

O PLANO DE PARTO COMO MEIO DE COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DE EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DAS GESTANTES E PARTURIENTES

THE BIRTH PLAN AS A MEANS OF COMBATING OBSTETRIC VIOLENCE AND ENFORCEMENT OF THE RIGHTS OF PREGNANT WOMEN AND PARTURIENTS

EL PLAN DE PARTO COMO MEDIO DE COMBATE A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y DE GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y PARTURIENTES

Amanda Silva Alves¹
Anderson Lima de Oliveira²
Vitória Maria de Souza Furtado³

RESUMO: Esse artigo buscou discutir a violência obstétrica sob um prisma social e jurídico, além de apresentar, por meio de pesquisa bibliográfica, o plano de parto como mecanismo de prevenção a esse tipo de violência de gênero. Os direitos reprodutivos constam constitucionalmente como direitos de personalidade e a violência obstétrica, por sua vez, constitui violação desses direitos. Na inexistência de lei específica, o parto humanizado configura-se como direito subjetivo, garantido plenamente pelo sistema jurídico brasileiro. Nota-se, entretanto, que a humanização do parto caminha lentamente rumo a seu reconhecimento como direito fundamental. Observou-se que quando aplicado, o plano de parto empodera a mulher e previne a violência. Ainda assim, sua aplicação nos sistemas de saúde é exceção. Conclui-se que é premente que os profissionais de saúde sejam informados acerca da existência, importância e das diretrizes de elaboração e aplicação do plano de parto.

1149

Palavras-chave: Violência obstétrica. Violência contra a mulher. Plano de parto. Direitos de personalidade. Humanização da assistência à saúde.

ABSTRACT: This article sought to discuss obstetric violence from a social and legal perspective, and through bibliographic research, presented the birth plan as a mechanism for preventing this type of gender-based violence. Reproductive rights are constitutionally enshrined as personality rights, and obstetric violence, in turn, constitutes a violation of these rights. In the absence of a specific law, humanized childbirth is a subjective right, fully guaranteed by the Brazilian legal system. It is noted, however, that the humanization of childbirth is slowly progressing toward its recognition as a fundamental right. It was observed that, when implemented, the birth plan empowers women and prevents violence. Even so, its application in healthcare systems is rare. The conclusion is that it is imperative that healthcare professionals be informed about the existence, importance, and guidelines for developing and implementing the birth plan.

Keywords: Obstetric violence. Violence against women. Birth plan. Personality rights. Humanization of health care.

¹Doutoranda em letras: linguagem e identidade, pela Universidade Federal do Acre (UFAC). Professora ebtt do Instituto Federal de Educação, Ciência e tecnologia do Acre (IFAC).

²Pós-graduado em ciências forenses, pela Faculdade Barão de Rio Branco (UNINORTE). Professor ebtt do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre (IFAC).

³Advogada. Bacharel em direito, pelo Centro Universitário U:Verse.

RESUMEN: Este artículo buscó discutir la violencia obstétrica desde una perspectiva social y legal, y a través de una investigación bibliográfica, presentó el plan de parto como un mecanismo para prevenir este tipo de violencia de género. Los derechos reproductivos están consagrados constitucionalmente como derechos de la personalidad, y la violencia obstétrica, a su vez, constituye una violación de estos derechos. En ausencia de una ley específica, el parto humanizado es un derecho subjetivo, plenamente garantizado por el sistema legal brasileño. Se observa, sin embargo, que la humanización del parto está progresando lentamente hacia su reconocimiento como un derecho fundamental. Se observó que, cuando se implementa, el plan de parto empodera a las mujeres y previene la violencia. Aun así, su aplicación en los sistemas de salud es poco frecuente. La conclusión es que es imperativo que los profesionales de la salud estén informados sobre la existencia, la importancia y las directrices para el desarrollo e implementación del plan de parto.

Palabras clave: Violencia obstétrica. Violencia contra la mujer. Plan de parto. Derechos de la personalidad. Humanización de la atención de salud.

INTRODUÇÃO

São inúmeros os casos de violência obstétrica vivenciados no país, dados revelam que sua ocorrência é corriqueira em diversos serviços de saúde do Brasil, de forma que muitas mulheres sequer conseguem distinguir que estão sendo vítimas de violência de gênero. Conforme pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em conjunto com o Sesc, uma em cada quatro mulheres no Brasil sofreu algum tipo de violência durante o parto.

1150

Este artigo aborda uma temática de relevância na atualidade, haja vista a obrigatoriedade do asseguramento dos direitos humanos a todas as pessoas, em conformidade com o previsto na Constituição Federal de 1988 e com a legislação complementar em vigor.

Violência obstétrica é o termo utilizado para se referir ao conjunto de procedimentos e condutas que desrespeitam e/ou agredem a mulher, física ou psicologicamente, no período da gestação, parto ou pós-parto.

Cabe destacar que os direitos reprodutivos constam previstos no artigo 226, § 7 da Constituição Federal de 1988, no qual encontra-se firmado o livre planejamento familiar e a promoção da dignidade da pessoa humana, destarte, cabendo ao Estado o dever de assegurar esses direitos de forma livre e autônoma. Contrariando o número exacerbado de casos, ainda não há legislação específica tratando acerca desse tipo de violência. Discussões levantadas sobre violências contra a mulher ressaltam a necessidade de mecanismos jurídicos a fim de proteger a gestante e a parturiente.

Diante desse cenário, o presente artigo visa discorrer acerca da negação dos direitos humanos e direitos reprodutivos das mulheres e da urgente necessidade de amparo jurídico às

gestantes e parturientes vítimas de violência obstétrica, analisando a importância do plano de parto como mecanismo para proteção e garantia da autonomia das mulheres.

O plano de parto é um documento reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), através do qual a gestante descreve como deseja que ocorra o atendimento a ela e ao recém-nascido durante o pré-parto, parto e pós-parto, quais procedimentos e intervenções autoriza ou não que sejam feitos, quais suas expectativas em relação a todo o processo, a via de parto preferencial, entre outras questões.

Ao protocolar o plano de parto no hospital no qual ocorrerá o parto, além de expressar as vontades seus anseios, a gestante passa a ter um documento que poderá vir a ser utilizado como prova de procedimentos realizados de maneira errônea, seja por ocorrerem sem consentimento da mulher, seja por não ser o procedimento ideal para o momento em que foi executado.

I VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Antes de dar início à conceituação do termo violência obstétrica, é necessária atenção ao conceito de violência. Na perspectiva de Marilena Chauí (2019), violência pode ser conceituada como a transformação de diferença em desigualdade com a finalidade de dominar, explorar e

1151

[...] 1. tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser (é desnaturar); 2. Todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); 3. todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar); 4. todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade definem como justas e como um direito (é espoliar ou a injustiça deliberada); 5. Consequentemente, violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão e pela intimidação, pelo medo e pelo terror. (Chauí, 2019, p. 35-36).

A partir do conceito de Chauí, ressalta-se a necessidade de compreender o significado de violência obstétrica, além de suas características essenciais, os momentos em que ocorre, sua frequência e os métodos utilizados para praticá-la. A violência obstétrica ocorre por meio da prática da agressão verbal, física, psicológica, sexual ou moral contra a gestante ou contra o nascituro em qualquer momento da gestação, seja no pré-natal, no parto, no pós-parto ou em situações de abortamento. A violência obstétrica pode ocorrer, também, através da realização de procedimentos indesejados pela vítima, antiéticos ou sem evidências científicas.

O artigo 3º da lei 2.324/2019 conceitua a violência obstétrica como:

Todo ato praticado pelo profissional médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante, no atendimento pré-natal, nos períodos pré-parto, parto e pós-parto e nas situações de abortamento, que restrinjam direitos garantidos por lei às gestantes, às parturientes e às mulheres em situação de abortamento e que violem a sua privacidade e a sua autonomia. (Brasil, 2019)

A gestação é um marco na vida de muitas mulheres, configurando, muitas vezes, um momento inesquecível e que marca uma transição de fases, o início de um novo ciclo. Em diversos casos, porém, tais momentos têm sido marcados pelo desrespeito à integridade física e mental da gestante, de sua autonomia, seus sentimentos, opções e preferências, vindo a ser lembrado como um evento traumático, de dor intensa e sofrimento, envolvimento de agressões, humilhações e desrespeito. Cabe destacar que as ocasiões de gestação, parto, pós-parto ou abortamento configuram-se como momentos de interferência do estado emocional habitual da mulher. Nesse sentido, a violência obstétrica atinge a qualidade de vida das mulheres de forma negativa, gerando traumas, abalos emocionais, quadros ansiosos e depressivos, problemas sexuais, dentre outras consequências.

São diversas as denúncias de as humilhações sofridas pelas mulheres durante a gestação e o processo de parto, de forma que fica evidente que a integridade corporal e o bem-estar da gestante não configuram desfechos relevantes para a saúde pública, contrariando, assim, os princípios gerais e diretrizes para atenção obstétrica e neonatal, que determinam como essenciais a humanização e a qualidade, constituindo dever dos profissionais e serviços de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. (Brasil, 2005b).

De acordo com dados do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos, do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2022⁴, do total de bebês nascidos vivos no Brasil⁵, a taxa de partos realizados por meio de cesariana foi de 58,12%, fazendo com que o país permaneça ocupando o segundo lugar na lista de países com as maiores taxas de cesáreas no contexto mundial (SINASC, 2024). Nesse sentido, o Brasil segue contrariando, de maneira desenfreada, a recomendação da OMS em relação à ocorrência de cesáreas, cuja realização é em cerca de 10% a 15% do total de partos realizados. A importância de se compreender a taxa ideal

⁴Conforme informação do DATASUS, a última atualização dos dados referentes aos nascidos vivos ocorreu em agosto 2024. Os dados finais consolidados estão disponíveis até o ano de 2022. As informações referentes a 2023 são preliminares, de forma que optamos por utilizar somente as informações consolidadas, referentes ao ano de 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em 31 out. 2023.

⁵ Consideramos somente os nascimentos cuja via de parto foi informada ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

de cesarianas realizadas reside no fato de que esta cirurgia é uma das intervenções desnecessárias e, por vezes indesejadas, mais realizados nas mulheres durante o parto.

Cabe destacar que, conforme destaca a OMS (2015) não se questiona a relevância e a importância da cesárea como procedimento eficaz para salvar vidas de mães e de bebês, porém, ela deve ser realizada quando existem indicações médicas reais e baseadas em evidências científicas, uma vez que esta cirurgia pode ocasionar complicações consideráveis, especialmente durante o período pós-operatório, podendo levar a sequelas irreversíveis e à morte. Ademais, além da mortalidade, ainda não existem estudos suficientes sobre as repercussões das cesarianas em outros desfechos imediatos e a longo prazo, como morbidade de mulheres e bebês, questões sociais ou psicológicas, por exemplo.

Essas taxas brasileiras demonstram a exacerbada ocorrência de partos por meio de intervenção cirúrgica sem necessidade comprovada cientificamente, de forma que milhões de mulheres são submetidas a essa cirurgia sem o devido esclarecimento sobre os riscos e possíveis complicações, trazendo diversos riscos, dentre os quais pode-se citar laceração acidental, riscos envolvendo a anestesia, infecções, hemorragias, motivo pelo qual as cesarianas sem indicação obstétrica e neonatal são alvo de diversos debates no âmbito mundial.

No entanto, embora configure um problema rotineiro há décadas, a terminologia “violência obstétrica” é relativamente nova, e vem sendo objeto de diversas discussões no âmbito da saúde da mulher e na esfera jurídica. A conceituação recente do termo traz à tona a necessidade de discorrer acerca da generalização deste, haja vista a utilização para retratar quaisquer formas de violência na esfera do cuidado obstétrico, desde a violência física até a assistência no pré-parto e parto, restando fundamentada na esfera dos direitos humanos, na área das garantias sexuais e reprodutivas. 1153

Os direitos das mulheres, embora contando com muitos avanços no decorrer dos anos, ainda são feridos em diversas ocasiões, de forma que as mulheres ainda são rebaixadas e não ocupam o papel de protagonista de suas escolhas em muitos aspectos de suas vidas. Ao colocar as mulheres em posição de meros objetos ao invés de sujeitos no exercício de seus direitos, a violência obstétrica viola os direitos reprodutivos. Sobre a violência obstétrica, Daphne Rattner postula que:

Não é uma questão do Sistema Único de Saúde. É uma questão da cultura da nossa sociedade, que legitima o feminicídio. O cuidado deveria estar centrado no bem-estar da mulher, do bebê e da família. Mas infelizmente a cultura institucional faz com que o cuidado esteja centrado na conveniência do profissional e da instituição (Agência Senado, 2018).

Segundo pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010) com 1467 mulheres, em 25 unidades federativas, nas cinco regiões do país, contemplando as áreas urbana e rural de 176 municípios, 25% das mulheres que tiveram filhos na rede pública ou privada sofreram algum tipo de violência durante o atendimento ao parto, tornando traumático esse momento, que deveria ser pautado no protagonismo da gestante, a fim de torná-lo mais humano e natural.

Quando se fala em parto mais humano ou parto humanizado, refere-se ao parto pautado na prioridade da qualidade do atendimento prestado de forma que sejam respeitados os direitos da paciente, sua cultura e sua individualidade, de forma que o nascimento seja um processo saudável e respeitoso.

Nesse sentido, visando a contribuir com a disseminação do parto humanizado no Brasil, surge o coletivo Parto do Princípio, uma rede de mulheres, de abrangência nacional, que busca promover a autonomia da mulher em relação aos processos de gravidez, parto, amamentação e maternidade em geral. A Rede Parto do Princípio foi responsável pela elaboração do dossiê “Parirás com dor”, que foi apresentado na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência contra a Mulher, que investigou a situação da violência contra a mulher em âmbito nacional. O documento visou definir os tipos específicos de violência obstétrica, utilizando, para isso, diversos depoimentos de mulheres que sofreram violência durante a gestação, parto e pós-parto (Parto do Princípio, 2012).

1154

O dossiê define os atos caracterizadores de violência obstétrica como toda prática “contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis” (Parto do Princípio, 2012). Ademais, o documento apresenta uma tipificação própria acerca das modalidades de violência obstétrica mais comuns no Brasil, baseadas em situações desrespeitosas e degradantes pelas quais as mulheres passaram durante a gestação, o parto ou situações de abortamento definindo seis tipos de violência obstétrica, a saber, física, psicológica, sexual, institucional, material e midiática.

A violência obstétrica de caráter físico é caracterizada pela prática de atos sobre o corpo da mulher os quais não têm indicação médica baseada em evidências científicas, afetando seu corpo, causando dor ou ocasionando algum dano físico em qualquer grau. São práticas comuns de violência obstétrica física, a realização de cirurgia de cesárea eletiva sem indicação médica real; a imposição de posições ou restrições a livre movimentação física da mulher durante o trabalho de parto e parto; a proibição do consumo de alimentos ou bebidas; a execução da

manobra de Kristeller, que além de dolorosa oferece riscos à mulher e ao bebê; a obrigatoriedade de realização de tricotomia; a prescrição imprudente e indiscriminada de ocitocina; a negativa ou não oferta de analgesia ou de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, quando não há impedimentos técnicos para sua aplicação.

A violência obstétrica de cunho psicológico configura-se por ações verbais ou comportamentais que ocasionem à mulher sensações de inferioridade, de perda da integridade, da dignidade e do prestígio, sentimentos de abandono, de fragilidade, de medo, de acuamento, desequilíbrios emocionais, insegurança, vulnerabilidade, medo, por meio de ameaças, ludíbrios, mentiras, piadas e chacotas, chantagens, comentários desrespeitosos, tentativas de dissuasão, omissão de informações ou repassadas em linguagem técnica, desconsideração de sua religião ou cultura.

No que se refere às violências obstétricas de caráter sexual, pode-se caracterizá-las por meio de ações que violem os pudores ou a intimidade da parturiente, interferindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva. São práticas bastante comuns de violência obstétrica sexual a prática de episiotomia, a obrigatoriedade da realização de enema, exames de toque ou exames nos mamilos invasivos, dolorosos, repetitivos e sem consentimento ou sem prestar os devidos esclarecimento.

1155

A violência obstétrica de cunho institucional refere-se a atos realizados com o intuito de dificultar ou impedir que a mulher acesse seus direitos como, por exemplo, aplicação de normas institucionais que contrariem a legislação vigente, impedimento a que a mulher tenha um acompanhante a sua escolha, à amamentação em livre demanda, ao acesso aos serviços de saúde durante a gravidez, parto e puerpério, dentre outros.

A violência obstétrica de caráter material, por sua vez, faz referência a atos que objetivem receber recursos materiais de mulheres que estão em processos de reprodução, desrespeitando, assim, direitos assegurados, como é o caso de cobranças indevidas ou de cobranças feitas sob pretextos falsos ou enganosos.

Por fim, a violência obstétrica de caráter midiático é caracterizada por profissionais dos meios de comunicação, objetivando atingir psicologicamente mulheres em seus processos de reprodução, diminuir seus direitos, defender procedimentos sem comprovação científica, como a apologia à cesárea por motivos fúteis, incentivo ao desmame precoce e ao aleitamento artificial e ridicularização da amamentação e do parto normal.

Nota-se que as determinantes para a violência obstétrica e a ocorrência de procedimentos

desnecessários ao momento da gestação, parto e pós-parto incluem desde mitos até as características sociais e culturais da paciente e de quem comete as violências, demonstrando uma realidade repleta de preconceitos, desigualdades e injustiças.

A violência marca a trajetória existencial da mulher, desde a relação sexual até a relação médico-paciente, resultando no sentimento de desamparo e desalento ao assistir à manipulação do próprio corpo, quando precisa recorrer à medicina, em momentos tão significativos que são a contracepção, parto e aborto. Oliveira e Albuquerque (2018, p. 38) apontam que é necessário compreender a influência, na quantidade de violências obstétricas das quais as mulheres são vítimas, da transição do parto como um momento familiar, assistido por parteiras, ao parto como um evento médico:

Em se tratando da exacerbada quantidade de casos registrados de violência contra a mulher no momento do parto e pós-parto, deve-se levar em consideração e analisar de que forma houve a influência negativa a partir da transição entre o parto realizado por parteiras para o parto realizado no ambiente hospitalar sob tal momento, e de que forma veio a ocorrer essa desumanização do parto.

Ademais, é relevante destacar que a ótica de produção industrial sob a qual o parto hospitalar é visto atualmente no Brasil, influencia diretamente na quantidade de intervenções médicas desnecessárias às quais as mulheres são submetidas, conforme salientam, também, Oliveira e Albuquerque (2018, p. 38):

O parto hospitalizado responde a uma lógica industrial de produção, em que há uma série de prazos a serem cumpridos pelos profissionais, dentro de um período delimitado de tempo. Desta forma, se a mulher não concluir o trabalho de parto no tempo previsto, serão realizadas intervenções desnecessárias para que ela dê à luz no prazo determinado.

Observa-se, desta forma, que a maneira como ocorre o parto no Brasil acaba dizimando a autonomia feminina como protagonista no parto, no sentido de que as vítimas, por acreditarem na seriedade da conduta médica e por estarem fragilizadas em um momento extremamente delicado, acabam por consentir com situações e procedimentos extremamente violentos e invasivos e, por muitas vezes, desnecessários a sua saúde.

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DISPARIDADES RACIAIS

Para que se discuta a relação entre violência obstétrica, direitos sexuais, direitos reprodutivos e a questão racial, é necessário, inicialmente, que se compreenda a composição racial da população brasileira.

Conforme dados do último Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado no ano de 2022, a população do Brasil é composta de 55,5% de

pessoas negras, sendo que 10,2% se autodeclararam pretas e 45,3% se autodeclararam pardas. As mulheres negras, por sua vez, representam o maior grupo populacional do Brasil, compreendendo 28,3% da população total do país. Mulheres brancas, são 22,1%, mulheres amarelas e indígenas somam cerca de 10% da população total. Quando fazemos o recorte da população feminina total do país, 54,5% das mulheres se autodeclararam negras, sendo 44,8% pardas e 9,7% pretas; 44,4% se autodeclararam brancas; e 1% se autodeclara indígena ou amarela (IBGE, 2022).

Existem dois termos que cada vez mais ganham destaque nas discussões que envolvem as relações raciais, a saber, o racismo estrutural e o racismo institucional. Ambos os termos estão intimamente ligados e fazem referência à forma de manifestação do racismo que ultrapassa o âmbito individual, ou seja, o racismo não se dá, isoladamente, de um indivíduo de uma raça em relação ao indivíduo de outra raça, mas se manifesta de forma a envolver toda a estrutura da sociedade fazendo uso, inclusive, do aparato institucional (Almeida, 2019).

Isso significa que é através da perpetuação do racismo, estruturado e ramificado em todas as esferas da sociedade que as instituições consolidam o poder de determinado grupo sobre o outro, através da criação e manutenção de padrões que reafirmam privilégios que, no caso do Brasil, são da população branca sobre a negra. A dificuldade em identificar essa manifestação de racismo reside no fato de que sua manifestação é sutil, muitas vezes, imperceptível a olhares menos atentos.

1157

Um exemplo disto ocorre na questão da violência obstétrica, visto que mulheres de todas as raças são vítimas. Mas quando se analisam os dados da violência no contexto obstétrico levando-se em consideração o marcador raça/cor, evidencia-se que as maiores vítimas são as mulheres negras, destacando-se, também, que há uma reprodução de hierarquias que, além de gênero, intersecciona classe, raça, sexualidade. Cabe destacar, que mulheres indígenas também são muito atingidas pelo entrelaçamento das desigualdades de raça e gênero.

No contexto da saúde reprodutiva e atenção ao parto, a convergência dos eixos de opressão supramencionados é decisória na proporção de intervenções desnecessárias, nível de violências sofrida pelas mulheres e desfechos neonatais e maternos desfavoráveis, como a morbidade grave, *near miss* e mortalidade.

Conforme destaca o documento informativo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2024), apesar de o Brasil apresentar uma queda significativa no índice de mortalidade materna

nos últimos trinta anos, a morte de mulheres negras em decorrência da gestação e do parto ainda ocorre em proporção muito maior do que morte de mulheres brancas na mesma situação.

Segundo o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (Raseam, 2024), no ano de 2022, 68% da mortalidade materna no Brasil foi referente a mulheres negras, ao passo que apenas 29,7% das mortes maternas foram de mulheres brancas. Evidencia-se, desta forma, que esses números refletem uma desproporção da composição total de mulheres negras e brancas residentes no Brasil. Considera-se morte materna aquela que ocorre durante a gravidez ou até 42 dias após o parto por qualquer motivo relacionado ou agravado pela gestação, mas não se consideram aquelas mortes causadas por acidentes ou incidentes.

Cabe destacar que, uma vez que a mortalidade materna se refere, em 90% dos casos, a mortes consideradas evitáveis, ela é tida como o principal indicador de saúde da mulher. É importante considerar, também, que, mundialmente, a violência obstétrica e a mortalidade materna atingem mais fortemente mulheres em maior risco social e econômico: adolescentes, com baixa escolaridade e renda, residentes em áreas com acesso mais restrito aos atendimentos em saúde, as quais, no Brasil, em sua maioria, são mulheres negras.

Dessa maneira, a mortalidade materna é considerada uma das formas de violência contra a mulher, visto que, de maneira geral, refere-se ao ápice de negligências, desconsideração das demandas médicas da paciente, precariedade no atendimento, falta de acesso aos serviços de saúde e às políticas públicas, ocorridas ao longo da gestação, parto e pós-parto.

1158

Dados preliminares coletados pela Fiocruz (2024), entre 2020 e 2023, em um estudo realizado com mais de 24 mil mulheres de todo o Brasil, apontam que as mulheres que têm mais risco de serem vítimas de violência obstétrica são mulheres negras usuárias do SUS, especialmente as adolescentes e aquelas com mais de 35 anos.

Evidencia-se, assim, que o racismo estrutural deve ser visto como um determinante de saúde e uma das variáveis causadoras de adoecimento e morte de mulheres negras. Além ser um expressivo fator intensificador da violência obstétrica, o racismo dificulta e nega às mulheres negras o acesso aos serviços básicos e avançados de saúde, especialmente os humanizados, bem como a seus direitos sexuais e reprodutivos.

3 A TIPIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO CRIME EM LEI ESPECÍFICA E AS PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS COMO SINALIZAÇÃO DA NECESSIDADE DE DISCIPLINA JURÍDICA

A violência obstétrica, ainda que indiretamente, encontra-se regulada pela Constituição Federal de 1988, além de constar de tratados internacionais e demais leis que têm potencial para serem invocadas subsidiariamente para aplicação do conceito da violência.

No que se refere à Constituição Federal de 1988, a violência obstétrica fere primitivamente quatro artigos, a saber, artigo 5º, em seus incisos II, III, X, XXXII; artigo 196º; artigo 197º e artigo 226º. É importante ressaltar que a Constituição Federal foi pioneira na consagração da igualdade entre mulheres e homens como direito fundamental na história constitucional brasileira e, no âmbito familiar, consoante artigo 226º, parágrafo 5º.

Por sua vez, o parágrafo 7º do artigo 226, regulado pela lei 9.263/1996, prevê o planejamento familiar e é considerado por Ventura (2009, p. 49) o “conceito normativo dos direitos reprodutivos no ordenamento jurídico nacional”. No parágrafo 7º, no qual encontra-se firmado o livre planejamento familiar, baseado na promoção da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, a Carta Magna estabelece que cabe ao Estado o dever de assegurar tais direitos de forma livre e autônoma, de modo que a parturiente venha a ter autonomia de sua vontade, respeito e que todos os procedimentos realizados, além de contarem com seu conhecimento e autorização, possuam fundamento científico. Neste sentido, todo e qualquer procedimento realizado em uma mulher grávida sem fundamentação científica, sem necessidade de realização e sem o consentimento desta, configura violência contra a gestante.

O artigo 6º da Constituição Federal, dentre onze direitos sociais elencados, constou estabelecida a proteção à maternidade como direito social. No Artigo 5º da Constituição Federal, inciso II, afirma-se que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei, o que nos leva a um comando abstrato e geral, tem-se então o princípio da legalidade, protegendo o indivíduo, nesse caso a mulher gestante ou parturiente, contra determinadas decisões do estado ou outros particulares, destarte, há ampla liberdade para o indivíduo “fazer o que quiser”, desde que tal ato praticado não configure comportamento ou atividade proibida por lei.

A partir do entendimento de Pedro Lenza, ao tratar-se de relação particular, é permitido realizar tudo aquilo que a lei não proibir, onde vigora o princípio da autonomia da vontade,

tendo, o particular, autonomia na tomada de decisões de acordo com o que melhor lhe convier, no entanto, restando restrito às proibições indicadas expressamente por lei. Tratando-se da situação do parto, a autonomia da vontade da gestante deverá ser respeitada, desde que não esteja em conflito com o “direito”.

O Artigo 5º da Constituição Federal, em seu inciso III, determina, ainda, que nenhuma pessoa será submetida à tortura, tratamento desumano ou degradante, sendo estes conceituados pela Comissão Europeia de Direitos Humanos (CEDH). Desta forma, chega-se aos seguintes conceitos para tratamento desumano, tortura e tratamento degradante, a saber, tratamento desumano trata-se daquele que provoca sofrimento mental ou físico sem razão para que aconteça, ou seja, é injustificável; tortura refere-se a um tratamento desumano agravado, que causa sofrimento severo e aplicado com objetivo específico, como a obtenção de confissão ou informação, por exemplo; e tratamento degradante é quando o indivíduo é forçado a agir contra sua consciência, em conflito com a sua vontade ou é humilhado perante si ou outras pessoas.

São diversos os relatos, conforme constam no dossiê “Parirás com dor” (Parto do Princípio, 2012), de que a equipe responsável pelo parto faz a mulher passar por situações de humilhação, seja agredindo-a de forma verbal, forçando a ficar em determinada posição, realizando procedimentos desnecessários de modo que se tornam semelhantes à tortura. Além disso, há inúmeros relatos de gestantes acerca de terem sofrido tortura psicológica de ficarem sem acesso à água e à alimentação por longos períodos durante o processo do parto, circunstâncias que, também, podem ser equiparadas à tortura.

1160

Destaca-se que consiste em direito das usuárias dos serviços de saúde, o recebimento de informações claras, objetivas e compreensíveis acerca de hipóteses diagnósticas, dos diagnósticos realizados e de ações terapêuticas, riscos, benefícios e inconveniências das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas à gestante, além do direito ao recebimento de informações acerca de métodos e técnicas para regulação da fecundidade ou prevenção da gravidez (Brasil, 2005b).

No inciso X do artigo 5º da Constituição Federal, tem-se a afirmação de que são invioláveis as questões da intimidade, da vida privada, da honra e quanto a imagem das pessoas, sendo-lhes assegurado o direito à indenização por dano material ou moral decorrente da violação. Em situações de violência obstétrica, essas violações podem ser aplicadas aos seis tipos de violência obstétrica elencadas anteriormente, seja violência física, psicológica, sexual, institucional, material ou midiática.

Ainda acerca do artigo 5º da Constituição Federal, em seu inciso XXXII, no qual consta expresse que a defesa do consumidor deverá ser promovida pelo Estado, isto significa que todos os institutos serão interpretados favoravelmente à consumidora dos serviços em saúde, uma vez que a gestante, enquanto consumidora de saúde, encontra-se amparada pela Constituição Federal. Ademais, a lei 8078/1990 é clara ao afirmar em seu artigo 4º que se objetiva atender as necessidades do consumidor, respeitar a sua dignidade, saúde e segurança.

Quanto aos artigos 196º e 197º da Constituição, entende-se a partir destes que, além de ser um direito de todo e qualquer cidadão, independente de gênero, raça, idade, grau de escolaridade ou de qualquer outra condição, é dever do Estado garantir a saúde por meio de políticas sociais e econômicas, de modo a reduzir o risco de doenças e demais agravos. A partir disto, entende-se que o Estado tem a obrigatoriedade de empreender ações com o objetivo garantir a saúde preventiva e curativa, de forma que esta constitua-se como um instrumento de justiça social. Ao dissecar o artigo 196º, observam-se as políticas sociais e econômicas como meio preventivo de redução do risco de doenças e demais agravos.

Ainda, nos termos do artigo 197 da Constituição Federal, observa-se a importância das ações e serviços de saúde:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Brasil, 1988).

1161

Partindo do fato de que a saúde constitui dever do Estado em todas as esferas – União, estados e municípios -, evidencia-se o fato de que o Estado possui o dever de designar ações e serviços de saúde públicos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe ressaltar, no entanto, que o artigo 197º não afasta a participação de terceiros, sejam estes, pessoas físicas ou jurídicas.

As ações e serviços de saúde públicos não se encontram elencados em um rol taxativo, no entanto, pode-se citar, dentre outros: vigilância em saúde, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, capacitação dos profissionais do SUS, investimentos na rede física do SUS. Quanto à capacitação dos profissionais do SUS, a realidade nos hospitais reflete a falha desta, visto o despreparo dos profissionais em lidar com o público e humanizar o atendimento, conforme demonstram pesquisas empreendidas com gestores de maternidades, profissionais da saúde e gestantes (Leite et al., 2024; Paula et al., 2020; Sousa et al., 2024).

No ano de 2005, foi sancionada a lei nº 11108, conhecida como Lei do Acompanhante, que assegura à gestante, no âmbito dos serviços do SUS, o direito de ser acompanhada por uma

pessoa de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A sanção da Lei do Acompanhante configurou um expresse avanço na proteção às mulheres grávidas, visto que promoveu maior segurança, inclusive emocional, ao momento do parto.

Apesar de não incidir diretamente sobre o corpo da mulher, a presença de um acompanhante tem extrema importância no quesito emocional, por se tratar de um momento de acentuada fragilidade da gestante, reconhecido o fato de que o estado psíquico da mulher pode restar prejudicado diante das alterações hormonais causadas pelo período trabalho de parto, parto e pós-parto. Tal questão é confirmada pelo reconhecimento do período puerperal para efeitos de sanção, como é o caso do artigo 123 do Código Penal. Ademais, a presença de uma pessoa de confiança da mulher grávida remete à sensação de segurança, de forma que se acredita que a ausência de um acompanhante torne o ambiente mais vulnerável à ocorrência de violações físicas e emocionais. (BRASIL, 2005a).

A inexistência de sanção para o descumprimento desta lei acabou, no entanto, dando margem ao desrespeito à aplicação da lei, visto que são frequentes os relatos de gestantes que não puderam ser acompanhadas, conforme aponta o dossiê “Parirás com dor” (Parto do Princípio, 2012). É importante ressaltar que o descumprimento desta lei configura violência obstétrica, não só ferindo a lei 11108/2005, bem como configurando, também, violação ao Estatuto da Criança e do Adolescente, quando a gestante for menor de idade.

1162

Apesar de violência obstétrica ainda não ser tipificada como crime em lei federal específica, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rondônia, Santa Catarina, Tocantins contam com leis que abordam, de forma explícita, a violência obstétrica e que incluem não somente as violências físicas, bem como outras de ações ou omissões que ocasionem abalo psíquico à mulher parturiente, como é o caso de xingamentos, agressividade, omissão de informações ou prestação de informações falsas, para citar alguns exemplos.

Já os estados do Acre, Alagoas, Amazonas, Ceará, Mato Grosso, Paraíba, Piauí, Rio de Janeiro, Roraima, São Paulo, por sua vez, têm leis mais gerais, que abordam a questão do parto humanizado, alguns deles mencionam exemplos de práticas indicadas e não recomendadas, mas não tratam explicitamente da violência obstétrica.

Embora o país conte com políticas implantadas acerca das determinações corretas referentes ao parto e, ainda, possua uma assistência hospitalar ao parto quase que universal, tais

medidas não refletiram em melhores condições no âmbito da saúde, nem sequer renderam qualquer impacto quanto a qualidade do atendimento prestado as gestantes.

Diante do contexto brasileiro atual, com incidência exacerbada de casos de violência obstétrica, a temática recebeu maior visibilidade, levando a um aumento nas discussões referentes a essa questão. Neste sentido, notou-se evidente a ausência do Estado em legislar, em nível federal, sobre a violência obstétrica no contexto atual. As diversas proposições legislativas acerca do tema, alertam para a gravidade do problema e para a falta de amparo jurídico às gestantes e parturientes vítimas, de forma que há urgência na disciplina jurídica deste tema.

Ainda sobre legislação acerca da violência obstétrica, pode-se citar as leis nº 13.434/2017 e 14.326/2022. A primeira proíbe o uso de algemas em mulheres gestantes durante o atendimento médico hospitalar ao longo de todo o período de pré-parto, trabalho de parto e pós-parto imediato. A lei 14.326/2022, por sua vez, altera a Lei de Execução Penal, a fim de garantir tratamento humanitário, livre de constrangimento e de violência à detenta gestante ou puérpera antes, durante e após o parto, prevendo, ainda, assistência à saúde integral da mulher presa e de seu bebê.

Embora, conforme já mencionamos, não haja previsão legal, em nível federal, referente à violência obstétrica, existem diversos documentos normativos pertinentes aos direitos e atendimento às mulheres no período do pré-parto, parto e pós-parto. 1163

Dentre as proposições legislativas acerca do tema, podem-se mencionar algumas delas⁶. O Projeto de lei nº 2082, de 2022, que se encontra em tramitação no Senado Federal, objetiva caracterizar a violência obstétrica como crime, além de estabelecer mecanismos para prevenir sua ocorrência, prevendo penas de detenção de até dois anos.

De igual maneira, encontram-se em tramitação, dezenas de projetos de lei, muitos deles apensados a outros, devido à semelhança das proposições, que visam a prevenir e/ou criminalizar a violência obstétrica. Apenas para mencionar alguns, estão em tramitação no Congresso Nacional, o projeto de lei nº 84/2023, o qual impõe medidas para prevenir a violência obstétrica; o projeto de lei nº 4228/2024, que propõe a instituição do Programa Nacional de Prevenção e Combate à Violência Obstétrica; projeto de lei nº 2373/2023, que trata sobre a violência obstétrica e ginecológica no âmbito dos serviços de saúde públicos e privados, além de tornar crime a violência obstétrica e ginecológica; além dos projetos de lei 2589/2015, nº 190/2023

⁶ Todas as informações sobre os projetos de lei mencionados ao longo do texto encontram-se disponíveis no site da Congresso Nacional: <https://www.congressonacional.leg.br>.

(apensado ao PL 2589/2015), nº 190/2023 (apensado ao PL 2589/2015), nº 3346/2024, nº 3710/2023, nº 2350/2024, nº 3346/2024 (todos apensado ao PL 190/2023), os quais propõem a tipificação do crime de violência obstétrica.

Cabe mencionar, também, o projeto de lei nº 7633/2014, que dispõe acerca da humanização do atendimento à gestante e ao neonato; o projeto de lei nº 422/2023 (apensado ao PL 7633/2014), o qual trata da violência obstétrica e do dever de promoção de políticas públicas integradas para a prevenção e a repressão de tal forma de violência, por parte dos entes da federação, devendo ser os estabelecimentos de saúde respeitar o limite de 15% de cesáreas, conforme recomendação da OMS; o projeto de lei nº 1056/2023 (apensado ao PL 422/2023), o qual propõe a inclusão da violência obstétrica no rol de violência doméstica e familiar, além de assegurar atendimento à saúde mental da vítima; e, por fim, o projeto de lei nº 6567/2013⁷, que dispõe sobre a obrigatoriedade da obediência às diretrizes técnicas e da oferta de condições que viabilizem a realização do parto humanizado nas instituições do SUS.

A quantidade elevada de matérias em tramitação no Congresso acerca da violência obstétrica e da humanização do atendimento ao parto apenas evidenciam a urgência da regulamentação do atendimento respeitoso a mulheres grávidas e neonatos. Ao que parece, porém, esta discussão não é prioridade no Congresso, visto que há projetos de lei protocolados há mais de uma década e que até o momento não foram votados.

1164

4 O PLANO DE PARTO COMO MECANISMO PARA PROTEÇÃO DAS GESTANTES

O exacerbado número de casos de violência obstétrica e a necessidade da humanização do parto trazem à tona a necessidade de ferramentas que assegurem a autonomia da vontade da mulher.

Neste sentido, o plano individual de parto, que é um documento cuja elaboração é recomendada pela OMS, aparece como um importante aliado. O plano de parto, que pode ser elaborado pela gestante ou por ela em conjunto com o parceiro e/ou profissional de saúde, registra suas expectativas, vontades, preferências, condutas que aprova e desaprova, medos,

⁷ Atualmente, existem mais de cinquenta projetos de lei apensados ao PL nº 6567/2013, a saber, PL 5304/2013 (11), PL 5656/2013, PL 6062/2013 (1), PL 7277/2014, PL 3455/2015, PL 4662/2016, PL 9749/2018 (1), PL 1490/2024, PL 446/2019 (2), PL 2283/2022, PL 2814/2023, PL 1161/2023, PL 6888/2013, PL 7633/2014 (15), PL 7867/2017 (4), PL 8219/2017, PL 1381/2023 (1), PL 4131/2023, PL 5321/2023, PL 878/2019 (2), PL 516/2022, PL 989/2023, PL 2693/2019 (1), PL 2069/2024, PL 3310/2019, PL 4021/2019, PL 422/2023 (1), PL 1056/2023, PL 2498/2023, PL 3465/2015, PL 4126/2015 (6), PL 10209/2018, PL 3635/2019 (3), PL 4732/2019, PL 768/2021 (1), PL 3325/2021, PL 591/2023, PL 4996/2016 (8), PL 3569/2015, PL 1984/2022 (5), PL 1988/2022, PL 2767/2022, PL 362/2023 (1), PL 1867/2024, PL 935/2023, PL 2662/2023, PL 9372/2017 (2), PL 10987/2018, PL 3905/2019, PL 1217/2019 (2), PL 2446/2019, PL 3696/2021.

dentre outras informações relevantes para o momento do parto e, ao ser entregue aos profissionais responsáveis pelo atendimento, facilitará a comunicação entre a gestante e a equipe de saúde, promovendo seu empoderamento, de forma que a mulher ocupe seu espaço de protagonismo na experiência de parturição.

O plano de parto caracteriza-se como uma das tecnologias não invasivas de cuidados de enfermagem obstétrica (TNICEO). É um método que envolve o conhecimento científico da área da enfermagem e que é utilizado por enfermeiros obstétricos durante o trabalho de parto e parto, a fim de incentivar e propiciar o empoderamento feminino. As TNICEO, ao contrário das práticas do modelo de assistência tradicional, permitem que, através da utilização de técnicas e procedimentos específicos e não invasivos, a mulher consiga empoderar-se para confiar no fato de que seu corpo é capaz de parir, resultando, assim, na realização de um parto fisiológico, com menos intervenções desnecessárias e menor número de desfechos neonatais desfavoráveis (Mouta et al, 2017).

Primordialmente, faz-se necessário haver o entendimento de que o plano de parto possui, ainda, a previsão de não ser cumprido em sua totalidade, em virtude da imprevisibilidade do momento do parto, visto que são possíveis ocorrências inesperadas que podem trazer à tona a necessidade de determinados procedimentos. Ressalta-se, assim, a necessidade de uma comunicação instrutiva e de educação pré-natal.

1165

Uma pesquisa realizada no ano de 2017 contando com 33 discentes do curso de graduação em Obstetrícia da Universidade de São Paulo questionou os futuros profissionais acerca da utilização do plano individual de parto, e das boas práticas obstétricas e todos afirmaram conhecer o plano de parto. Dos participantes, 87% responderam que o aplicaram no período do atendimento pré-natal e 45% apontaram que o plano de parto promove a autonomia e empoderamento da mulher.

Os discentes ainda fizeram sugestões metodológicas, dentre as quais as mais citadas foram focar o conteúdo, cerca de 76% e aumentar o número de encontros (50%) pré-natais e, por fim, 79% dos participantes reconheceram a importância do plano individual de parto como importante estratégia de ensino. (Narchi et al, 2019).

O PIP utilizado nos estágios curriculares do Curso de Obstetrícia foi elaborado por docentes e discentes e apresenta informações sobre as boas práticas obstétricas, esperando-se que o estudante se torne apto para aplicá-lo de forma fundamentada à mulher e família durante assistência. Nesse contexto, o PIP do Curso de Obstetrícia tem fomentado discussões sobre a necessidade de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde da atenção básica e hospitalar quanto ao seu uso. (NARCHI et al, 2019, p. 2).

O plano de parto não é somente um papel com os desejos da gestante, configurando-se como uma garantia expressa de suas preferências, conforme garantido pelo Código de Ética Médica, em seu artigo 24, a saber: “Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo” (Conselho Federal de Medicina, 2019).

Por conseguinte, cabe à equipe médica seguir os parâmetros determinados no plano de parto e, em caso de violação, é necessária a comprovação pelo hospital de que o procedimento realizado foi necessário para a situação, caso contrário, configura-se como um caso de violência obstétrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As inúmeras atitudes errôneas dos profissionais de saúde ao deixarem de valorizar e respeitar a dignidade das parturientes refletem a necessidade de uma revisão nas atitudes profissionais, de maneira que a excelência na prestação de serviços de saúde seja rotineira e valorize a dignidade humana.

Ressalta-se que, após a transição do parto residencial para o parto no ambiente hospitalar, com a gravidez passando a ser tratada de forma patológica, inúmeras mulheres perceberam-se com sua autonomia fragilizada, em uma situação em que o profissional responsável pelo procedimento do parto ocupa a posição de orquestrar tal momento. Nota-se que a violência obstétrica passou a ser ato naturalizado em nossa sociedade, gerando a necessidade da humanização do parto, haja vista que à mulher é dado o direito de decisão livre acerca dos procedimentos que virão a ser adotados no processo de parturição, visto que figuram garantidos constitucionalmente os direitos reprodutivos e sexuais por meio do princípio do livre planejamento familiar e dignidade da pessoa humana.

Tem-se a negligência no ponto de vista penal, haja vista o fato de que a violência obstétrica não se encontra cabível nos tipos de lesões corporais, ademais de não haver lei específica no sentido de punir tal ato de violência. No tocante às punições jurídicas, quando há, é de difícil apuração, em virtude da necessidade de perícia referente à necessidade da ocorrência dos procedimentos e da necessidade de haver depoimentos testemunhais para comprovação do ocorrido na sala de parto. Apenas no Código de Ética Médica há punições que vão desde advertências até a cassação do direito de exercer a medicina.

No decorrer do presente artigo, foi apresentado o plano de parto como uma ferramenta para coibir a ocorrência de agressões, como meio de empoderar a gestante no momento do parto, garantindo a segurança, respeito, redução das intervenções e maior satisfação em relação ao momento. Contudo, resta evidenciada a utilização mínima do plano de parto e até o desconhecimento de muitos profissionais no tocante a sua existência. Além disso, alguns profissionais afirmam que este promove a sensação da perda de autonomia técnica da equipe de saúde e de que as maternidades brasileiras não possuem estrutura necessária para sua aplicação.

Neste sentido, faz-se necessária a adequada formação dos profissionais de saúde, de forma que estes sejam informados da existência, importância, das diretrizes de elaboração do plano de parto, dos limites deste e da necessidade do cumprimento de suas disposições. O plano de parto, quando utilizado pela equipe profissional, humaniza o atendimento, previne a violência obstétrica e coloca a mulher na posição de protagonista, como sujeito ativo de seus direitos e individualidade.

Encerra-se com o entendimento de que o assunto é de interesse público, e configura-se como um direito subjetivo e fundamental, a luta contra a violência obstétrica é uma obrigação do Estado e cabe ele intervir, na forma de ações que informem as mulheres quanto a seus direitos e, ainda, os profissionais quanto aos princípios que devem ser seguidos na realização de suas funções, para que sejam agentes promotores de mudanças, de forma que o cenário atual, que assombra as mulheres brasileiras, dê lugar a um cenário de respeito, valorização e dignidade.

1167

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. **Violência obstétrica é uma realidade cruel dos serviços de saúde, apontam debatedores**. Agência Senado. 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/06/20/violencia-obstetrica-e-uma-realidade-cruel-dos-servicos-de-saude-apontam-debatedores>. Acesso em: 20 ago. 2025.

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir 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, 2005a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/11108.htm. Acesso em: 24 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. ISBN 85-334-0885-4. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 10 jul. 2025.

Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2025.

CHAUÍ, Marilena. **Sobre a Violência**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2019.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais**. 2015. Monografia (Bacharelado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

DINIZ, C. S. G. **Os desafios da mudança: expectativas e satisfação de usuárias e profissionais frente à humanização do parto**. 2004. Tese (Pós-doutorado) – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP/CEMICAMP, Campinas, 2004.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e**

nascimento 2022-2023. Dados preliminares da pesquisa para oficina: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2025.

1168

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. 2010. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_org_br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acesso em: 31 jul. 2025.

IBGE. **Censo Demográfico 2022**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 13 jun. 2025.

LEITE, T. H. et al. Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 09, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.12222023>. Acesso em: 05 ago. 2025.

MOUTA, Ricardo José Oliveira. *et al.* Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Revista baiana de enfermagem**, [s.l], v. 31, n. 4, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275>. Acesso em: 09 maio 2025.

NARCHI, Nádia Zanon. *et al.* O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, 2019. ISSN 1980-220X. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/dNPK3CC4bCn5XKLhRDfnMnm/?lang=pt#>. Acesso em: 09 maio 2025.

OLIVEIRA, Luaralica Gomes Souto Maior de; ALBUQUERQUE, Aline. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. **Revista CEJ**, Brasília, ano XXII, n. 75, p. 36-50, 2018. Disponível em:

http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-CEJ_n.75.03.pdf. Acesso em: 01 maio 2025.

OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 31 jul. 2025.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica: Parirás com dor**. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2024.

PATRIOTA, Tania. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**, p. 34-137, 2007. 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: 01 set 2021.

PAULA, E. de. et al. Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/phCvS8RYbtynZz66TZnXvGN/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, [s.l.], 2007, p. 361-388. Disponível em: <http://www.esdc.com.br/seer/index.php/rbdc/article/view/137/131>. Acesso em: 09 ago. 2025.

SINASC. **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos**. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em: 31 jul. 2025.

SOUSA, M. R. de. et al. Violência obstétrica: Impactos físicos e psicológicos na vida das mulheres: Uma narração dos relatos e sequelas. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 4, 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/45340/36287/474278>. Acesso em: 30 jul. 2025.

VENTURA, Miriam. Direitos reprodutivos no Brasil, **Fundo de população das nações unidas – UNFPA**, Brasília, 3. ed., 2009. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf. Acesso em: 13 mai. 2025.