direito respeitado, incluindo o acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

Infelizmente, a judicialização na saúde tem se tornado uma prática comum para garantir o cumprimento do direito ao acompanhante. Algumas mulheres buscam o Ministério Público ou acionam a polícia ao entrar no serviço de saúde, destacando a vulnerabilidade evidente na assistência à sua saúde e a necessidade de ações efetivas para protegê-las. A autoridade e o poder conferidos à instituição de saúde permitiram que a mulher experimentasse uma relação desigual no poder, deixando-a sem opção além da submissão e anulação do seu direito ao acompanhante durante o parto e nascimento.

5. QUE DANOS PODERÃO SER CAUSADOS, PELA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, NAS MULHERES E NOS BEBÊS?

Durante a gestação e o parto, emergem aspectos psíquicos relacionados às experiências sexuais infantis, conforme a perspectiva da teoria psicanalítica. O corpo feminino, que passa por essas fases de desenvolvimento, carrega consigo as fantasias ligadas a experiências de prazer autoerótico que tiveram lugar na infância. Essas representações do passado ressurgem durante a gravidez e o trabalho de parto, sendo consideradas a última etapa de um processo de amadurecimento psíquico que se inicia na mais tenra infância (Bydlowski, 2000).

Ávilla (1998) conta que no âmbito da assistência ao parto, é de suma importância que os profissionais de saúde reconheçam e respeitem a vulnerabilidade emocional da parturiente. Ao adotarem uma abordagem empática e cuidadosa, demonstrando compreensão e apoio, os profissionais podem criar um ambiente propício para que a mulher supere eventuais traumas ou conflitos emocionais associados ao processo de nascimento. Essa abordagem sensível contribui para que a parturiente se sinta mais confiante e capacitada, promovendo uma transição positiva para a maternidade ativa, na qual ela se percebe capaz de proteger e cuidar do seu filho.

De acordo com as observações de Simpson e Catling (2016), mulheres que apresentam distúrbios emocionais têm uma maior probabilidade de experimentar o parto como uma experiência traumática, destacando a necessidade de suporte psicológico durante o pré-natal. Indivíduos com histórias traumáticas, conforme apontado, tornam-se particularmente suscetíveis aos efeitos adversos de um suporte inadequado durante o parto, especialmente em situações com múltiplas intervenções obstétricas.

Winnicott (1994) propõe que um evento se torna traumático quando as defesas organizadas não conseguem lidar eficazmente, resultando em um estado confusional e na posterior reorganização dessas defesas, recorrendo a mecanismos mais primitivos do que aqueles anteriormente eficazes. Assim, a experiência do parto para

a mãe pode ser traumática ou não, dependendo de como ela a vivencia, sendo essa vivência diretamente influenciada pela forma como o ambiente se apresenta.

No contexto winnicottiano, experiências traumáticas de parto são caracterizadas por intrusões ambientais que ultrapassam a capacidade de suportar do bebê, exigindo uma reação do bebê diante dessas intrusões, afetando sua continuidade de ser (Winnicott, 2000). Para a mãe, a experiência traumática está associada a essas mesmas intrusões ambientais, demandando uma reorganização de suas defesas e levando-a a recorrer a defesas mais primitivas diante de um ambiente excessivamente intrusivo. Dado que o final da gestação e o parto induzem um estado peculiar de retraimento na mulher, caracterizado por uma profunda identificação com o bebê, experiências excessivamente intrusivas durante o parto deixam a parturiente completamente vulnerável.

As experiências traumáticas de parto têm sido relatadas por uma proporção significativa de mulheres em todo o mundo, variando de 20% a 48% (Simpson e Catling, 2016). Termos como "birth rape" e "obstetric violence" têm sido utilizados para descrever essas experiências. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destacou a ocorrência de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, incluindo violência física, humilhação verbal, procedimentos médicos coercitivos, violações da privacidade e recusa em administrar analgésicos (OMS, 2014). Essas vivências traumáticas podem resultar em consequências significativas, como estresse pós-traumático, impactos na saúde mental materna, na relação mãe-bebê, na percepção materna sobre o filho, no relacionamento conjugal, na amamentação e nas decisões sobre ter mais filhos.

A violência obstétrica no Brasil não é criminalizada por legislação específica, mas vai contra o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que assegura o direito das gestantes a atendimento digno e de qualidade, bem como assistência humanizada e segura durante o parto e pós-parto imediato (Brasil, 2000). Além disso, práticas de violência obstétrica, como a restrição do acompanhante durante o parto, contrariam a Lei n. 11.108 (2005), que garante o direito da gestante à presença de um acompanhante. Essas violações também entram em conflito com

diversos tratados internacionais que protegem os direitos humanos e os direitos das mulheres, incluindo a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher.

A violência no ciclo gravídico-puerperal, embora pouco conhecida, é considerada cruel, acarretando sérias consequências para a saúde física e mental das mulheres. Estudos indicam que a prevalência da violência nesse ciclo é maior do que a apresentada por problemas de rotina, ressaltando a urgência de investigar o fenômeno da violência obstétrica (Diniz, 2015).

De acordo com Santos (2013), a vivência de sentimentos de desamparo durante o parto, a frustração decorrente da submissão a uma cesariana não desejada, a falta de controle da dor e a percepção negativa da mulher sobre o cuidado recebido da equipe de saúde têm sido associados à ocorrência de depressão pós-parto. Esses sentimentos adversos podem causar impactos negativos significativos, contribuindo para transtornos psicológicos no período pós-parto. Essas repercussões são prejudiciais tanto para a mãe fragilizada quanto para o bebê, dificultando a formação do vínculo mãe-filho.

Adicionalmente, D'orsi *et al.* (2014) destacam que a ansiedade durante o parto está associada a elevados níveis de adrenalina, padrões anormais de frequência cardíaca fetal, diminuição da contratilidade uterina, prolongamento da fase ativa do trabalho de parto e baixos índices de Apgar. Esses fatores indicam que a qualidade da experiência do parto tem impactos significativos nos resultados maternos. Por outro lado, o apoio emocional, as orientações e as medidas de conforto são elementos que contribuem para a redução da ansiedade, resultando em efeitos positivos no parto e na experiência da mulher. Portanto, é possível compreender que altos níveis de estresse decorrentes de procedimentos desumanos e violentos podem prejudicar tanto a mãe quanto o bebê.

A Universidade de São Paulo (2010) descreve a tristeza materna, também conhecida como baby blues, como um sentimento de insegurança em relação à maternidade. Seus sintomas manifestam-se imediatamente após o parto, alternando entre sentimentos de euforia e empolgação em relação à maternidade e momentos de

melancolia, nos quais a mãe se sente deprimida e chora sem motivo específico.

As mudanças repentinas de humor estão relacionadas ao aumento nos níveis de hormônio feminino após o parto. Parte desse fenômeno é atribuída ao choque emocional que ocorre após o parto, quando as mulheres começam a perceber a responsabilidade de cuidar de uma pessoa e todas as mudanças que a mãe e sua família devem enfrentar. Embora a depressão pós-parto seja mais grave e duradoura do que a tristeza materna, ela impacta toda a família, afetando o desenvolvimento do relacionamento entre a mãe, o bebê e a família.

Portanto, é incontestável que a vivência traumática de um parto permeado por violência obstétrica pode acarretar danos significativos, influenciando negativamente a vida da mulher e suas percepções acerca da gravidez. Para transformar esse cenário, torna-se crucial que as mulheres busquem informações abrangentes sobre o período gestacional, compreendam seus direitos e estejam cientes de todo o processo, capacitando-as a assegurar sua autonomia ao longo de todo o ciclo gestacional.

É compreensível que, independentemente da natureza da violência sofrida, o trauma esteja presente, e sua extensão e consequências podem variar. Entretanto, destaca-se que a avaliação dos danos vai além daqueles visíveis imediatamente, abrangendo um impacto contínuo e de longo prazo que exerce considerável influência na autoimagem, sentimentos e postura das mulheres diante do mundo (Dias e Pacheco, 2020).

6. O QUE AS VÍTIMAS QUE SOFRERAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PODEM FAZER?

De acordo com uma publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgada em setembro de 2014, intitulada "Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde", a violência obstétrica é caracterizada como "abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde". Conforme mencionado no

documento, esse tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça os direitos à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação.

Zombar do peso da gestante, fazer piadas sobre sua pilosidade pubiana, discriminar a parturiente com base em sua raça, posição social, religião, profissão ou orientação sexual não apenas configura exemplos gritantes de violência obstétrica, mas também revela uma clara manifestação de preconceito, enquadrando-se como crimes passíveis de punição. Conforme estabelece o Artigo 1º da Lei 7.716/89 (Brasil, 1989), que define os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional, tais condutas são passíveis de repreensão legal. É imperativo compreender que a legislação respalda a proteção contra práticas discriminatórias, e, portanto, é crucial rejeitar e condenar energicamente quaisquer atos que violem os direitos e a dignidade da parturiente durante o processo obstétrico.

Embora o Brasil ainda não tenha instituído uma legislação de alcance nacional para resguardar integralmente os direitos da gestante, é relevante observar que alguns municípios do país têm promulgado leis que abordam esta temática específica. Um exemplo notável é o município de Ponta Grossa, no estado do Paraná, que testemunhou a promulgação da Lei nº 12.321 em 27 de outubro de 2015. Esta legislação estabelece a obrigatoriedade de divulgação da violência obstétrica em "hospitais, unidades básicas de saúde e consultórios" em Ponta Grossa, contextualizando a prática no âmbito da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

De maneira análoga, a Lei nº 14.598, datada de 16 de janeiro de 2015, já havia sido sancionada em Curitiba, reforçando a tendência de legislações municipais abordarem essa questão específica. Este movimento em âmbito local reflete uma resposta consciente à necessidade de combater a violência obstétrica, evidenciando um crescente engajamento e comprometimento em determinadas regiões do país, mesmo diante da ausência de uma legislação abrangente em âmbito nacional.

A violência obstétrica representa uma reiterada afronta à dignidade da pessoa humana. Mulheres que enfrentam tais práticas são sujeitas a desrespeito e abusos,

ações desumanas capazes de ocasionar não apenas distúrbios psicológicos na parturiente e em sua família, mas também, em situações extremas, podem culminar na perda da vida dessa mulher.

Toda e qualquer terapêutica médica tem por fundamento e por pressuposto o respeito à dignidade humana, na tutela de direitos privados de personalidade e na relação médico-paciente, em que sobreleva o direito da vontade do paciente sobre o tratamento; o direito do doente ou enfermo à dignidade e à integridade (físico-psíquica); o direito à informação que se deve fundar no consentimento esclarecido; o direito a cura apropriada e adequada; o direito de não sofrer inutilmente, na proporcionalidade dos meios a serem empregados, na diferenciação que se impõe entre terapêutica ineficaz e terapêutica fútil, isto é, na utilização de uma terapia racional e vantajosa, que não conduza a uma terapia violenta e indigna (CREMESP, 2004, p. 20).

Dia após dia, esses profissionais transgredem a Constituição brasileira, em particular o seu artigo 5º. Humilhação, ofensas, tortura psicológica, comentários de teor sexual e restrição à movimentação da mulher são apenas alguns exemplos elucidativos. Em algumas circunstâncias, é possível identificar o abuso de poder por parte dos especialistas, como a omissão de informações que impedem a tomada de decisões pela paciente, ou a realização de procedimentos médico-cirúrgicos sem o devido consentimento informado, entre outras práticas. Contudo, uma das violações mais significativas ocorre quando a gestante é privada do direito a um acompanhante de sua escolha.

A ausência de uma legislação específica, aliada à falta de sanções para aqueles que praticam a violência obstétrica, cria uma considerável sensação de insegurança para a mulher que já se encontra em um estado de grande vulnerabilidade. Frequentemente, os médicos alegam estar apenas desempenhando suas funções e, na maioria das situações, recebem respaldo das instituições hospitalares. Nesse cenário, é incumbência do Direito posicionar-se ao lado da parturiente, assegurando que, ao reivindicar seus direitos, ela não será coagida ao silêncio por receio.

A atual lacuna na eficácia jurídica contribui para a percepção, por parte dos médicos e suas equipes, de que têm margem para agir conforme desejarem, respaldados pela noção de impunidade. A relutância da maioria das vítimas de

violência obstétrica em relatar os acontecimentos e buscar amparo, aliada à insatisfação com os resultados ao denunciar, cria um cenário desencorajador para aquelas que ponderam seguir com a exposição dos abusos. Esse ciclo, por conseguinte, favorece unicamente os perpetradores.

Para além da imprescindibilidade de uma legislação adequada, é vital estabelecer mecanismos efetivos para a implementação de eventual legislação. Isso implica na rigorosa fiscalização tanto de hospitais públicos quanto privados. Adicionalmente, é imperativo realizar uma reeducação substancial dos profissionais de saúde, de modo a assegurar que estejam aptos a conferir ao processo de parto o devido nível de humanização e respeito. Tais medidas são não apenas essenciais para responsabilizar os infratores, mas também para instaurar um ambiente de cuidado que priorize a integridade e a dignidade das mulheres durante o processo obstétrico (Dos Santos, 2016).

Uma estratégia para assegurar os direitos da gestante, conforme instruções apresentadas na cartilha elaborada pela Defensoria Pública de São Paulo (2015, p.17-18), consiste na elaboração de um plano de parto ou na formulação de uma Declaração de Vontade Antecipada (DVA), esta última já adotada em alguns registros cartorários. A cartilha esclarece que o plano de parto é um instrumento conciso, composto por uma lista de procedimentos nos quais a gestante expressa sua concordância ou discordância para o momento do nascimento do bebê. Esse documento deve ser entregue tanto ao hospital quanto ao médico, e, em caso de recusa no recebimento, a parturiente ou um familiar deve formalizar uma denúncia na ouvidoria, se o atendimento for privado. Se for um serviço público, a denúncia pode ser registrada no site do Ministério da Saúde ou na Secretaria Estadual da Saúde.

Contudo, no caso de ocorrência de violência obstétrica, é crucial reunir todas as provas documentadas disponíveis, tais como cópias do prontuário médico e do cartão de acompanhamento da gestante, e comunicar o incidente aos órgãos competentes. Essa iniciativa desempenha um papel fundamental em ampliar a visibilidade desse tipo de violência, uma vez que a documentação desses eventos cria a necessidade de desenvolver políticas públicas mais eficazes e identificar a raiz do problema (DPSP,

2015, p.19).

Adicionalmente, a parturiente tem a prerrogativa de buscar o Ministério Público na localidade em que a violência ocorreu para formular uma denúncia, conforme estipulado pelo artigo 127 da Constituição Federal. Este órgão, como instituição permanente e vital para a função jurisdicional do Estado, tem a responsabilidade de defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis. Sua função institucional abrange a promoção de Inquérito Civil e Ação Civil Pública, visando a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos, conforme preceituado no artigo 129, III da CF (Brasil, 1988).

Em síntese, a parturiente dispõe de uma variedade de opções para denunciar a violência sofrida e, igualmente, para denunciar o perpetrador, contribuindo assim para uma ampla visibilidade desse conceito e dos atos caracterizados, ao mesmo tempo em que busca, por meio de recursos judiciais, reparação pessoal.

7. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOFRIDA PELAS MULHERES ESTÁ DISCIPLINADA EM NORMA PRÓPRIA QUE POSSA PROTEGER SEUS DIREITOS?

No âmbito jurídico e da ciência jurídica, a compreensão das desigualdades e violências de gênero impõe o desafio de incorporar elementos normativos nos ordenamentos jurídicos nacionais, que possam conferir direitos, políticas e serviços específicos às mulheres. O reconhecimento dessas nuances gênero-específicas inevitavelmente repercute na garantia do direito à saúde, buscando uma interpretação equitativa desse direito em relação a homens e mulheres. Esse enfoque considera, inclusive, as desigualdades e violências de gênero presentes na sociedade, visando à promoção de uma aplicabilidade mais justa e igualitária desse direito.

Os direitos sexuais e reprodutivos foram definidos a partir da Conferência de Cairo (2019) representando um marco político crucial para a proteção dos direitos das

mulheres. Essa conferência desempenhou um papel decisivo na delimitação desses direitos e na afirmação da autonomia das mulheres para tomar decisões sobre suas próprias vidas e corpos. Na Conferência, esses direitos foram delineados como "o direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência". Afirmou-se que os direitos sexuais e reprodutivos são parte integrante dos direitos humanos e devem incluir, além do direito fundamental de todo casal e indivíduo decidir livre e responsabilmente sobre ter ou não filhos, o acesso a informações e serviços de saúde necessários para tal decisão. A Conferência reforçou que esses direitos são frequentemente violados em todo o mundo devido a fatores como "práticas sociais discriminatórias, atitudes negativas em relação às mulheres e jovens", entre outros.

No que concerne à violência obstétrica, torna-se manifesto que esta transgride os direitos sexuais e reprodutivos, configurando uma violação direta ao corpo, à dignidade e à autonomia das mulheres em momentos cruciais de sua vida reprodutiva. Este tipo de violência ostenta um marcado viés de gênero, pois são majoritariamente as mulheres que perpassam pelo ciclo gravídico-puerperal, sendo seus corpos sujeitos a interferências e práticas desautorizadas, sem o devido consentimento da gestante ou parturiente.

Importa reconhecer que o ciclo gravídico-puerperal não se restringe exclusivamente às mulheres, uma vez que homens transgêneros também podem experimentar gestações e vivenciar eventos relacionados a aborto, parto e puerpério. Nesse contexto, torna-se evidente que a violência obstétrica não se limita ao corpo feminino, podendo igualmente afetar homens transgêneros, ressaltando a necessidade de considerar a diversidade de experiências no contexto reprodutivo.

Lemos (2014) destaca que os profissionais de saúde desempenham um papel crucial na garantia desses direitos, e o Estado deve, de forma incontestável, elaborar políticas que assegurem o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, sendo a atenção primária em saúde (APS) uma área de atuação significativa nesse contexto. O conceito de violência obstétrica está gradualmente sendo delineado como parte de uma ampla mobilização dos movimentos sociais, tanto em âmbito nacional quanto

internacional, em prol do parto humanizado. Esses movimentos buscam evidenciar diversas práticas abusivas cometidas contra as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, pressionando o Estado brasileiro a implementar políticas públicas em favor do parto humanizado e da proteção dos direitos das mulheres.

O Brasil é signatário de relevantes convenções internacionais em defesa dos direitos das mulheres, incluindo a Convenção Interamericana Sobre a Concessão dos Direitos Civis à Mulher de 1948, a Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher de 1953, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (Cerd) de 1966, a Convenção Americana de Direitos Humanos em São José de 1969, e a Convenção Para Eliminar Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (Cedaw) de 1979.

A Cedaw foi ratificada por meio do Decreto Legislativo nº 93, de 14 de novembro de 1983, e é objeto do Decreto nº 4.377/2002 da Presidência da República, representando um instrumento jurídico fundamental para a proteção dos direitos das mulheres no Brasil. A convenção (1983), em seu artigo 12.2, estabelece que os Estados-parte devem garantir à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto. Além disso, enfatiza que, quando necessário, essa assistência deve ser proporcionada de forma gratuita, assegurando também uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.

O Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal brasileira, é fundamentado nos princípios da equidade e universalidade (artigo 196). Além disso, incorpora diretrizes de participação social e integralidade da assistência à saúde (artigo 198). Reconhecido como um direito social (artigo 6º) e dependente da formulação de políticas sociais e econômicas para sua implementação (artigo 196), o direito à saúde é interpretado de maneira harmônica com outros princípios constitucionais.

Dessa interpretação decorre a compreensão de que as questões de gênero devem ser consideradas na concepção do direito à saúde. Mulheres, enquanto grupo vulnerável, merecem amparo por parte do SUS, sendo necessárias políticas específicas para garantir a proteção e promoção de sua saúde. Esse enfoque alinha-

se com o compromisso do SUS em atender às diversidades e particularidades da população, visando a uma abordagem inclusiva e equitativa.

O princípio da integralidade de assistência à saúde, concebido durante a Reforma Sanitária e fundamental para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), é compreendido como uma cadeia interseccional de cuidados em saúde. Essa abordagem orienta as práticas sanitárias e a prestação de assistência à saúde, visando atender a todas as necessidades biopsicossociais dos cidadãos. Esse princípio tem sido crucial na defesa dos direitos das mulheres, desempenhando um papel significativo antes mesmo da promulgação da Constituição Federal de 1988. É digno de nota que foi por meio da luta pelo direito das mulheres que esse princípio ganhou concretude nas políticas de saúde anteriores a 1988.

A Lei nº 11.108/2005, conhecida como a lei do acompanhante, introduziu no contexto da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) o direito das parturientes à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de enfrentar desafios de implementação em diversos hospitais e maternidades, essa legislação representa uma conquista significativa para os direitos das mulheres. No âmbito do direito sanitário, observa-se que situações relacionadas à violência obstétrica já podem ser identificadas e respaldadas por algumas leis, portarias e institutos jurídicos. Estes estabelecem a responsabilidade civil objetiva (do Estado, hospitais públicos e privados) e subjetiva dos profissionais de saúde, constituindo uma base legal para a abordagem e reparação de casos de violência obstétrica.

8. A RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL E CIVIL

Todas as gestantes possuem direitos legalmente garantidos em vários procedimentos, e muitas vezes, esses direitos são negligenciados devido ao desconhecimento das leis. O número crescente de mulheres grávidas no Brasil destaca a importância da atenção do governo na preservação dos direitos das parturientes em nosso país. A legislação moderna do Brasil compromete-se em assegurar direitos

abrangentes às gestantes, abarcando aspectos sociais, trabalhistas e de saúde. Esses direitos são estendidos além do período gestacional, visando preservar a dignidade das parturientes e promover um ambiente propício para a maternidade. Essa abordagem legal reflete o comprometimento do país em garantir o bem-estar e os direitos fundamentais das mulheres durante a gestação e no período pós-parto.

Os direitos concernentes à saúde da mulher gestante abarcam desde o início da gestação até o pós-parto, englobando o pré-natal, a supervisão de um obstetra, cuidados nos postos de saúde e hospitais. Todas as gestantes têm o direito a esses serviços de forma gratuita no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a realização de exames, assegurando um atendimento sem discriminação. Ademais, é garantido a toda gestante assistida pelo SUS o direito de ser previamente informada sobre a maternidade onde seu parto será realizado. Em casos de emergência, essa informação também é fornecida para onde será encaminhada, possibilitando visitas antecipadas para assegurar a qualidade do atendimento. Em situações de transferência para outra instituição, é garantido um meio de transporte seguro.

A Lei nº 11.634, de 2007, consagra os direitos das gestantes ao conhecimento da vinculação à maternidade onde receberão assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde, proporcionando transparência e segurança às mulheres em relação ao local de atendimento:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à: I - maternidade na qual será realizado seu parto; II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal. 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal. § 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério. Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante (Brasil, 2007).

A indagação acerca da responsabilidade civil do profissional médico visa ressaltar que este tem o imperativo dever de exercer suas funções com a máxima diligência, atenção, cautela e consideração para com os pacientes confiados à sua responsabilidade. No âmbito jurídico, a responsabilidade civil é entendida como o

compromisso de reparar danos causados por uma pessoa a outrem, sendo interpretada de maneiras diversas à luz do ordenamento social e de suas implicações jurídicas.

O conceito de responsabilidade civil é elucidado de maneira acessível, pois representa um dever jurídico subsequente estabelecido para reparar o dano resultante da violação de um dever jurídico primário. Nas palavras de Diniz, a responsabilidade civil é conceituada como:

A responsabilidade civil é a aplicação de medidas que obriguem uma pessoa a reparar dano moral ou patrimonial causado a terceiros, em razão de ato por ela mesma praticado, por pessoa que por quem ela responde, por alguma coisa a ela pertencente ou de simples imposição legal. (2009, p. 35).

Stoco, ao abordar o conceito, expõe que a expressão "responsabilidade" possui uma natureza polissêmica, abrangendo mais de um significado. Ela pode ser compreendida como sinônimo de diligência e cuidado no âmbito cotidiano, enquanto, no plano jurídico, denota a obrigação de todos pelos atos que praticam. Em termos mais claros, a Responsabilidade Civil refere-se ao dever de reparar os danos ocorridos em uma situação na qual uma pessoa sofre prejuízos em seu patrimônio ou moral como consequência de atos ilícitos praticados por outrem. (Stoco, 2014, p. 178).

A base legal da Responsabilidade Civil está no princípio de que ninguém pode lesar os direitos de outra pessoa. O art. 927 do Código Civil brasileiro estipula que "aquele que, por ato ilícito (artigos 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo". Além disso, seu parágrafo único afirma que "haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos específicos em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem" (Brasil, CC, 2002).

Essa visão da responsabilidade civil parte do princípio de que, se alguém causar dano a outra pessoa, seja esse dano material ou moral, essa pessoa deve ressarcir ou restaurar a situação como estava antes de sofrer o dano, conforme a definição de Diniz:

Poder-se a definir a responsabilidade civil como a aplicação de medidas que obriguem alguém a reparar dano moral ou patrimonial causado a terceiros em razão de ato próprio imputado, de pessoa por quem ele responde, ou de fato

de coisa ou animal sob sua guarda ou, ainda, de simples imposição legal. Definição esta que guarda, em sua estrutura, a ideia da culpa quando se cogita da existência de ilícito (responsabilidade subjetiva), e a do risco, ou seja, da responsabilidade sem culpa (responsabilidade objetiva) (2009, p. 34).

O conceito de responsabilidade civil é essencialmente a obrigação jurídica de reparar danos causados em virtude da violação de um dever jurídico originário. Segundo Diniz, a responsabilidade civil é um dever sucessivo que surge para recompor o dano decorrente da violação desse dever original. Stoco (2014) amplia essa perspectiva, destacando que a expressão "responsabilidade" possui significados diversos, podendo ser interpretada como sinônimo de diligência e cuidado no senso comum, e, no plano jurídico, revelar a obrigação de todos pelos atos praticados.

A Responsabilidade Civil encontra seu fundamento legal no Código Civil brasileiro (art. 927), que estabelece que quem, por ato ilícito, causar dano a outrem fica obrigado a repará-lo. Importante ressaltar que a reparação do dano pode ocorrer independentemente de culpa, nos casos específicos previstos em lei ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem. Em síntese, a Responsabilidade Civil emerge do princípio de que ninguém pode lesar o direito de outra pessoa. O ato ilícito gera a obrigação de reparar a pessoa prejudicada, seja por meio de compensação material ou moral. Venosa (2004) destaca que, ao avaliar a responsabilidade, geralmente considera-se a conduta do agente, compreendendo um encadeamento ou série de atos ou fatos que, mesmo sendo um único ato, pode gerar o dever de indenizar.

O elemento fundamental de todo ato, seja ilícito ou lícito, é a conduta humana. A conduta humana compreende atos de ação ou omissão que têm o potencial de causar danos ou prejuízos a outras pessoas. Esses danos podem ser resultado de negligência, imprudência ou imperícia do agente, ou daqueles que estão sob a responsabilidade do agente de alguma forma. A partir desse cenário, emerge o dever de indenizar a pessoa que sofreu o dano.

Nesse contexto, Diniz (2009) destaca a importância da conduta humana como o cerne dos atos que ensejam responsabilidade civil. A ação ou omissão que resulta em prejuízo para terceiros é o ponto de partida para a obrigação de reparar o dano

causado:

A ação, elemento constitutivo da responsabilidade, vem a ser o ato humano, comissivo ou omissivo, ilícito ou lícito, voluntário e objetivamente imputável, do próprio agente ou de terceiro, ou o fato de animal ou coisa inanimada, que cause a outrem, gerando o dever de satisfazer os direitos do lesado (2009, p. 40).

Diniz destaca que a ação, que é o fato gerador da responsabilidade, pode ser tanto ilícita quanto lícita. Além disso, a indenização decorre de uma ação ou omissão do causador do dano que infringe um dever legal, contratual ou social, especialmente se praticada com abuso de direito (Diniz, 2009, p. 40).

Nesse mesmo contexto, Stoco (2014) corrobora esse entendimento, elucidando que a responsabilidade civil pode emergir tanto de atos ilícitos quanto lícitos, sendo a reparação do dano associada à violação de deveres legais ou contratuais, destacando-se o abuso de direito como um elemento relevante nesse contexto.

Stoco (2014) ressalta que não há responsabilidade civil sem que ocorra um determinado comportamento humano, seja ele, positivo, ou negativo, voluntário e contrário à ordem jurídica. O ato ilícito, que é a causa da responsabilidade civil, refere-se a um equívoco na conduta, buscando alcançar ações contrárias ao direito. Diniz (2009) define o ato ilícito como aquele praticado culposamente em desacordo com a norma jurídica, destinada a proteger interesses alheios, violando direito subjetivo individual e causando prejuízo a outrem, o que cria o dever de reparar tal lesão.

A avaliação da conduta humana não se limita apenas a causar ou não causar dano; é crucial considerar se a pessoa estava consciente de seu ato e se sabia que o dano prejudicaria outra pessoa. A forma como a pessoa age, determina se houve uma ação (comportamento positivo) ou omissão (comportamento negativo) voluntária, caracterizada por negligência, imprudência ou imperícia, podendo envolver culpa ou até mesmo dolo. Portanto, a conduta humana que viola o direito de outra pessoa pode se configurar por meio de ação ou omissão, com diferentes graus de responsabilidade e intencionalidade.

Concordando com a doutrina, o dano é considerado um dos pressupostos

essenciais da responsabilidade civil, seja ela contratual ou extracontratual. A existência de prejuízo é fundamental para que a ação de indenização seja válida, pois a responsabilidade civil só é configurada quando há um dano a ser reparado. Em outras palavras, a presença de um prejuízo é condição indispensável para a caracterização da responsabilidade civil, seja decorrente de contratos ou de atos ilícitos, como mostra Venosa (2013, p. 38):

Dano consiste no prejuízo sofrido pelo agente. Pode ser individual ou coletivo, moral ou material, ou melhor, econômico e não econômico. A noção de dano sempre foi objeto de muita controvérsia. Na noção de dano está sempre presente a noção de prejuízo.

A responsabilidade civil está intrinsecamente ligada à existência de um dano. O comportamento do agente, seja por ação ou omissão, que cause prejuízo a outrem é o que fundamenta a necessidade de reparação. Sem o dano, não há base para a responsabilidade civil, uma vez que esta implica a obrigação de ressarcir, e essa obrigação só se configura quando há efetivamente algo a ser reparado.

De fato, a distinção entre dano patrimonial e extrapatrimonial é crucial na análise da responsabilidade civil. O dano patrimonial refere-se a prejuízos de natureza econômica, que afetam o patrimônio material da pessoa. Já o dano extrapatrimonial, também conhecido como dano moral, relaciona-se a danos imateriais, como sofrimento psicológico, abalo emocional, entre outros. A certeza do dano é essencial para a responsabilização, garantindo que não se imponham indenizações de forma injustificada. O estabelecimento claro do dano, seja ele material ou moral, é fundamental para que a reparação seja proporcional à lesão efetivamente sofrida pela vítima.

9. CONSEQUÊNCIAS LEGAIS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Atualmente, a temática da saúde materna-infantil tem sido objeto de debates em fóruns globais, reconhecendo a existência de diversos desafios para a redução das taxas de mortalidade materna e infantil em países em desenvolvimento. Destaca-

se que a saúde materna emergiu como um fator crucial para promover a equidade de gênero e a saúde pública. Segundo Martos e Santinelli (2021, p. 170), "assegurar direitos na prestação de cuidados pré-natais e durante o parto é de extrema importância para garantir o acesso das gestantes aos serviços de saúde fundamentais relacionados à atenção primária à saúde. Além disso, é crucial que esses direitos sejam amplamente conhecidos e respeitados pelos profissionais de saúde envolvidos na Atenção Pré-Natal."

Um direito consagrado na legislação para respaldar a parturiente encontra-se na Constituição Federal, onde são estabelecidos três aspectos distintos desse direito: direitos relacionados à prestação de serviços pré-natais; direitos referentes à liberdade de escolha; e o direito ao consentimento prévio livre e informado. Esses direitos estão contemplados no inciso X do artigo 5º da Constituição Federal, frequentemente denominado como "liberdade ilimitada para o exercício dos direitos".

Nesse contexto, três princípios fundamentais estabelecidos na legislação abordam os direitos à assistência pré-natal, à liberdade na escolha do local de parto e ao acesso à informação. O primeiro princípio está relacionado ao direito à assistência pré-natal, garantindo o acesso a informações de saúde para que a parturiente esteja bem-informada sobre o que é necessário para o seu parto, promovendo a saúde da mãe e da criança.

Além disso, a legislação também assegura o direito à livre escolha do local e do método de parto. De acordo com Cardozo (2023, p. 227), "atualmente, existem várias opções disponíveis para o parto, como o parto domiciliar, o parto normal, o parto humanizado, o parto cesáreo e o parto realizado em um hospital". Cada uma dessas alternativas apresenta características distintas que devem ser consideradas não apenas para a segurança da mãe e do bebê, mas também para a satisfação da parturiente durante o processo de parto.

Por fim, um dos direitos mais importantes da parturiente é o de receber informações completas sobre todas as possibilidades e riscos relacionados ao parto. Saqui (2021, p. 166) destaca que "a parturiente deve ter acesso a informações sobre

as possíveis complicações relacionadas ao seu parto, bem como sobre os riscos potenciais e as possíveis consequências desse procedimento".

Com efeito, o principal dever do profissional médico é preservar a vida daquele sob seus cuidados. Quando ocorre violência obstétrica, o médico comete uma falha profissional, acarretando diversos prejuízos para a mulher. Nesse contexto, Miranda e Connor (2022) definem a violência obstétrica como "qualquer ação proveniente do profissional médico em sua qualidade de operador ou agente no parto".

Quanto às implicações jurídicas, dois aspectos são relevantes: os possíveis danos que o médico ou hospital podem sofrer e a possibilidade de as vítimas moverem processos judiciais. No que diz respeito aos profissionais envolvidos, Nascimento (2019) observa que é viável que estejam sujeitos à responsabilidade médica, caracterizada pela falta de habilidade, omissão ou imperícia no tratamento médico adequado, ou ainda pela incapacidade de tomar decisões que garantam a saúde e o bem-estar do paciente.

Ademais, é imperativo ressaltar que o fenômeno da violência obstétrica, perpetrado no âmbito da prática médica, suscita considerações relevantes sobre a responsabilidade civil dos profissionais de saúde. Segundo Miranda e Connor (2022, p. 246), a violência obstétrica abrange "qualquer ação proveniente do profissional que exerce a medicina na sua qualidade de operador ou agente de parto".

No contexto das consequências jurídicas envolvidas, emerge uma dualidade de perspectivas: os prejuízos passíveis de serem enfrentados pelo médico ou hospital e as possíveis ações judiciais que as vítimas do caso podem intentar. No que concerne ao profissional envolvido, Nascimento (2019) indica que é factível que sejam responsabilizados por responsabilidade médica, englobando desde a falta de habilitação até a omissão ou imperícia no tratamento médico adequado.

Além disso, as vítimas da violência obstétrica detêm o direito de buscar reparação judicial por meio das leis de responsabilidade médica. Conforme Sousa e Pereira (2019), no Código de Ética Médica brasileiro, os profissionais médicos são responsáveis por seus atos, independentemente de sua licitude. Desse modo, as

peças envolvidas em casos de violência obstétrica que experimentaram danos físicos e morais possuem o direito a uma reparação pelas ações cometidas.

Insta salientar que cabe ao Poder Público, valendo-se de suas instâncias e instrumentos judiciais, zelar pelo cumprimento da lei, instituindo medidas que sancionem os responsáveis por essa violência. É essencial que a justiça prevaleça, e ações assertivas sejam implementadas para coibir a repetição desses incidentes. Por conseguinte, apesar de a legislação brasileira ainda não tipificar a violência obstétrica como crime, é incumbência do Executivo, Legislativo e Judiciário desenvolverem mecanismos que efetivem a aplicação da lei, promovendo uma sociedade respaldada por instituições que zelam pelos direitos e deveres de seus cidadãos. Para Chibai (2018, p. 211):

Indubitavelmente, é imperativo e fundamental salvaguardar os direitos das mulheres, assim como de todos os cidadãos, proporcionando-lhes proteção contra todas as formas de violência, independentemente de sua natureza. Nessa perspectiva, é incumbência do Poder Público agir com determinação na punição dos responsáveis por tais atos, assegurando os direitos das mulheres não apenas no que se refere à atenção à saúde, mas também em relação aos profissionais envolvidos.

Diante da lacuna legislativa para garantir os direitos da gestante e do bebê, uma abordagem para preencher essa lacuna pode ser a utilização de outras legislações já existentes para resguardar esses direitos. Não há razão para impedir que o judiciário puna essa prática, uma vez que existem normas que podem ser aplicadas nesses casos. Nessa linha de pensamento, buscou-se analisar a violência obstétrica sob a perspectiva do poder judiciário por meio de alguns julgados:

RESPONSABILIDADE CIVIL - Cerceamento de defesa inócurrenre- Ausência de prova quanto à ocorrência de violência obstétrica no trabalho de parto da autora- Procedimento adequado por parte dos réus - Perícia conclusiva – R. sentença de improcedência mantida- Recurso desprovido. (TJ-SP - APL: 10965614120158260100 SP 1096561- 41.2015.8.26.0100, Relator: Moreira Viegas, Data de Julgamento: 19/12/2018, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 19/12/2018).

No cerne da questão, alega-se que a Lei do Acompanhante foi desrespeitada ao negar a presença do marido em determinadas situações, e a gestante afirma ter sofrido diversos tipos de violência durante o trabalho de parto, incluindo maus-tratos, ruptura da bolsa amniótica e a aplicação de ocitocina. Após 12 horas de trabalho de parto, optou-se por uma cesariana, com a aplicação de anestesia raquidiana. No

entanto, constatou-se posteriormente que o bebê já estava no canal de parto. Devido à incapacidade da gestante de realizar mais esforço para a expulsão, o parto foi conduzido com a utilização de fórceps.

A ação movida pela gestante foi julgada improcedente, sendo ela condenada ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios. O tribunal alegou que o conjunto probatório não demonstrou qualquer erro no tratamento da gestante, e a perícia não apontou conduta culposa por parte do médico, eximindo-o de responsabilidade. Contudo, as alegações da gestante indicam que as práticas adotadas pela equipe médica se caracterizam como violência obstétrica, resultando em danos físicos e traumas psicológicos. A decisão do tribunal parece desconsiderar o relato da gestante, dando peso exclusivo ao laudo pericial, o que pode gerar questionamentos sobre a imparcialidade do processo judicial diante das evidências de violência obstétrica.

É crucial notar que a gestação de alto risco e a indicação de cesariana são situações distintas. No entanto, a gestante deve ter seu direito de escolha e vontade respeitados, podendo decidir qual via de parto prefere seguir. Em outro caso analisado, observa-se novamente uma situação em que a violência obstétrica é aparentemente rotineira por parte da equipe médica. O relato de que a fratura é algo "comum" e que a cura ocorre a curto prazo, sem deixar sequelas, além de mencionar que o recém-nascido nasceu saudável, parece desconsiderar completamente os danos morais e psicológicos, como se a saúde do bebê anulasse automaticamente qualquer impacto negativo.

10. A COMPREENSÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O CONCEITO DE JUSTIÇA REPRODUTIVA

O conceito de justiça reprodutiva procura destacar a necessidade de distinguir as políticas de natalidade das políticas de controle populacional, colocando no centro da questão, as condições sociais que frequentemente impedem as mulheres de exercerem seu direito de dar à luz. Esse conceito está intimamente ligado às noções

de justiça social e direitos humanos, reconhecendo que a capacidade de tomar decisões reprodutivas e ter acesso a serviços de saúde adequados são elementos fundamentais para a realização plena dos direitos das mulheres.

A justiça reprodutiva destaca as experiências coletivas ou comunitárias, concentrando-se nos impactos das políticas públicas, ou na ausência delas, para uma comunidade, e não apenas para os indivíduos isoladamente. Essa perspectiva integrada das demandas evidencia como as experiências no campo da reprodução estão intrinsecamente ligadas ao contexto social específico em que ocorrem. Portanto, é impossível abordar temas como aborto, planejamento familiar, gravidez, parto e parentalidade sem considerar os marcadores sociais de gênero, raça, classe, deficiência, entre outros.

Maria Betânia Ávila (2003, p. 466) destaca que "os direitos reprodutivos se referem à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais referem-se à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade." Esses direitos frequentemente concentram suas atenções na contracepção. No entanto, os direitos sexuais e reprodutivos (DSR) convergem em uma perspectiva individual de tomada de decisões, ação e planejamento, deixando de abordar um amplo conjunto de questões relacionadas à vida das pessoas, especialmente das mulheres, que devem ser consideradas no contexto da sexualidade e reprodução.

Para Pinheiro *et al.* (2002), quando abordamos a justiça reprodutiva no contexto brasileiro, observamos a insegurança da população, que muitas vezes tem receio da possível falta de acolhimento nas unidades de saúde. O atendimento pode depender de chegar cedo e aguardar em filas por um possível agendamento de consulta. Apesar do sistema ser universal e gratuito, a falta de garantia de atendimento representa uma barreira de acesso aos serviços de saúde, comprometendo a continuidade do cuidado.

Sob essa perspectiva, o conceito de Justiça Reprodutiva, que integra direitos sexuais e reprodutivos, justiça social e direitos humanos. Isso representa uma mudança em relação ao paradigma individualista e abstrato de direitos, passando para uma visão coletiva que enfrenta a violência obstétrica e outras formas de

opressão que afetam as mulheres. A violência, seja ela institucional, estatal ou de gênero - na qual a violência obstétrica se encaixa -, é vista como uma forma perversa de controle social. O histórico do conceito de Justiça Reprodutiva e sua definição ampliam a compreensão da violência, destacando o papel crucial da interseccionalidade na compreensão e enfrentamento dessa realidade.

A teoria da interseccionalidade, conforme explicada por Kimberlé Crenshaw (2002, p. 177), contribui para a compreensão de como diferentes formas de opressão se entrelaçam e impactam as experiências das mulheres:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras.

Nesse contexto, as mulheres mais vulneráveis, especialmente as negras e pobres, enfrentam maior incidência de violência obstétrica. De acordo com Maria do Carmo Leal *et al.* (2017), diversos fatores contribuem para uma maior prevalência desse tipo de violência entre as mulheres negras, incluindo uma menor vinculação com a maternidade, maior necessidade de deslocamento em busca de hospitais e menor acesso a informações durante o pré-natal. Essas disparidades ressaltam a interseccionalidade das opressões enfrentadas por essas mulheres.

Com efeito, a violência obstétrica não constitui um problema isolado. Ela deve ser abordada como uma questão que permeia toda a sociedade, não sendo exclusiva das mulheres, e muito menos restrita ao grupo delas que relata ter sofrido violência durante o ciclo gravídico-puerperal. É crucial elevar o nível civilizatório da sociedade para lidar com as violências de gênero e institucionais. Para isso, é imperativo construir uma força coletiva que busque mais justiça, mais democracia e, como consequência, menos violência. Essa abordagem coletiva é essencial para transformar estruturas e atitudes que perpetuam a violência obstétrica e outras formas de violência contra as mulheres.

Apesar dos esforços do Ministério da Saúde em implementar políticas de humanização do parto e nascimento, como a Rede Cegonha, práticas não recomendadas pela OMS ainda persistem na maioria dos serviços que realizam

partos pelo SUS, indicando a necessidade de avanços significativos no cuidado às mulheres.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cerca de 25% da população brasileira possui planos de saúde, enquanto os outros 75% dependem do SUS para cuidados em saúde, totalizando aproximadamente 143.499.887 pessoas em números absolutos. Portanto, fortalecer o SUS é fundamental para melhorar a qualidade de vida da população brasileira. Defender o SUS e a Justiça Reprodutiva (JR) pressupõe um cuidado coletivo e universal, indo contra a lógica neoliberal dos planos privados de saúde.

A Justiça Reprodutiva convoca uma reação coletiva para perceber a realidade ao nosso redor e gerar mudanças profundas na forma como enxergamos e buscamos transformar essa realidade. Compreender as diversas formas de violência que as mulheres enfrentam ao longo da vida, incluindo a violência obstétrica, exigirá esforços conjuntos da população, sociedade civil organizada e governos comprometidos com o bem-estar das mulheres. A humanização do parto, nascimento, pré-natal e puerpério só é possível com políticas públicas que enfrentem o desmonte do SUS, combatam a violência de gênero e promovam a humanização do cuidado. Essa transformação envolve diversos fatores que influenciam a forma como a saúde é cuidada, bem como uma mudança cultural em toda a sociedade.

A aplicação do conceito de justiça reprodutiva não apenas se destaca como uma ferramenta de enfrentamento à violência obstétrica, mas também como um instrumento essencial para ampliar o debate sobre questões prementes relacionadas à saúde das mulheres. Isso engloba a garantia de métodos contraceptivos seguros, a expansão do acesso ao aborto legal e a defesa da descriminalização do aborto, considerando dados que indicam a ocorrência de aproximadamente um milhão de abortos induzidos no Brasil anualmente.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reverenciamos, nesse artigo, a profundidade do tema que permeia os recantos mais íntimos da experiência feminina: a violência obstétrica. Este fenômeno, inscrito nas páginas sombrias da história obstétrica, emerge como um desafio imperativo a ser desvendado e erradicado em prol da dignidade e dos direitos inalienáveis da mulher. Ao longo desta jornada textual, navegamos pelos meandros intrincados da violência obstétrica, desvelando os matizes de um flagelo que, lamentavelmente, ainda persiste nas salas de parto mundo afora. Entre relatos angustiantes e análises críticas, vislumbramos a necessidade premente de uma metamorfose sociocultural e jurídica que resguarde, de forma intransigente, a integridade física e emocional das parturientes.

Os alicerces jurídicos, embora existentes, clamam por uma concretização mais efetiva, uma aplicação compassiva e vigilante que destitua a violência obstétrica de sua perniciosa legitimidade. Neste contexto, ressurgem com ímpeto a necessidade de um engajamento ativo de profissionais da saúde, legisladores e sociedade civil na construção de um cenário onde o parto seja, antes de tudo, uma celebração da vida, desprovida de sombras que obscurecem a autonomia e a dignidade femininas. Ao refletir sobre as implicações jurídicas, é imperativo que a tutela dos direitos da mulher alcance patamares de excelência, transformando-se em um escudo intransponível contra práticas degradantes e desrespeitosas.

A consolidação desses direitos, entrelaçada com uma conscientização coletiva, figura como bússola moral na busca por um paradigma de assistência obstétrica que honre a sacralidade do processo de gestação e parturição. Em síntese, o caminho para a erradicação da violência obstétrica é intrincado, não obstante, imprescindível. Que este escrito sirva não apenas como um registro crítico, mas como uma semente fértil para a mudança, catalisando o despertar de uma consciência coletiva que rejeita, de forma veemente, qualquer forma de violência contra a mulher durante o sagrado momento do parto. Que a luz do conhecimento e da empatia dissipe as sombras, pavimentando o caminho para um futuro em que cada mulher seja protagonista indiscutível de sua própria narrativa obstétrica.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 2287-2296, 2013.

ÁVILA, A. A. Afinal, quem vai parir? In: ÁVILA, A. A. **Socorro, Doutor!** Atrás da barriga tem gente! (pp. 123-135). Atheneu, 1998.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 465-469, jan. 2003.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. **Lei nº 7.716, de 15 de janeiro de 1989**. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor.

BRASIL. **PORTARIA n. 569 8 de junho de 2000**. 2000. Diário Oficial da União.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Dispõe sobre a garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 8 de abril 2005. Seção 1, 2005.

BRASIL. Código civil. **Decreto-lei nº. 10.406, 10 de janeiro de 2002**. Diário oficial da união, Rio de Janeiro, RJ, 2002.

BRUGGEMANN OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepção de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, 2007.

BRUGGEMANN OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. **Reasons which lead the health services not to allow the presence of the birth companion**: nurses' discourses. Texto Contexto Enferm [Internet], 2014.

BYDLOWSKI, M. Tu enfanteras dans la douleur. In: BYDLOWSKI, M. **Je rêve un enfant** : L'expérience intérieure de la maternité (pp. 103-123), 2000.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Violência Obstétrica é Violação dos Direitos Humanos, diz OMS**, 2016. Disponível em: [https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/violencia-obstetrica-e-violacao-dos-direitos-humanos-diz-oms#:~:text=A%20viol%C3%Aancia%20contra%20a%20mulher,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20\(OMS\)](https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/violencia-obstetrica-e-violacao-dos-direitos-humanos-diz-oms#:~:text=A%20viol%C3%Aancia%20contra%20a%20mulher,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20(OMS).). Acesso em: 20 nov.2023.

CARDOZO, Julia S.C. **Violência obstétrica no Brasil**: configuração, dados e alternativas. Belo Horizonte: Del Rey, 2023.

CARRARO TE, Knobel R, Frello AT, Gregório VRP, Grüdtner DI, Radünz V, Meincke SMK. **O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto**: opinião de puérperas. *Texto Contexto Enferm.*, 2008.

CARVALHO MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cad Saúde Pública**, 2003.

CASTILHO S.A, Pires D.E.P. **O resgate do parto normal**: as contribuições de uma tecnologia apropriada. *Texto Contexto Enferm.*, 2000.

CEDAW. Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, 1983. Disponível em: <https://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/discrimulher.htm>. Acesso em: 20 nov. 2023.

CHIABAI, Pedro S. **Direitos das mulheres**: da metamorfose do direito Penal à repressão dos atos de violência obstétrica. São Paulo: Saraiva, 2018.

CREMESP. Ética em ginecologia e obstetrícia. **Cadernos CREMESP**. 3. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2004.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, ano 10, 1º sem. 2002, p. 171-188.

CUNHA, C. C. A. **Violência obstétrica**: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais. 2015. 46 f. Monografia (Bacharelado em Direito) -Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

DE LACERDA, Giovanna Maria Oliveira; DA COSTA MARIANO, Valéria; DE PASSOS, Sandra Godói. Violência obstétrica e os direitos das gestantes: o que as mulheres sabem? **Revista JRG De Estudos Acadêmicos**, v. 5, n. 10, p. 42-53, 2022.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência obstétrica**. São Paulo, 2015. Disponível em: https://www2.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/documentos/cartilhas/FOLDER_VIOLENCIA_OBSTETRICA.PDF. Acesso em: 20 nov. 2023.

DIAS, S. L.; Pacheco, A. O. Marcas do parto: as consequências psicológicas da violência obstétrica. **Revista Arquivos Científicos**, Macapá, v. 3, n. 1, p. 4-13, 2020.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DINIZ, S. G. *et al.* **Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in brazil**: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for

its prevention. *Journal Of Human Growth And Development*, [S.L.], 25(3). Faculdade de Filosofia e Ciências, 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2015.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal. **Acórdão nº 20160111065154 DF 003020496.2016.8.07001**. 2018. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-df/597191714>. Acesso em 18 nov. 2023.

D'ORSI, Eleonora et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S154-S168, 2014.

DOS SANTOS, Mariana Beatriz B. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A VIOLAÇÃO AOS DIREITOS DA PARTURIENTE E A DESUMANIZAÇÃO DO PARTO. **Revista de Direito UNIFACEX**, v. 7, n. 1, p. 1-23, 2016.

ENKIN M, KEIRSE, MJNC; NEILSON J.; CROWTHER C.; DULEY L.; HODNETT, E. *et al.* **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FERREIRA KM, Viana LVM, Mesquita MASB. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura. **Rev Saúde Foco**. 2014;1(2):134-48.

FRELLO A.T., Carraro T.E., Bernardi M.C. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. **Rev Baiana Enfermagem**. 2011;25(2):173-84.

FRIGO, Woman Jucimar. Episiotomia: (des)conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher. **Jornal BJSCR**, 2014.

GARCIA, Leila Posenato *et al.* **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013.

GOMES, Deise de Oliveira et al. A violência obstétrica na percepção das múltiparas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2014.

HODNETT, E.D.; GATES, S.; HOFMEYR, G.J.; SAKALA, C.; WESTON, J. **Continuous support for women during childbirth**. Cochrane Database of Systematic Review, 2012.

HOTIMSKY SN, Alvarenga AT. **A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica?** Rev. Estud. Fem, 2002.

LEAL, M. do Carmo *et al.* **Birth in Brazil: national survey into labour and birth**. *Reproductive Health*, [S.L.], 9(1). Springer Science and Business Media LLC, 2012.

LEAL, Maria do Carmo; [et al.]. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-17, 2017.

LEAL, [et al.]. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, p. 01-14, 2019.

- LEMOS A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde em Debate** 38 (101): 244-253, 2014.
- LONGO, Cristiane da Silva Mendonça; ANDRAUS, Lourdes Maria Silva; BARBOSA, Maria Alves. **Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde**. 2010.
- MARTINS, A. de C.; Barros, G. M. **Você vai dar à luz na dor?** Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. *Rev. dor*, São Paulo, 17(3), 2016.
- MARTOS, Giovana L.G; SANTINELLI, Jessie O. **Análise crítica das políticas públicas de enfrentamento à violência obstétrica e identificação das lacunas existentes**. Curitiba: CRV, 2021.
- MEDEIROS, N. C. M. et al. Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal. **Rev. Tem em Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 503-528, 2016.
- MENDES KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17:2758-64.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde - SUS**, maio a outubro de 2012 Brasília, DF., 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS - Volume 4: Humanização do parto e do nascimento**, Brasília, DF: UECE/ Ministério da Saúde, 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) - Brasília, DF., 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Conitec. Relatório de Recomendação. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Jan./2016.
- MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO. **Humanização do Parto Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos**. Ministério Público de Pernambuco; 2015.
- MIRANDA, Monique F.A; CONNOR, Maria. R. **Violência obstétrica no Brasil: direitos assegurados e realidade da mulher brasileira**. Florianópolis: UFSC, 2022.
- NASCIMENTO, Emmanuella G. **Normatização e regulamentação da violência obstétrica: diretrizes e protocolos para um atendimento seguro**. Salvador-BA: EDUFBA, 2019.
- OLIVEIRA, Raphaella. Aspectos jurídicos sobre a violência obstétrica. (Direito). **Repositório Institucional**, v. 1, n. 1, 2023.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Autor, 2014.

PASCHE, Dário Frederico; DE ALBUQUERQUE VILELA, Maria Esther; MARTINS, Cátia Paranhos. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

PINHEIRO, Rejane Sobrino. [et al.]. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PLATAFORMA DE CAIRO. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 2019. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%Aancia-do>. Acesso em: 20 nov. 2023.

REIS AE, Patrício ZMP. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Cien. Saúde Colet.**, 2005.

REZENDE, Carolina Neiva Domingues Vieira de. **Violência obstétrica**: uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecida legalmente no Brasil. UniCEUB, Brasília, 2014.

RIBEIRO KG, Ribeiro TCSM, Dias RSF, Neta ME, Leite MG, Silva KS, et al. **Caracterização da violência obstétrica na produção científica**: uma revisão integrativa. REAS, 2021.

ROCHA, M. J., & Grisi, E. P. Violência Obstétrica e suas Influências na Vida de Mulheres que Vivenciaram essa Realidade. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, [s. l], 11(38), 2017.

RODRIGUES DP. Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: percepção de mulheres/puérperas. Rio de Janeiro [dissertação]. Niterói (RJ): Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal Fluminense; 2014.

SANFELICE, Clara Fróes et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev. Rene**, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, p. 157-160, 2014.

SANTIAGO, Dayze Carvalho; SOUZA, Wanessa Kerlly Silva; DO NASCIMENTO, Renata Fernandes. **Violência obstétrica**: uma análise das consequências. 2017.

SANTOS, W. (2013). **A depressão pós-parto influencia o cuidado à saúde infantil?** (Dissertação de Mestrado). Curso de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SAQUI, Gustavo P. **Violência obstétrica**: diagnóstico e abordagem do problema. Brasília: Renovar, 2021.

SCHWAB, W.; MARTH, C.; BERGANT, A.M. Post traumatic stress disorder post partum. **Geb. Fra. Science**, v.72, p.56-63, 2012.

SENA L.M., Tesser CD. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães**: relato de duas experiências. Interface comunicação saúde e educação, 2017.

SILVA, M, G; Marcelino, M, C; Rodrigues, L; Toro, R, C; Shimo, A, A: Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Rev Rene**, v.15, n.4, 2014.

SIMPSON, M., & Catling, C. **Understanding psychological traumatic birth experiences**: A literature review. *Women and Birth*, 29(3), 203-207, 2016.

SOARES, P. B. *et al.* Violência obstétrica e suas implicações. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**. p. 93-94, 2015.

SOUZA, A.S.R.; Silva, A.A.R. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. **FEMINA**, Abril, vol. 38, nº 4, 2010.

SOUZA JG, Azevedo MFBD, Silva MRB, Souza DRS, Silva HCDA, Cunha AL, et. al. Conhecimento das mulheres sobre violência obstétrica em uma unidade básica de saúde na Zona Oeste. **Rev. Glob. Acad. Nurs**, 2021.

SOUSA, Rejane G. G; PEREIRA, Paulo V.T. **Conhecimento e percepção de beneficiárias sobre a Lei Maria da Penha e a violência obstétrica**. Campina Grande-PB: UEPB, 2019.

SOUZA, K.J. **Violência institucional na atenção obstétrica**: proposta de Modelo preditivo para depressão pós-parto.2014.106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília,2014.

SOUZA, K.J.; RATTNER, D.; GUBERT, M.B. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. **Rev. Saúde Pública**, 2017.

STOCO, Rui. **Tratado de responsabilidade civil**: doutrina e jurisprudência. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, p. 483-492, 2002.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Instituto de Psicologia. **A depressão pós-parto**: um problema para toda a família. Compreendendo a Infância, São Paulo, p. 1-5, 2010.

VENOSA, Silvio de Salvo. **Direito civil**: responsabilidade civil. São Paulo: Atlas, 2004.

VENTURINI, Ernesto. O caminho dos cantos: morar e intersectorialidade na saúde mental. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, p. 471-480, 2010.

WEIDLE WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad. Saúde Coletiva**. 2014;22(1):46-5.

WINNICOTT, D. W. A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas** (pp. 195-202). Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, **Da pediatria à psicanálise**: Obras escolhidas (p. 399-405). Imago, 2000.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e sociedade**, v. 17, p. 138-151, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Care in normal birth: a practical guide: report of a technical working group**. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, Family and Reproductive Health, World Health Organization, 1996.

ZANARDO G.L.P., Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. **Violência obstétrica no Brasil**: uma revisão narrativa. *Psicol. Soc.*, 2017.

ZASCIURINSKI, Miranda Juliana. **Violência obstétrica**: uma contribuição para o debate acerca do empoderamento feminino, 2015.