

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: AS CONDUTAS QUE VIOLAM OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA GESTANTE, PARTURIENTE E PUÉRPERA

Robson Vasconcelos Brito Pereira¹

Teresa Cristina Ferreira de Oliveira²

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo geral analisar se o Estado, em todas as suas esferas de poderes, cumpre com seu dever de proteger os direitos fundamentais da gestante, parturiente e puérpera delimitando os parâmetros de condutas que englobam atos de violência obstétrica e a eficaz responsabilização dos agressores. A violência obstétrica possui várias formas e configura em grave violação a direitos fundamentais da mulher em período gravídico-puerperal, como por exemplo, o da vida, integridade e intimidade. A metodologia utilizada neste trabalho foi a de revisão sistemática da literatura mediante pesquisa bibliográfica e análise de estudo de caso, onde foram identificadas vivências de violência obstétrica no grupo de estudo participante.

Palavras-chaves: Boa Direitos fundamentais. Violência obstétrica. Parto humanizado. Responsabilização dos agressores.

ABSTRACT: This article has the general objective of analyzing whether the State, in all its spheres of power, fulfills its duty to protect the fundamental rights of pregnant women, parturients and puerperal women, delimiting the parameters of conduct that include acts of obstetric violence and effective accountability of the aggressors. Obstetric violence has several forms and constitutes a serious violation of the fundamental rights of women in the pregnancy-puerperal period, such as life, integrity and intimacy. The methodology used in this work was a systematic literature review through bibliographical research and case study analysis, where experiences of obstetric violence were identified in the participating study group.

Keywords: Fundamental rights. Obstetric violence. Humanized birth. Accountability of perpetrators.

¹ Graduando em bacharelado em direito pela UCSAL. E-mail: robson.pereira@ucsal.edu.br

² Advogada- OAB/BA; Doutora em Família na Sociedade Contemporânea,- Universidade Católica do Salvador, Mestre em Família na Sociedade Contemporânea/ UCSal e Mediadora Extrajudicial. Coordenadora da Pós Graduação em Psicologia Jurídica e Mediação de Conflitos da Universidade Católica do Salvador/Bahia Membro da Comissão Mediação, Conciliação, Secção da Bahia. Especialista em Direito Civil pela Fundação Faculdade de Direito da Bahia/ UFBA. Especialista em Família-Relações Familiares e Contexto Sociais- UCSAL. Integrante do grupo de pesquisa Família em Mudança (Ucsal) Docente da Universidade Católica do Salvador e do Docente do Centro Universitário Maurício de Nassau e Docente e Orientadora de iniciação científica. Escritora e organizadora de Livros

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica envolve condutas abusivas praticadas pelo profissional de saúde, seja ele médico, enfermeiro, técnico em enfermagem ou demais funcionários de instituições hospitalares, que violam os direitos fundamentais da gestante. Este tipo de violência pode ocorrer tanto de forma física quanto psicológica contra gestantes, parturientes e puérperas.

Dentre as condutas abusivas físicas, pode-se citar a negativa de atendimento, o que ocorre principalmente com as mulheres em situação de abortamento, negativa no alívio da dor, episiotomia, manobra de Kristeller, cirurgia cesariana desnecessária e demais procedimentos invasivos sem o consentimento da gestante. Além disso, pode-se citar como abusos psicológicos, os insultos, piadas quanto à dor sofrida e hostilidade quanto a queixas da gestante.

Infelizmente este tipo de violência afeta também o nascituro, tendo em vista que existe o risco do recém nascido ter alguma fratura ou morrer devido ao uso de técnicas inadequadas e abusivas que feriram tanto o corpo da parturiente quanto o do neonato. Não obstante a isso, os danos causados se estendem ao importantíssimo vínculo entre mãe e o bebê pois, em certos casos, faz com que a puérpera se distancie do neonato ou fuja de uma nova gestação por associar a criança a sua vivência de violência obstétrica.

Essa questão está diretamente ligada à medicalização dos partos que, apesar de trazer uma série de benefícios quanto às técnicas para salvar a vida da gestante e do nascituro, trouxe também uma série de práticas abusivas contra a mulher que perpetua na história da humanidade.

O ordenamento jurídico brasileiro se mostra conservador quanto ao tema, pois não há uma lei federal que trate sobre o tema. Ainda assim, cabe destacar que a Constituição Federal traz como direitos fundamentais o acesso à saúde e dignidade da pessoa humana mas, devido a falta de lei específica sobre o assunto, as vítimas ficam à mercê de divergência jurisprudencial e doutrinária sobre a temática.

Os apontamentos supracitados serviram como ponto de partida para a realização deste trabalho, que foi direcionado pelo seguinte problema de pesquisa:

quais as implicações causadas pela ausência de delimitação das condutas que englobam a violência obstétrica e a efetiva responsabilização dos agentes que cometem este tipo de violência no Brasil?

Diante desse questionamento fundamental, mediante pesquisa bibliográfica, por meio de artigos científicos de revistas jurídicas, repositórios, periódicos, teses de doutorado, internet, legislação pátria e estudo de caso com natureza qualitativa e quantitativa através do método hipotético dedutivo, o objetivo geral deste trabalho foi analisar se o Estado, em todas suas esferas de poderes, cumpre com seu dever de proteger os direitos fundamentais da gestante, parturiente e puérperas, delimitando os parâmetros de condutas que englobam atos de violência obstétrica e a eficaz responsabilização dos agentes.

O presente trabalho se justifica devido ao fato de que, mesmo com o reconhecimento da violência obstétrica e a necessidade de combate e prevenção pela OMS, no Brasil este tema passa despercebido pela sociedade.

2 BREVE HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

De acordo com Moraes; Yoshioka; Bonini, (2020) a violência obstétrica consiste como uma violação aos direitos reprodutivos do ser humano que são tratados como objetos no exercício destes direitos. Contudo, para poder compreender melhor o surgimento desta violência é necessário o estudo do seu contexto histórico, bem como avaliar a evolução das políticas de humanização do parto no Brasil, tendo em vista que trata-se de uma forma eficaz de prevenir esta perversa violência institucionalizada.

O parto é algo que acompanha a história da humanidade e por muito tempo a prática obstétrica foi exercida pelas mulheres parteiras que possuíam conhecimento empírico e auxiliavam a mulher no processo gestacional, ou seja, o parto era feminino por natureza. (SILVA; SERRA, 2018).

A realização do parto por mulheres parteiras foi entrando em declínio ao final do século XVI com o advento do fórceps obstétrico pelo cirurgião Peter Chamberlain. Com isso, a função que era realizada em sua maioria por mulheres, passou a ser realizada pelo homem, tendo em vista que na época dos fatos a mulher não tinha

acesso ao conhecimento científico tal como os homens, tampouco poderiam ser médicos (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Ainda para as autoras, outro fator importante que também contribuiu para a medicalização do parto foi o advento do capitalismo, que consolidou o monopólio da prática de realização e assistência ao parto em favor dos médicos, passando a ser legitimado e reconhecido.

Durante o século XX se constatou um entusiasmo com a gama de possibilidades com o desenvolvimento industrial, influenciando todos os setores da humanidade. Com a área da saúde não foi diferente, a produtividade passou a ser um fator mais importante do que o cuidado, de modo a transformar a atuação dos médicos em uma racionalidade mecânica ou industrial (RATNER, 2009 e BRANDT et al, 2018).

Devido ao intenso processo de medicalização do parto, surgiram procedimentos inadequados e perigosos para a gestante, sem qualquer avaliação, segurança e autorização da própria parturiente, que deveria ser protagonista nesse processo natural e de grande importância para a formação familiar (VIEIRA, 2002; DINIZ; CHACHAM, 2006; SANFELICE et al, 2014; ZANARDO et al, 2017; COELHO; ANDRADE; ALMEIDA, 2020).

3 CONDUTAS QUE ENVOLVEM VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica é compreendida como uma violência de gênero e institucional cometido contra a mulher durante o processo gestacional, no pós-parto e no processo de abortamento. Este tipo de violência está enraizada em uma sociedade que por si só violenta as mulheres simplesmente pela sua condição feminina como fruto da dominação masculina (MARQUES, 2020).

Sobre a temática, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio de Declaração Internacional em 2014 e recomendações para os cuidados durante o parto em 2018, relatam o abuso e violência sofridas em instituições de saúde no mundo inteiro, bem como devidas recomendações para que a experiência do parto seja humanizada e positiva. Tal tratamento cruel não apenas viola os direitos fundamentais da mulher, mas também ameaça o direito à vida, à saúde e à integridade física do próprio nascituro.

Além de estar atrelada à violência de gênero, envolve as relações de poder que envolvem médicos e pacientes, que são negligenciadas como sujeito de direito, principalmente no contexto sexual e reprodutivo, em uma relação onde a pessoa é tratada como um simples objeto de intervenção profissional (SILVA; SERRA, 2018).

As autoras ainda citam que, as pacientes que apresentam queixas, reclamam de suas dores e fazem escândalos são constantemente negligenciadas pelos profissionais de saúde como uma forma de punição por reclamarem ou por não se submeterem às normas impostas, ignorando ou questionando o poder intelectual médico. Desde a sua chegada ao hospital a gestante é condicionada a aceitar a hierarquia médico/paciente imposta, não devendo questionar os procedimentos e técnicas adotados pelos profissionais de saúde, tendo suas emoções questionadas, desrespeitadas, desconsideradas ou até mesmo silenciadas.

Dentre as condutas que caracterizam a violência obstétrica, pode-se citar o tratamento desumanizado pelos profissionais de saúde com a negligência na assistência, discriminação social, violência física, violência psicológica, omissão de informações à gestante e impedir o acesso de acompanhante durante o atendimento pré-natal e parto (BRITO; OLIVEIRA; COSTA, 2020).

3.1 Negligência na assistência

A negligência, recusa ou demora no atendimento ocorre frequentemente com as mulheres em situação de abortamento, que sofre imenso constrangimento pela equipe de saúde que presume ser proposital e portanto a mulher deve ser punida pela sua conduta (SILVA; SERRA 2018, SANTOS 2021).

Entretanto, cabe destacar que esta conduta também ocorre na medida em que a unidade de saúde se recusa a admitir uma gestante em trabalho de parto, fazendo ela realizar uma "peregrinação por leito" (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

Ainda segundo as autoras, a referida conduta pode ser observada massivamente no Brasil e configura grave violação ao direito fundamental à vida, pois uma negativa de internação emergencial, entre outros infortúnios, pode causar a morte ou danos irreversíveis à gestante, parturiente ou mulher em situação de abortamento.

3.2 Discriminação social

De acordo com Azevedo e Castro (2020), a violência obstétrica pode ocorrer na forma de preconceito que inferioriza a mulher por conta de sua cor, condição social, situação econômica ou ainda pela escolaridade.

Para Santos (2021) e Resende e França (2021), ao abordar o tema violência obstétrica, deve-se fazer um recorte social e racial, pois as mulheres negras usuárias da rede de saúde pública representam um número alarmante de vítimas deste tipo de violência. De acordo com os dados apresentados pelo Ministério da Saúde em 2018, as mulheres negras representavam cerca de 65,9% das vítimas.

Segundo dados do Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19 (OOBr Covid-19), nas semanas epidemiológicas de 2021, dentre as gestantes que foram infectadas pelo COVID-19 no Brasil, as pardas e negras representaram 54,1%. O recorte se mostra ainda pior na região nordeste onde integram como 88,2%.

Esses números reforçam a ideia de que, se antes da pandemia as mulheres negras eram as vítimas mais frequentes da violência obstétrica, no contexto do COVID-19 essa situação não foi diferente. Outra questão importante quanto aos números apresentados é o fato de que a taxa de infecção e mortalidade por COVID-19 ocorreu em pessoas atendidas pelo SUS, como consequência disso, atingiu em maior escala as mulheres negras e pardas por serem a maior parcela de usuárias da rede de saúde pública. (SANTOS, 2021)

Nesse sentido, o índice de violência obstétrica é muito maior na rede de saúde pública do que na rede privada. Muitas vezes a usuária do SUS possui baixa escolaridade e não tem conhecimento dos seus direitos. A baixa condição socioeconômica e desconhecimento dos seus direitos dificulta o acesso à justiça (BRITO; OLIVEIRA; COSTA, 2020).

Em contrapartida, a pesquisa de Carniel;Vital;Souza (2019) e Menezes et al (2020), relata que a discriminação social não é o único fator que contribui para a ocorrência da violência obstétrica nas unidades de saúde. Há também uma falta de preparo institucional do Estado, por meio da sobrecarga de demandas, estrutura hospitalar inadequada, sucateamento de unidades de atendimento, falta de equipamentos, materiais para assistência, leitos e profissionais capacitados.

Como consequência disso, ocorre a realização de partos em locais inadequados como corredores, mesas, chão, carro, entre outros, o que contribui para a vivência de violência obstétrica nas unidades de saúde pública.

3.3 Violência Física

De acordo com Souza e Oliveira (2019); Azevedo e Castro (2020); Santos (2021), os abusos físicos mais mencionados em pesquisas são a episiotomia e a manobra de Kristeller, mas não se esgotam apenas nessas duas condutas. Os procedimentos que caracterizam como violência obstétrica física são todos aqueles que causem qualquer dor à gestante de forma invasiva e desnecessária, como por exemplo, toques vaginais repetitivos, imobilização física e realização de cesáreas sem indicação ou prévio consentimento.

3.3.1 Episiotomia

A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais utilizados em obstetrícia, onde é realizado uma incisão na área perineal da parturiente para facilitar a passagem do recém nascido, acelerar o parto, ganhar tempo e evitar trabalho nos casos de primeiro parto ou episiotomia ocorrida em partos anteriores (PEREIRA et al, 2016 e CARNIEL; VITAL; SOUZA, 2019).

Ainda segundo os autores, esta conduta é realizada de forma rotineira e sem prévio consentimento ou explicação para a mulher, que sequer conhece o termo ou a sua necessidade. Em alguns casos, os profissionais insistem na realização desse procedimento afirmando que é necessário para facilitar o trabalho de parto e induz de forma ardilosa uma colaboração da parturiente.

Cumprе ressaltar que, dentro do procedimento de episiotomia, existe a prática de colocar o “ponto do marido”. Esta conduta é caracterizada pela sutura do corte do períneo acima do necessário, no intuito de deixar a entrada do canal vaginal mais apertado e prazeroso para o parceiro (SANTOS, 2021 e ANDRADE, 2021).

Entretanto, de acordo com Carniel;Vital;Souza (2019) e Santos (2021), a prática da episiotomia e do “ponto do marido” em nada contribui para a satisfação sexual da mulher, muito pelo contrário, tornam a relação mais dolorosa e

desconfortável. Como consequência disso, a mulher sente mais irritação vaginal e menos excitação do que alguém que não passou por este procedimento durante o parto.

3.3.2 Manobra de Kristeller

A manobra de Kristeller foi inventada por Samuel Kristeller e consiste na utilização da mão, braço ou do joelho para aplicar pressão na parte superior do útero no intuito de agilizar o processo de saída do nascituro (PEREIRA et al, 2016; SOUZA; OLIVEIRA, 2019).

Ainda segundo os autores, esta prática configura como violência obstétrica na medida em que traz prejuízo tanto para a mãe, que pode ter suas costelas fraturadas, quanto para o bebê, com o risco de ter fraturas claviculares e traumas encefálicos.

3.4 Violência Psicológica

A violência psicológica ou verbal pode ser compreendida por condutas que causem algum dano emocional ou prejuízo a saúde psicológica, como por exemplo, utilização de discursos vexatórios que buscam humilhar, constranger ou afetar de alguma forma a dignidade da gestante, parturiente ou puérpera (SILVA;SERRA 2018 e SANTOS 2021).

Cumprido frisar que essas violações decorrentes de violência obstétrica psicológica ocorrem com mais frequência nas parturientes, tendo em vista que no momento do parto ficam ainda mais vulneráveis que no período gestacional. (SOUZA; OLIVEIRA, 2019).

Ainda segundo a autora Santos (2021) e Oliveira e Albuquerque (2018), também caracteriza-se como violência psicológica a presença não consentida de estudantes de medicina durante o atendimento e a falta de um ambiente privativo, pois muitas acabam sendo alojadas de forma indiscriminada e sem privacidade.

Cabe destacar ainda que, a referida conduta supracitada pode configurar em grave violação ao direito fundamental à intimidade e deve ser assegurada a indenização por danos materiais e morais decorrentes dela, conforme o art. 5º, X, da Constituição Federal (CF/88).

3.5 Omissão de informações

A conduta de omitir informações sobre os procedimentos a serem adotados configura em grave violação ao direito fundamental à informação, tendo em vista que a relação deve ter como base o diálogo, já que é a partir dele que se constrói uma relação sólida de confiança entre as partes envolvidas no procedimento (SANTOS, 2021; WAHBA, 2021).

Não obstante a isso, a informação prestada deve ser ter uma linguagem de fácil acesso, levando em consideração o nível de entendimento da paciente e seu acompanhante, já que os procedimentos médicos são dotados de certa complexidade científica (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE 2018).

3.6 Negar acompanhante durante o atendimento

A promulgação da Lei 11.108/2005 trouxe para as parturientes o direito a nomear um acompanhante de sua escolha e confiança nos atendimentos em unidades de saúde.

O art. 19-J da referida lei dispõe que os serviços de saúde do SUS e conveniados são obrigados a permitir a presença de um acompanhante que será indicado pela parturiente. Com essa medida busca-se a efetivação dos direitos tanto da paciente como do acompanhante, que também deve ter atendimento humanizado.

Apesar da lei do acompanhante ter sido publicada em 2005, cabe ressaltar que a OMS trata desta questão desde 1985 na Conferência sobre Tecnologia Apropriada para Nascimento e Parto.

Insta salientar que, além de permitir a presença de uma pessoa acompanhante, os hospitais devem manter, em local visível de suas dependências, avisos informando sobre esse direito da gestante, conforme a lei 12895/2013 (BRASIL, 2013).

Detalhe que, no estatuto da criança e do adolescente existe a previsão no seu art. 8º, § 6º de que as adolescentes grávidas têm direito a uma pessoa acompanhante no atendimento pré-natal também.

Nesse sentido, impedir a presença de um acompanhante ou não informar a paciente do seu direito configura em uma forma de violência obstétrica, tendo em vista

que viola diretamente a autonomia da vontade da paciente que pode escolher alguém para ser seu suporte emocional contínuo nos atendimentos durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

De acordo com Almeida e Ramos (2020), o impedimento da presença de um acompanhante aparece revestido de desculpas esfarrapadas por parte dos hospitais, entre elas, cabe destacar a de que não possuem estrutura o suficiente para acomodar ou ainda que não existe obrigatoriedade no cumprimento da referida lei, já que não existe qualquer penalidade expressa no caso de violação desse direito.

4 LEGISLAÇÃO SOBRE A TEMÁTICA NO BRASIL

Apesar de uma falta de lei federal específica no Brasil para delimitar as condutas que englobam a violência obstétrica, bem como os parâmetros para responsabilizar os agentes agressores, o país possui alguns projetos de lei em tramitação, leis estaduais e a lei 11.108/2005 (mencionada em tópico anterior) que, apesar de ser descumprida em diversos hospitais e maternidades, trouxe o direito às parturientes de escolher uma pessoa para acompanhar o processo de parto e pós-parto nas redes de saúde (BRASIL, 2005).

O projeto de lei 7.633/2014, apresentado pelo deputado Jean Wyllys, como por exemplo, dispõe sobre a humanização do atendimento à mulher e ao neonato durante o processo gestacional e dá outras providências, entre elas, delimitações de violência verbal e física com exemplos elucidativos em seu artigo 14 (BRASIL, 2014).

Já o projeto de lei 7867/2017 da deputada Jô Moraes, apensado ao projeto do Jean Wyllys, além de trazer uma série de condutas que configuram violência obstétrica, traz a obrigatoriedade dos estabelecimentos de saúde de expor cartazes com informativos de práticas violadoras e o procedimento para encaminhar denúncias de violência obstétrica (BRASIL, 2017).

Quanto às leis estaduais, o estado de Santa Catarina tem se mostrado um dos mais engajados em combater a violência obstétrica, promulgando a Lei 17.097/2017 que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no estado (BRASIL, 2017).

Apesar desta referida lei ter sido revogada no ano corrente pela lei 18.322/2022, a lei revogadora não buscou a supressão dos direitos previstos no combate a violência obstétrica, muito pelo contrário, trouxe uma proteção integral dos direitos previstos na referida lei junto a outras, para formar políticas públicas de enfrentamento da violência contra as mulheres como um todo (BRASIL, 2022).

5 ESTUDO DE CASO

O presente estudo de caso contou com a participação de 30 mulheres, sendo 28 do estado da Bahia e 2 de São Paulo, que concordaram em participar depois de informadas por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta dos dados foi utilizado a plataforma google forms, o que possibilitou às pessoas que colaboraram com o estudo uma participação dinâmica e remota, sem colocar em risco a sua saúde com a possibilidade de contágio pelo COVID-19 e demais enfermidades em uma entrevista presencial.

O questionário foi disponibilizado por meio de redes sociais, onde as mães receberam de forma individual e por meio de grupo de whatsapp formado por mulheres que têm filhos.

Cabe ressaltar que, foram preenchidos aspectos como o anonimato das participantes, ausência de ônus, benefícios da pesquisa e respeito aos participantes em sua dignidade e autonomia, conforme preconiza a Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo ocorreu entre os dias 22 de Outubro de 2022 e 27 de Outubro de 2022. A faixa etária variou entre 24 e 58 anos de idade. Importante destacar que não houve a participação de pessoas do sexo masculino.

Diante das opções de resposta, 6% se consideraram amarelas, 16,7% brancas, 13,3% negras e 63,3% pardas.

A maioria das entrevistadas (56,7%) tiveram seus filhos em uma unidade de saúde pública, enquanto que 43,3% foram por meio de uma instituição privada.

Por meio do roteiro de entrevista, o pesquisador procurou informações contidas na fala das participantes voltadas para as suas vivências sobre a realidade focalizada no estudo (MINAYO, 1994).

Nesse sentido, as questões norteadoras abordaram a vivência de mulheres que entraram em trabalho de parto a alguma conduta que configura violência obstétrica e danos psicológicos ou físicos decorrentes dela, como por exemplo, a negativa da presença de acompanhante, xingamentos e humilhações, manobra de kristeller e cirurgia cesariana sem necessidade ou prévio consentimento (MENEZES et al, 2020).

6 RESULTADO E DISCUSSÃO

Nesta seção será apresentado um texto descritivo sobre perguntas e respostas presentes no questionário com a análise quantitativa de porcentagem.

1 Que tipo de parto você teve?

Quanto ao tipo de parto, a maioria das participantes teve o parto de forma cirúrgica, por meio de cesariana (56,7%), enquanto que 43,3% tiveram parto normal.

Apesar da OMS recomendar desde 1985 que a taxa ideal de cesárea é entre 10% e 15%, em muitos países se tornou muito frequente a predominância do parto cirúrgico em detrimento do normal, como é o caso do Brasil (OMS, 2015).

De acordo com o Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal, em 2020, 69,34% dos partos realizados no Brasil foram de forma cirúrgica, por meio de cesariana (BRASIL, 2020).

Conforme Nakano (2016) e Santos (2021), o parto cesárea, que deveria ser usado de forma excepcional, é explorado de forma rotineira e sem indicação clínica por conveniência do médico.

Ainda sobre a temática, Leal (2021) e Santos (2021) destacam que muitas cesáreas são realizadas por desconhecimento da gestante sobre os riscos do parto abdominal e benefícios do parto normal.

2 Como foi a sua experiência durante o parto?

Apenas 36,7% teve uma experiência tranquila e 6,7% segura. A grande maioria das entrevistadas relataram experiências negativas sobre o próprio processo de parto. 20% tiveram uma experiência cansativa, 26,7% dolorosa e 10% arriscada.

Nesse aspecto, Aguiar; Oliveira (2011) e Silva; Serra (2018), destacam que a dor e cansaço no parto são sensações banalizadas pela sociedade e inerentes ao processo reprodutivo feminino como um preço a pagar pelo prazer sexual e o de gerar uma vida.

Conforme Silva; Silva; Araújo (2017) e Teixeira (2021), a vivência deste tipo de violência traz sérias implicações psicológicas, emanando sentimento de medo, ansiedade, raiva, por exemplo. Em muitos casos, é comum que os sentimentos gerados quando se imagina um novo trabalho de parto afaste o desejo de uma nova gestação.

3 Passou por acompanhamento psicológico durante a gestação ou/e após o parto?

Apenas 13,3% das participantes passaram por acompanhamento psicológico durante a gestação ou após o parto. Detalhe que, as pessoas que relataram ter passado por acompanhamento psicológico durante a gestação, não foram acompanhadas após o parto e o mesmo ocorreu na forma inversa.

De acordo com Benincasa; Lazarini e Andrade (2021), uma assistência psicológica durante a gestação promove uma melhor estabilidade emocional e adaptação à maternidade, podendo prevenir a depressão pós-parto e outros transtornos, como por exemplo, traumas psíquicos gerados por vivência de violência obstétrica.

4 Você foi acompanhada por uma DOULA?

Apenas 13,3% das pessoas que participaram do estudo foram acompanhadas, enquanto que 60% não foram acompanhadas e 26,7% não sabem o que é.

Doula é uma pessoa que dá suporte físico e emocional para a parturiente e puérperas. Desse modo, serve como uma forma de fortalecer a autonomia e empoderamento das parturientes (BARRERA 2018).

Sobre esta perspectiva, toda mulher deveria ser assistida por uma doula, já que ela atua de forma a apoiar, encorajar e amparar a gestante, desmitificando achismos e levando informações para que ela tenha os seus direitos fundamentais respeitados (MARIS, 2020).

De acordo com pesquisa realizada pela autora supracitada, a presença da doula é de extrema importância para o incentivo ao parto normal e diminuição de emoções negativas durante o processo, como por exemplo, medo, raiva, dor e ansiedade. Desse modo, a assistência prestada pela doula contribui para um parto humanizado e prevenção da violência obstétrica.

Conforme pesquisa realizada por Rocha et al (2020), o principal obstáculo na atuação da Doulas é a resistência por parte dos profissionais de obstetrícia, já que não oferecem assistência técnica médica durante o parto, e a falta de informação sobre o papel e existência deste tipo de suporte.

Ainda segundo as autoras, para solucionar esta problemática, é fundamental que sejam disseminadas informações sobre o importantíssimo papel da Doula no trabalho de parto como forma de empoderamento da mulher e atenuar as dificuldades vivenciadas por essas pessoas no ambiente hospitalar.

5 Na sua opinião, quem é a pessoa protagonista no trabalho de parto?

Quanto ao protagonismo durante o trabalho de parto, a maioria respondeu que é da própria parturiente (63,3%). Porém, uma parcela significativa (36,7%) acredita que a pessoa protagonista é o médico e a sua equipe de saúde.

O intenso processo de medicalização no parto fez com que o parto fosse tratado como um evento médico, retirando o protagonismo da própria parturiente, que deve ter sua autonomia de vontade respeitada durante o trabalho de parto (ZANARDO et al, 2017 e BRANDT et al, 2018). Dessa forma, uma parcela significativa das mulheres na sociedade acreditam que a principal pessoa responsável pelo trabalho de parto é o médico e sua equipe.

6 Foi orientada a criar um plano de parto?

Apesar da maioria acreditar que a própria parturiente é protagonista no trabalho de parto, apenas 26,7% das participantes foram orientadas a criar um plano de parto.

O plano de parto é um documento onde a própria gestante, com o auxílio do profissional obstetra, escolhe as condutas permitidas e condutas que desaprova, de modo que coloque o indivíduo como protagonista na sua experiência de parturição (MORAES; YOSHIOKA; BONINI, 2020).

Ainda segundo as autoras, é necessário que haja um melhor aparelhamento das maternidades, bem como o treinamento profissional aos profissionais de saúde em obstetrícia que irão pôr em prática e auxiliar na elaboração do plano de parto da gestante. Sobre esta perspectiva, o médico deve obter o livre consentimento da paciente para realizar qualquer tipo de conduta ou procedimento durante o parto e pós-parto.

7 Sabe o que é violência obstétrica?

Sobre a temática estudada, 63,3% afirmam conhecer sobre o que se trata o termo violência obstétrica. Em contrapartida, 26,7% desconhecem a temática e 10% demonstram dúvida.

Quanto a esse aspecto, a violência obstétrica tem ganhado mais espaço na sociedade por meio de debates e pesquisas em várias áreas do conhecimento. Entretanto, ainda se faz necessário um investimento na conscientização sobre a temática já que uma parcela significativa ainda demonstra desconhecimento sobre o que se trata a violência obstétrica (BRITO; OLIVEIRA; COSTA, 2020).

8 Marque quais dessas condutas presenciou antes, durante e após o parto.

Antes da análise dos resultados, cabe destacar que esta foi uma questão onde as participantes tiveram a oportunidade de marcar várias opções. Dessa forma, uma mesma pessoa pode marcar mais de uma conduta.

Dentre as opções disponibilizadas, houve 1 registro de episiotomia sem necessidade ou prévio consentimento; lavagem intestinal durante o trabalho de parto; xingamentos, humilhações e comentários constrangedores. Enquanto que o uso de ocitocina foi marcado por 3 mulheres.

O contato físico imediato com o bebê sem motivo esclarecido pela equipe médica foi vivenciado por 2 integrantes.

Quanto ao quesito de não ser tratada de forma acolhedora, respeitosa e humanizada pelos profissionais de saúde durante os atendimentos, 4 pessoas marcaram esta conduta.

Do mesmo modo, fez parte da realidade de 4 entrevistadas: a manobra de Kristeller; negativa ou negligência no atendimento; raspagem dos pelos pubianos.

Dentro do estudo, 22 pessoas responderam que não sofreram violência obstétrica antes, durante ou após o parto. Entretanto, apesar dessa resposta representar a maioria, uma boa parte desse grupo também marcou condutas que podem configurar a violência obstétrica, como por exemplo, a raspagem dos pelos pubianos e uso da ocitocina.

De acordo com Bourdieu (1989) e Silva; Serra (2018), o fato de muitas vítimas não reconhecerem que sofreram violência se deve ao fato de que muitas, como agente dominado pelo "poder simbólico", não tem consciência de seu estado de submissão perante a conduta violadora de seus direitos, gerando como consequência a dificuldade de reconhecer determinada prática intervencionista como violência.

9 O que você entende como parto humanizado?

Esta última questão permitiu uma pequena dissertação do que compreendem como parto humanizado. Quanto a isso, 4 mulheres afirmam não saber do que se trata ou saberiam explicar com suas próprias palavras.

Dos relatos obtidos, cabe destacar o da entrevistada que afirmou entender como parto humanizado:

O momento onde os protagonistas são a mãe e o bebê. É um processo em que há menos intervenções sendo mais fisiológico, humano e acolhedor.

Isso tudo embasado por EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS, ou seja, as estratégias que envolvem o parto humanizado são justificadas por dados científicos que PRIORIZAM o bem estar da mãe e do seu bebê.

Além disso, por ser a mulher dona da sua própria gestação, o parto humanizado também privilegia as decisões e as vontades maternas, que, juntamente com os dados colhidos pela sua equipe médica, promovem as DECISÕES COMPARTILHADAS visando um parto mais saudável e respeitoso.

O obstetra e equipe utilizaram as técnicas adequadas e atualizadas para permitir que o momento do nascimento seja seguro e uma experiência boa para mãe e bebê.

Uma das participantes relatou que o parto humanizado é aquele que atende as necessidades do bem estar físico e emocional da parturiente e que precisou do uso da ocitocina, mas no seu caso específico não se tratou de violência obstétrica pelo seguinte motivo:

Minha filha estava com 42 semanas. Na maternidade, tentamos com misoprostol intravaginal por alguns dias para estimular o parto, e a dilatação e as contrações vieram. O tempo estava passando, eu estava dilatando e com contrações. As contrações pararam e então começamos a usar a ocitocina. Eu tinha pavor só de pensar em cesárea. Aconteceu como eu queria: parto normal.

Conforme Barros et al (2018) e Santos (2021), o parto e atendimento humanizado compreende no respeito à dignidade e autonomia em todo ciclo gravídico-puerperal, retirando do parto práticas intervencionistas desnecessárias e sem o prévio consentimento da mulher.

Ainda conforme as autoras, o parto humanizado ocorre sempre que a mulher assume o seu papel de protagonista no parto e tem seu vínculo com o bebê, cultura e estado emocional respeitados.

Nesse sentido, Feitosa et al (2017) afirma que o empoderamento da gestante deve ocorrer desde a fase do pré natal. Além disso, quando as mulheres entenderem que certas práticas intervencionistas não são “normais” ou necessárias, e cobrarem dos profissionais de saúde condutas humanizadas, haverá uma mudança de paradigma.

Sobre este contexto, os médicos que acompanham a gestante desde o pré natal são menos suscetíveis a praticar violência obstétrica durante o parto da sua paciente do que um médico plantonista, tendo em vista que durante o pré-natal foi desenvolvido um vínculo anterior que possibilita maior respeito e responsabilidade do que um médico que estabelece um vínculo com a parturiente apenas na realização do procedimento (COELHO; ANDRADE; ALMEIDA, 2020).

Cabe destacar que, sobre a humanização do parto no Brasil, o Ministério da Saúde possui alguns projetos, como é o caso da Rede Cegonha no SUS, que foi criada pela Portaria nº 1.459/2011 e consiste em uma rede de serviços que asseguram à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, além disso busca garantir um nascimento seguro ao neonato (artigo 1º),

representando um marco na humanização do atendimento à gestante no Brasil (BRASIL, 2011).

Entretanto, a precariedade de recursos e infraestrutura de instituições de saúde causadas pela falta de preparo institucional do Estado, dentre outros fatores, faz com que a referida rede de atenção possua complexos desafios no cumprimento de suas ações e metas e não seja totalmente eficaz, já que não basta apenas a criação de uma política, é necessário que ela seja cumprida em sua integralidade (FILHO e SOUZA, 2021).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o objetivo geral do presente trabalho – Analisar se o Estado, em todas as suas esferas de poderes, cumpre com seu dever de proteger os direitos fundamentais da gestante, parturiente e puérperas delimitando os parâmetros de condutas que englobam atos de violência obstétrica e a eficaz responsabilização dos agressores–, pode-se concluir ter havido um avanço significativo nesta direção, sem, entretanto, ter-se esgotado tal propósito.

A seguir serão resgatados os objetivos específicos procurando-se identificar os principais dados obtidos que podem esclarecê-los.

Apontar as concepções históricas que culminaram para a medicalização do parto, em consequência disso, a utilização de práticas abusivas que violam o corpo e os direitos humanos das gestantes em situação de abortamento, trabalho de parto, parto e pós parto.

Quanto a este objetivo específico, constatou-se que, com o advento da medicina obstétrica e do capitalismo, o parto que era visto como algo feminino por natureza passou a ser tratado como mera forma de intervenção de domínio médico.

Descrever o conceito de violência obstétrica, bem como seus tipos de violência, agentes infratores e danos ao vínculo mãe e neonato. Com os dados obtidos em

relação a este objetivo, constatou-se que a violência obstétrica é institucionalizada e banalizada pela sociedade brasileira que deposita uma alta carga de confiança nos profissionais de saúde ou simplesmente acreditam que sentir dor excruciante seja normal.

Analisar como o ordenamento jurídico brasileiro trata sobre o tema da violência obstétrica no sentido de responsabilizar os agentes dessa pérfida violência. Sobre este aspecto, constatou-se que o Brasil se mostra omissos a esta temática, pois existem projetos de lei federal que regulam a matéria, mas sequer foram apreciados pelo poder legislativo, fazendo com que as vítimas de violência obstétrica dependam de divergência jurisprudencial e doutrinária.

As estratégias metodológicas utilizadas permitiram constatar que o Estado não cumpre o seu dever de fornecer para as gestantes, parturientes e puérperas um parto humanizado e respeitoso. Dessa forma, a falta de preparo institucional de unidades de saúde pública, contribui para a vivência da violência obstétrica e a ausência de lei federal que regule a matéria causa uma sensação de impunidade aos agressores, já que não existe sanção legal expressa com o descumprimento de medidas já estabelecidas em políticas públicas.

Além disso, por meio do estudo de caso em um grupo de mulheres que já tiveram filhos, foi possível verificar como a sociedade está começando a ter conhecimento sobre o processo de parto humanizado e a violência obstétrica. Em contrapartida, uma parcela significativa das pessoas não reconhecem determinadas práticas como violência ou ainda desconhecem totalmente sobre os danos decorrentes dela e o seu direito a um parto humanizado.

Não possibilitaram, porém, uma análise de casos em mulheres gestantes. Apesar de ser elaborado um questionário próprio para este grupo, apenas uma pessoa se propôs a responder, o que revelou um certo desinteresse pelo grupo que não quis tratar sobre a violência obstétrica.

Diante dos resultados encontrados, certas implicações práticas podem ser consideradas, são elas: a criação de lei federal específica que regule sobre a temática e os parâmetros adequados de responsabilização; investimento nas políticas públicas

já criadas no incentivo do parto humanizado; melhoria estrutural do sistema único de saúde para fornecer um atendimento humanizado e a criação de campanhas de conscientização social para tornar de conhecimento geral o tema.

Diante do que foi constatado no presente estudo, identificou-se a necessidade de pesquisas futuras que aprofundem sobre a discriminação social nas maternidades, ocorrência de violência obstétrica durante a gestação, papel das DOULAS na prevenção, atuação das autoridades em casos de denúncia e entendimento jurisprudencial dos tribunais brasileiros sobre a temática.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de. D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Revista Interface Comunicação Saúde Educação** v.15, n.36, p.79-91. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/vvLz5TN8Hpzz9SXnKqth78j/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 12 nov. 2022.

ALMEIDA, Natalie Maria de Oliveira de. RAMOS, Edith Maria Barbosa. O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. **Caderno Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i4.643>. Acesso em 19 Out. 2022

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**. GT3 - Violência contra a Mulher e Políticas Públicas. Londrina, 2014.

ANDRADE, Marília Gonçalves de Macêdo. **Violência obstétrica: a episiotomia de rotina como uma violação a sexualidade e ofensa à integridade física da mulher**. 2021. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/20266/1/MAR%c3%8dLIA%20GON%c3%87ALVES%20DE%20MAC%c3%8aDO%20ANDRADE.pdf>. Acesso em 13 nov. 2022.

AZEVEDO, Reynaldo; CASTRO, Lorrany. Manifestações Racistas por meio da Violência Obstétrica. **Agência Jovem de Notícias**. 2020. Disponível em <https://www.agenciajovem.org/wp/manifestacoes-racistas-por-meio-de-violencia-obstetrica/>. Acesso em 12 Nov 2022.

BARRERA, Daniela Calvó. **AUTONOMIA E EMPODERAMENTO: a atuação de doulas no acompanhamento de gestantes**. Universidade Federal de Santa Catarina. 2018. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/198832/PGSC0221-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em 12 nov. 2022.

BARROS, Thais Cordeiro Xavier de; CASTRO, Thayane Marron de; RODRIGUES, Diego Pereira; MOREIRA, Phannya Gueitcheny Santos; SOARES, Emanuele da Silva; VIANA, Alana Priscilla da Silva. ASSISTÊNCIA À MULHER PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. **Revista enfermagem UFPE on line.**, Recife, 12(2):554-558, fev., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25368/27886>. Acesso em 14 nov. 2022.

BENINCASA, Miria; LAZARINI, Nicole; ANDRADE, Cristiano de Jesus. Intervenção Psicológica Durante a Gestação: Revisão Sistemática da Literatura. Id on Line **Rev.Mult. Psic.**, Julho/2021, vol.15, n.56, p. 644-663, ISSN: 1981-1179. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3163>. Acesso em 13 nov. 2022.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A, 1989. Disponível em: <https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/06/BOURDIEU-Pierre.-O-poder-simb%C3%B3lico.pdf>. Acesso em 13 nov. 2022.

BRANDT, Gabriela Pinheiro; SOUZA, Silvia Jaqueline Pereira de; MIGOTO, Michelle Thaís; WEIGERT, Simone Planca. Violência Obstétrica: A verdadeira dor do parto. **Revista Gestão e Saúde**. 2018. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>. Acesso em 13 nov. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 12 nov. 2022.

BRASIL. **Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19 (OOBr Covid-19)**. 2021. Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/. Acesso em 20 ago. 2022.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente, **Lei nº 8069/1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em 12 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.108/2005**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em 12 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.634/2007**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm. Acesso em 14 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.895/2013.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12895.htm. Acesso em 14 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 17.097/2017.** Disponível em: http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2017.097%2C%20DE%20JANEIRO%20DE%202017&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20de,no%20Estado%20de%20Santa%20Catarina. Acesso em 11 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 18.322/2022.** Disponível em: http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2022/18322_2022_lei.html#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2018.322%2C%20DE%20JANEIRO%20DE%202022&text=Consolidada%20as%20Leis%20que%20disp%C3%B5em,%C3%A0%20Viol%C3%Aancia%20Contra%20as%20Mulheres.&text=Fa%C3%A7o%20saber%20a%20todos%20os,Art. Acesso em 11 nov. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1459/2011.** Ministério da saúde. 2011. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 27 nov. 2022.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.633/2014.** Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014. Acesso em 12 Nov. 2022.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.867/2017.** Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1568996&filename=PL+7867/2017. Acesso em 12 nov. 2022.

BRASIL. **Resolução nº 466** do Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 01 de Nov. 2022.

BRASIL. **Indicadores da Atenção Materna e Neonatal.** 2020 Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYzBjZGI5YmMtOTExNy00MjVhLTk2NmMtN2NiOTYyNWVhYWE1IiwidCI6IjlkYmE0ODBJLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em 12 de nov. 2022.

BRITO, Cecília Maria Costa de. OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de Albuquerque. COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque da. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário.** 2020. Disponível em: www.dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.604. Acesso em 01 de junho de 2022.

CARNIEL, Francieli; VITAL, Durcelene da Silva; SOUZA, Tiago Del Piero de. Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. **J. nurs. health.** 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047273/9.pdf>. Acesso em 9 de Out. 2022.

COELHO, Júlia Araújo; ANDRADE, Ana Flávia Dias de; ALMEIDA, Bruno Vasconcelos de. Violência Obstétrica: A agressão silenciosa nas salas de parto. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*. 2020. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/22182/17104>. Acesso em 27 nov. 2022.

DINIZ, Simone Grilo. CHACHAM, Alessandra Sampaio. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, 1(1), 80-91. 2006 Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20%E2%80%9Ccorte%20por%20cima%E2%80%9D%20e%20o%20%E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%E2%80%9D.pdf. Acesso em 11 de Set. 2022.

FEITOZA, Sabrine Rodrigues; DAMASCENO, Ana Kelve de Castro; RODRIGUES, Francisca Alice Cunha; CASTRO, Regia Christina Moura Barbosa; FEITOZA, Aline Rodrigues; BEZERRA, Lorena Damasceno Alves; AMORIM, Maria Luiza Soares de; COELHO, Tatiane da Silva. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA REVISÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA. **RETEP- Revista Tendências da Enfermagem Profissional**. 2017. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/02/VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-UMA-REVIS%C3%83O-DA-PRODU%C3%87%C3%83O-CIENT%C3%8DFICA.pdf>. Acesso em 27 nov. 2022.

FILHO, Serafim Barbosa dos Santos; SOUZA, Kleyde Ventura de. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2021.v26n3/775-780/pt>. Acesso em 27 nov. 2022.

LEAL, Neide Pires; VERSIANI, Maria Helena; LEAL, Maria do Carmo; SANTOS, Yammê Ramos Portella. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 941-950, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020>. Acesso em 12 nov. 2022.

MARIS, Ana Paula Souza. **A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA DOULA DURANTE O CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/30135/4/Import%c3%a2nciaDaAtua%c3%a7%c3%a3o.pdf>. Acesso em 27 nov. 2022.

MARQUES, Silvia Badim. Violência Obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. 2020 jan./mar.; 9(1): 97-119. Disponível em: www.dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585. Acesso em: 02 de junho de 2022.

MENEZES, Fabiana Ramos de. REIS, Gabriel Maciel dos. SALES, Aline de Abreu Silvestre. JARDIM, Danubia Mariane Barbosa. LOPES, Tatiana Coelho. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas

instituições. **Interface (Botucatu)**. 2020. Disponível em: www.doi.org/10.1590/interface.180664. Acesso em: 02 de junho de 2022.

MINAYO, M. C. de S. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. In:

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. (orgs.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MORAES, Carlos Alexandre. YOSHIOKA, Anara Rebeca Ciscoto. BONINI, Geisieleli Mariany. Análise do plano de parto como mecanismo de prevenção da violência obstétrica sob a ótica dos direitos da personalidade. **Revista de Biodireito e Direito dos Animais** | e-ISSN: 2525-9695 | Encontro Virtual | v. 6 | n. 2 | p. 18 - 36 | Jul/Dez. 2020.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida. SANTIAGO, Silva Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**. Vol. 10 n. 3. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/twSzNppPXN3VkmJyyDRsfDg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 02 de Jun. 2022.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, p. 155-172, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000100010>. Acesso em 14 nov. 2022.

OLIVEIRA, Luaralica Gomes Souto Maior de. ALBUQUERQUE, Aline. Violência obstétrica e direito humanos dos pacientes. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XXII, nº 75, p. 36-50, maio/ago. 2018. Disponível em: <https://revistacej.cjf.jus.br/cej/index.php/revcej/article/view/2393/2307>. Acesso em 16 Out. 2022.

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituição de saúde**. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em 16 Out. 2022.

OMS. **Recomendações da OMS para os cuidados durante o parto, para uma experiência de parto positiva**. 2018. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5087552/mod_resource/content/1/Recomendac%CC%A7o%CC%83es%20OMS%202018.pdf. Acesso em 16 Out. 2022.

PEREIRA, J. S. et al. Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 15, p. 103-108, 2016. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf. Acesso em 9 de Out. 2022.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p 595-602,

2009. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/icse/a/m7dC74rXdMZqBXJH7p7Ljrh/?lang=pt#ModalDownloads>. Acesso em 11 de Set. 2022.

RESENDE, Augusto César Leite de; FRANÇA, Júlia Marjorie Lima. **RACISMO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A PROTEÇÃO INTERSECCIONAL DA MULHER**. 2021.

Interfaces Científicas- Direito. Disponível em:
<https://periodicos.set.edu.br/direito/article/view/10095/4631>. Acesso em 13 nov. 2022.

ROCHA, Géssica Larissa Barbosa da; MELO, Mônica Cecília Pimentel de; MORAIS, Sílvia Raquel Santos de; MATOS, Khesia Kelly Cardoso. Atuação de doulas no serviço público de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/37216/pdf>. Acesso em 27 nov. 2022.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira. ABBUD, Fernanda de Souza Freitas. PREGNOLATTO, Olivia Separavich. SILVA, Michelle

Gonçalves da. SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, 15(2), 362-370. (2014). Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3170/2433>. Acesso em 16 de Out. 2022.

SANTOS, Jaqueline Argolo. **RACISMO OBSTÉTRICO: A VIOLÊNCIA NA GESTANTE E OS DIREITOS DA PARTURIENTE**. UCSAL. 2021.

SILVA, Artenira da Silva e. SERRA, Cibele de Mesquita. Uma imposição social de dor para além do parto: violência obstétrica como violência de gênero. **Revista Libertas**. Direito UFOP, Ouro Preto, v. 4, n. 1, pp. 67-84, agosto./set. 2018.

SILVA, Francisca Martins; SILVA, Milécyo de Lima; ARAUJO, Flávia Nunes Ferreira de. Sentimentos Causados pela Violência Obstétrica em Mulheres de Município do Nordeste Brasileiro. **Revista prevenção de infecção e saúde**. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6924/pdf>. Acesso em 12 nov. 2022.

SOUZA, Daniela Santos; OLIVEIRA, Teresa Cristina Ferreira de. **“Na hora de fazer não gritou”: A violência obstétrica nas mulheres parturientes**. SEMOC UCSAL. 2019.

TEIXEIRA, Paulo Tadeu Ferreira. A Violência Obstétrica: da Condição de Vulnerabilidade aos Danos Emocionais. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Julho/2021, vol.15, n.56, p. 541-558. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3160>. Acesso em 12 nov. 2022.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

WAHBA, Liliana. Liviano. **Médico e paciente: É proibido amar.** Editora Blucher. 2021.. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555062885/>. Acesso em: 14 nov. 2022.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho. URIBE, Magaly Calderón. NADAL, Ana Hertzog Ramos de. HABIGZANG, Luísa Fernanda. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade.** 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acesso em 16 de Out. 2022.

Recebido em (Received in): 05/05/2023.
Aceito em (Approved in): 29/12/2024.



Este trabalho está licenciado sob uma licença [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).