

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: COMPREENSÃO DE PROFISSIONAIS ACERCA DA LEGISLAÇÃO E DO CUIDADO

Fabiane M. KAJIYAMA<sup>1</sup>; Ewelyn R. SOUZA<sup>2</sup>; Danielle A. M. PIO<sup>3</sup>; Maria Cecília C. DELLATORRE<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médica formada pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema). [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)

<sup>2</sup>Médica formada pela Faculdade de Medicina de Marília (Famema). [ewe.krs@gmail.com](mailto:ewe.krs@gmail.com)

<sup>3</sup>Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Docente da disciplina de Psicologia.

[danimassihpio@hotmail.com](mailto:danimassihpio@hotmail.com)

<sup>4</sup>Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Docente da disciplina de Saúde Coletiva.

[mcdellatorre@terra.com.br](mailto:mcdellatorre@terra.com.br)

**RESUMO:** A qualidade dos cuidados à gestante é um grande problema de saúde pública no Brasil, onde parte significativa da população feminina já sofreu algum tipo de violência obstétrica. O objetivo foi identificar o conhecimento de profissionais de saúde acerca do assunto e da legislação que protege a mulher contra essas práticas, avaliando como podem aplicá-la na assistência. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais das equipes multiprofissionais do setor obstétrico de duas instituições do interior paulista. As falas foram analisadas pelo método de Análise de Conteúdo Temática. Foi observado que os profissionais apresentam conhecimento sobre violência obstétrica, porém com diferentes aproximações e vivências dessas práticas. Nesse contexto, permeiam vários fatores, como a estigmatização de certos grupos sociais de mulheres, assimetria na relação profissional-paciente, precarização do ambiente de trabalho e o patriarcalismo da sociedade. A legislação e os direitos da mulher são temas distantes de suas práticas, com dificuldades sociais e estruturais de aplicá-las. Diante dessas práticas, os profissionais afirmam o enfrentamento por meio da escuta qualificada e da orientação à ouvidoria pública e seus direitos, além de maior contato com o tema durante a graduação dos profissionais de saúde. A violência obstétrica é uma questão complexa de saúde pública, sendo necessária a adoção de ações enérgicas para combatê-la, como a implantação de leis específicas, conscientização dos profissionais da saúde e das mulheres, mudanças institucionais de atenção à mulher, entre outros.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência obstétrica. Jurisprudência. Direitos da mulher.

### INTRODUÇÃO

A assistência à gestação e puerpério no Brasil configura-se como uma questão de saúde pública que deve ser amplamente discutida. Registra-se que uma a cada quatro mulheres com pelo menos uma gestação relata ter sofrido violência obstétrica (VO), sendo mais frequente na rede pública do que na privada (VENTURI; GODINHO, 2013). No entanto, este número possivelmente é subestimado, já que as diferentes manifestações de VO, muitas das vezes, não são reconhecidas pelas parturientes e, portanto, não são relatadas (OLIVEIRA; MERCES, 2017).

Define-se VO como qualquer ato, por profissionais de saúde, que traga danos evitáveis à mulher, prejudicando a autonomia sobre seu próprio corpo e sua sexualidade durante o período de gestação, parto e pós-

parto, inclusive em situações de aborto (CAVALCANTE et al., 2018). Configura-se também como uma violência de gênero, ao se desrespeitar os direitos sexuais e reprodutivos da mulher e estar intimamente associado à uma assimetria de poder (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017).

É possível classificar a VO em diferentes tipos. Há negligência quando ocorre difícil acesso à informação e serviços às parturientes, bem como recusa ao atendimento. A violência psicológica envolve presença de humilhações e ameaças verbais, xingamentos; a física caracteriza-se pelo uso de medicamentos e manobras desnecessárias, a não utilização de analgésicos, contenção física, realização de procedimentos sem o consentimento da parturiente, entre outras. A violência sexual engloba o assédio e abuso sexual; a material ocorre com a finalidade de

\*Autor correspondente: [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)

obter recursos financeiros, de modo a violar os direitos já garantidos por lei à mulher, como receber alguma contribuição financeira em troca do direito de o pai ver o parto do filho. E há a violência midiática, ao divulgar informações que violem psicologicamente os direitos da gestante, estimulando a realização de práticas contraindicadas, com fins econômicos, sociais ou de dominação (CIELLO et al., 2012; SANTOS; SOUZA, 2015; ZANARDO et al., 2017).

Assim, essas atitudes são naturalizadas, pois o parto está culturalmente relacionado à ideia de que o corpo feminino é insuficiente no parto (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017). Essa concepção decorre do fato de o parto ser representado como uma experiência traumática e algo patológico, contribuindo para a difusão de cirurgias cesáreas desnecessárias, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelas próprias mulheres (DINIZ et al., 2015; PALHARINI, 2017). Nesse contexto, a propagação de tais atitudes é legitimada também pela figura do médico, vista como protagonista das decisões (PALHARINI, 2017).

As práticas mencionadas acima não são reconhecidas como VO por grande parte dos profissionais de saúde, que justificam suas ações por recursos humanos precários e más condições de trabalho (CARDOSO et al., 2017). Isso é expresso claramente em uma publicação da Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo (SOGESP): “Concluindo, entendemos também como violência contra o obstetra, a maneira superficial com que o tema tem sido abordado colocando o obstetra/ginecologista sempre como algoz” (MAGALHÃES, 2014, p. 35).

A falta de compressão sobre a gravidade dessa violência é fruto da invisibilidade do tema, bem como reflexo da ausência de legislação específica no sistema judiciário brasileiro.

A Constituição Federal Brasileira tem como um de seus fundamentos a cidadania e a dignidade da pessoa humana. Pode-se afirmar então que, no caso das gestantes, é lhes garantido todos os

procedimentos essenciais para assegurar a plena assistência à sua saúde e de sua prole, sendo entendido como violação a submissão a tratamento desumano ou degradante (BRASIL, 1988).

No ordenamento jurídico pátrio, há também a presença de leis laborais e estaduais genéricas, sendo que os casos de violência obstétrica estão sujeitos a penalidades por se configurarem como fatos típicos e antijurídicos, já previstos no ordenamento jurídico brasileiro como crimes de omissão de socorro, de lesão corporal, homicídio, e contra a honra. Atualmente, há projetos de leis nacionais destinados a este tema, bem como, exemplos de legislações internacionais. Apesar disso, ainda é necessária maior adoção de ações enérgicas visando erradicar a ocorrência destes crimes.

No Brasil, as políticas públicas direcionadas ao auxílio da mulher tem como finalidade assegurar os direitos da gestante em todo o processo gestacional. Os principais programas relacionados ao cuidado da gestante foram o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2002) e, atualmente, a Rede Cegonha (BRASIL, 2012a). Ambos foram elaborados com a finalidade de oferecer atendimento digno às gestantes e assegurar direitos como acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério das gestantes e ao recém-nascido (MARTINELLI et al., 2014).

Este estudo busca identificar o conhecimento de profissionais de saúde acerca do conceito de VO e as legislações referentes aos direitos das mulheres da gestação ao pós-parto, considerando a articulação teórico-prática nos cenários de atenção e formação e baseando-se na valorização da mulher, como cidadã portadora de direitos, levando em consideração os diferentes tipos de assistência pública e privada.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, que valoriza representações e

\*Autor correspondente: [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)

intencionalidades das relações humanas, compreendendo o sentido de suas vivências expressas pela linguagem, com interpretações embasadas em suas características socioculturais (MINAYO, 2013).

Foi realizado em dois cenários hospitalares em uma cidade do centro-oeste paulista: um serviço de alta complexidade de uma autarquia vinculada à Secretaria Estadual da Saúde, e uma Associação Beneficente de médio porte. Para garantir o anonimato das instituições, estas serão nomeadas, respectivamente, de A e B.

O serviço A contempla o ensino dos cursos de medicina e enfermagem; da pós-graduação em obstetrícia-ginecologia (residência médica), e em área de materno infantil (residência multiprofissional) (HCFAMEMA, c2018). O serviço é referência para 62 municípios, atendendo pacientes de gestação de alto risco (HCFAMEMA, c2018).

O serviço B realiza atendimento particular e por convênio e é espaço de ensino

de vários cursos de graduação (medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia etc.) da Universidade particular local. Além disso, possui cursos de aprimoramento e programa de pós-graduação (ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, c2021a, c2021b).

Foram convidados para participação, no total, vinte e seis profissionais. Foram incluídos profissionais de formações distintas e residentes em saúde, pertencentes às equipes atuais de obstetrícia, sem tempo mínimo de atuação nesses serviços, que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e excluídos aqueles que não responderam ao convite à participação (quinze profissionais). Assim, foram entrevistados nove participantes do A e dois do B (Tabela 1).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa com parecer de número 4.227.200.

**Tabela 1. Total de participantes**

	Local A	Local B
<b>Convidados</b>	14	12
<b>Recusa/sem resposta</b>	5	10
<b>Aceito</b>	9 (6 residentes, 3 profissionais)	2 (todas profissionais)

Fonte: autoria própria

Em decorrência dos impactos da pandemia de Covid-19 e respeitando as recomendações do Ministério da Saúde quanto ao distanciamento social, a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais via *online*, com duração média de 15 a 30 minutos.

Utilizou-se um roteiro semiestruturado, organizado de acordo com os objetivos da pesquisa, incluindo-se um fragmento do livro “O olho mais azul”, da escritora Toni Morrison (MORRISON, 1970),

que descreve uma situação de VO, para disparar a continuidade da discussão.

As entrevistas gravadas em áudio foram transcritas sendo a apuração de dados realizada por meio de análise de conteúdo temática, caracterizada pela identificação sequencial de ideias apresentadas no conteúdo, núcleos de sentido e temas (MINAYO, 2013).

\*Autor correspondente: [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes consistiram em seis estudantes residentes de áreas distintas (assistência social, psicologia, terapia ocupacional e medicina), 3 profissionais da Instituição A (áreas de medicina e enfermagem) e 2 profissionais da Instituição B (áreas de medicina e enfermagem).

Em um primeiro momento, a análise de conteúdo foi realizada de forma separada, não sendo identificadas diferenças para manter sua análise separada. Assim, optou-se

após releitura flutuante e exaustiva das entrevistas para a análise conjunta das mesmas.

Para preservar a identidade dos participantes, a apresentação dos resultados seguirá este padrão: letra R para Residentes ou P para profissionais dos serviços, seguida do número de organização das entrevistas.

Após a coleta e análise dos dados obtidos, emergiram três categorias temáticas comuns às duas Instituições, apresentadas no quadro 1, conforme a seguir:

**Quadro 1. Temas e núcleos de sentido**

TEMA	NÚCLEOS DE SENTIDO
(Des) conhecimento acerca da violência obstétrica e suas formas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- VO são atitudes que violam os direitos, segurança, autonomia ou respeito a mulher em período de pré-parto, parto e pós-parto, incluindo o binômio mãe-bebê</li> <li>- VO classificada como agressão física, verbal, não verbal, psicológica, social, de negligência, inclusive em relação a procedimentos médicos e comportamento com a mulher</li> <li>- VO como desrespeito à privacidade da paciente</li> <li>- VO como falta de vínculo entre profissional e paciente, por conta de não ser o mesmo profissional que atende</li> <li>- Desconhecimento acerca do tema de violência obstétrica</li> <li>- Ausência de aceitação de que existe vo por parte de alguns profissionais</li> </ul>
Modelos de atenção à saúde e de formação como instrumentos de reprodução da Violência Obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- VO como prática atual</li> <li>- A VO é uma questão institucional, estrutural e de saúde pública, o que dificulta seu enfrentamento</li> <li>- Os agentes da prática de VO são comumente a equipe médica e a abordagem do cuidado é mais realizada pela equipe de enfermagem</li> <li>- Predomínio da figura masculina na assistência à gestante</li> <li>- Diminuição da atenção à mulher após o parto (a mulher só existe e é valorizada se ter criança)</li> <li>- Desumanização como prática/Objetificação da mulher como objeto de ensino, principalmente nos hospitais-escolas</li> <li>- A formação desumanizada leva a profissionais que praticam VO</li> <li>- A formação desumanizada leva a profissionais que praticam violência obstétrica, demonstrando uma questão estrutural</li> <li>- O tema é pouco discutido na formação do profissional de saúde</li> <li>- A VO é decorrente da desatualização dos profissionais acerca do tema</li> <li>- Empatia ao se colocar no lugar da mulher que sofreu VO</li> <li>- Sentimentos negativos são trazidos à tona ao presenciar a VO, impactando a esfera profissional e pessoal</li> <li>- Grupo de vulnerabilidade para VO são mulheres alvos de estigmas, como gestantes adolescentes, em situação de rua, soropositivas, negras, as que possuem transtornos de saúde mental ou vícios</li> <li>- Gestantes mais orientadas sofrem menos VO</li> </ul>

\*Autor correspondente: [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)

<p>Proteção e penalização da violência obstétrica: desconhecimento na efetivação dos direitos e estratégias de superação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A mulher possui direitos no período de gestação, parto e pós-parto no que tange ao seu cuidado e o da criança</li> <li>- Classificação dos direitos da mulher como reprodutivos</li> <li>- A gestante tem direito de acesso a informações</li> <li>- Direito de acesso aos serviços assistenciais da gestante</li> <li>- Dificuldades do acesso e aplicabilidade dos direitos da mulher no período gestação, parto e pós-parto</li> <li>- Dificuldade de acesso ao direito de acompanhante durante a pandemia da COVID-19</li> <li>- Desconhecimento acerca das leis de proteção à gestante</li> <li>- Concepção de que as leis existentes são insuficientes para a proteção à gestante</li> <li>- A VO é uma prática passível de penalização para os seus agentes</li> <li>- A VO é crime e, portanto, seu agente passível de penalização</li> <li>- Maneiras de enfrentamento da vo durante a rotina profissional</li> <li>-O enfrentamento segundo questões hierárquicas entre profissionais/estudantes</li> <li>- Falhas para o enfrentamento da vo</li> <li>- Focar mudanças pontuais na atenção à paciente acarreta apenas impacto individual, e não institucional</li> <li>- A ouvidoria como forma de acionar os direitos da mulher ao sofrer violência obstétrica</li> <li>- Citação de políticas públicas de apoio à mulher</li> <li>- A conscientização/empoderamento da mulher é uma potente ferramenta no enfrentamento da VO</li> <li>-O maior diálogo sobre VO para sua conscientização deve ser feita em todos os níveis de atenção à saúde</li> <li>- A crítica e policiamento do estudante/residente é uma das formas de enfrentamento à VO</li> <li>-Realizar o enfrentamento à VO além do ambiente de saúde</li> <li>- Maior inserção da equipe multiprofissional melhoraria a qualidade de atenção à paciente, identificando os casos de vo antes, durante e pós-parto</li> <li>- Incluir a gestante na participação das decisões</li> <li>- Formas de abordar o tema durante a graduação para melhorar a atuação do profissional na vida de formado</li> </ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: autoria própria

### **(Des) Conhecimento acerca da violência obstétrica e suas formas**

Os participantes definem a VO, em conformidade com a literatura, como um conjunto de atitudes que violam a segurança, autonomia, respeito e os direitos da mulher em período pré-parto, parto e pós-parto, incluindo-se as situações de aborto, causando sofrimento e repercussões no binômio mãe-bebê (ZANARDO et al., 2017; LIMA, 2019; MARTÍNEZ-GALIANO et al., 2021).

Na tentativa de exemplificar tais atitudes, mencionam ações verbais e não verbais, que podem ser caracterizadas como violência psicológica, física e social.

“A violência obstétrica é muito mais do que um ato físico de furar e cortar, lesar a pele ou algum órgão” (R6).

Também citam a realização de práticas médicas sem real indicação e/ou sem a comunicação necessária com a paciente para informá-la e obter seu consentimento, como a episiotomia, manobra de Kristeller, uso de ocitocina, entre outros, coincidindo com os dados da literatura (MARTÍNEZ-GALIANO et al., 2021). Foi mencionada também a alteração de partograma para não se documentar a aceleração realizada do trabalho de parto.

A negligência à assistência, uma das formas mais destacadas em estudos anteriores

\*Autor correspondente: [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)

como o de Sens e Stamm (2019), é exemplificada pela não administração de analgésicos, a demora para auxiliar a gestante com queixas durante o pré-parto e não permitir o contato pele a pele entre a mãe e bebê logo após o nascimento, com repercussões e riscos à vida da mãe e da criança. Os entrevistados ainda afirmam que a VO é encontrada na ausência de orientação à mulher quanto aos seus direitos na gestação e puerpério. Assim, são atos violentos a dificuldade de acesso aos direitos da mulher, assim como sua violação e não divulgação (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017).

No que tange aos outros tipos de VO, também relatam como exemplos o desrespeito à paciente em várias esferas além da física/corporal: ao permitir o exame ginecológico na presença de várias pessoas na sala, invadindo seu espaço e privacidade; ao pressupor o desejo de maternidade em todas as mulheres e repreendê-las se não o expressam, ao chamá-la apenas de “mãezinha”, sem identificá-la com seu próprio nome (sua presença não é reconhecida como sujeito mulher, e sim, um ser reprodutivo); ao não permitir que ela tenha o poder de decisão sobre seu próprio corpo e ao desconsiderar a situação psicológica da mulher.

“É difícil também você entrar com uma pessoa que nunca te viu (...) só pra tá assistindo, como um espetáculo, o parto” (R5).

O mesmo conteúdo é encontrado no artigo de Aguiar e D’Oliveira (2011), onde concluem que há reprodução ideológica, por parte dos profissionais e das pacientes, de se reduzir a mulher somente à sua função social de mãe, banalizando um processo pessoal de cada mulher e sua família.

A violência verbal permeia todos os momentos mencionados, porém mais presente no trabalho de parto vaginal em relação aos partos via cesárea (MARTÍNEZ-GALIANO et al., 2021; OLIVEIRA et al., 2019). De acordo com os participantes, enquadra-se como violência também a omissão e não intervenção ao presenciar pessoalmente essas atitudes.

“Todo mundo sabe que é errado e eles comentam depois. (...) Todo mundo fica sabendo (...), mas ninguém passa para frente” (P5).

Um fator que se destaca é a falta de vínculo entre profissional de saúde e paciente durante a permanência hospitalar, prejudicando a qualidade do cuidado e dando abertura a possíveis divergências entre profissionais que não se comunicam entre si, causando confusão no entendimento da usuária.

De acordo com Domingues, Santos e Leal (2004), a má relação entre equipe e paciente é um dos principais fatores que contribuem para a não satisfação das mulheres quanto à sua experiência no serviço de saúde.

Portanto, é possível afirmar que o conhecimento apresentado pelos profissionais é congruente com a literatura existente, demonstrando um padrão de violência independente de distribuição geográfica ou temporal (VENTURI; GODINHO, 2013; MARTÍNEZ-GALIANO et al., 2021; BANKS, 2018; CASTRO, 2019).

Porém, observa-se que os participantes ficam em dúvida dos limites da definição da violência, suas consequências e os fatores relacionados a esse contexto, como também é relatado no estudo de Cardoso et al. (2017).

Além disso, a violência é tratada como uma má interpretação por parte das pacientes em relação às atitudes dos profissionais, já que as intervenções sempre teriam a intenção de proteger o bem-estar materno e fetal, configurando-se como uma maneira de silenciamento das mulheres (LIMA, 2019; JARDIM; MODENA, 2018). Essa seria uma das facetas do mito da “não violência”, cunhado pela filósofa Marilena Chauí (CHAUÍ, 2011), em que a violência não é reconhecida e, portanto, naturalizada.

### **Modelos de atenção à saúde e de formação como instrumentos de reprodução da Violência Obstétrica**

Os entrevistados declaram que a VO é tratada como tabu, possuindo influência de múltiplos fatores externos que facilitam sua

\*Autor correspondente: [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)

perpetuação e dificultam seu enfrentamento. Assim como escreve Castro (2019, p. 109-110),

pode ser difícil de isolar os limites entre a violência estrutural de um sistema de saúde precário que falha em providenciar o cuidado adequado e os atos de violência obstétrica que as mulheres em trabalho de parto experienciam nas mãos da equipe de saúde (tradução nossa).

É uma questão de saúde pública, já que se observam prejuízos diretos à assistência à mulher, com menores índices de satisfação e maior morbimortalidade (VENTURI; GODINHO, 2013; CASTRO, 2019).

Uma participante também descreve a precarização do ambiente de trabalho como fomento da VO, além de sobrecarga de trabalho da equipe e a presença de profissionais que foram realocados para o setor de obstetrícia sem seu desejo:

“Eu não sei dizer se eu já cometi alguma [ação de VO] ou não. Porque às vezes você tá num grau de cansaço tão grande (...). Você tem que tomar muito cuidado para não se deixar levar lá dentro, com tudo que acontece lá” (P4).

Esses dados são congruentes aos da literatura atual, cujos achados mencionam, além dos fatores aqui descritos, a falta de vagas no serviço e a baixa remuneração profissional (SENS; STAMM, 2019a; BANKS, 2018; JARDIM; MODENA, 2018).

Outra observação destacada nas entrevistas foi a identificação de um grupo de mulheres de maior vulnerabilidade: portadoras de algum estigma social, como adolescentes gestantes, mulheres em situação de rua, de drogadição, portadoras de transtornos mentais ou infecções sexualmente transmissíveis (IST), pessoas vivendo com HIV (PVHIV), de menor classe socioeconômica e negras.

“(…) Relatando que não querem ficar com a criança, aí a equipe também faz uma estigmatização dessa mulher [que entrega o filho à adoção]. Porque ‘onde já se viu ela tá colocando o filho no mundo, é responsabilidade dela’” (R1).

De acordo com a literatura, são fatores de risco as situações de

vulnerabilidade social, refletindo o racismo e a discriminação socioeconômica (CASTRO, 2019). Assim, a prevalência de VO é maior em mulheres negras, em detrimento das mulheres brancas (VENTURI; GODINHO, 2013), e maior em mulheres de menor nível socioeconômico (SHRIVASTAVA; SIVAKAMI, 2020).

Especificamente em relação às mulheres negras, é comum também a falta de intervenções necessárias, e não somente o excesso destas. Por exemplo, a não administração de anestesia baseada em preceitos racistas. A perpetuação dos estereótipos mencionados, por meio da violência cometida, acaba por banalizar e invisibilizar esse tipo de agressão (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011).

No estudo de Marques e Osório (2020), identifica-se como fator de risco a falta de conhecimento das mulheres em relação aos seus direitos e ao processo do parto e puerpério. Há informação semelhante nesta pesquisa, destacando a necessidade de empoderamento das mulheres desde o pré-natal até o pós-parto. As pacientes mais questionadoras acabam recebendo melhor assistência, posto que a equipe age de maneira mais cuidadosa. No entanto, houve também o relato de maior resistência da equipe às mulheres mais informadas:

“Eles estão tão acostumados com paciente leiga que aceita tudo, que quando chega uma paciente orientada, que sabe o que está acontecendo com ela, eles ficam super nervosos” (P5).

“Quando chegam aquelas pacientes que são um pouco mais informadas, [...] elas são malvistas. Entendeu? Como assim, ‘Nossa, você veio aqui num serviço público e tá exigindo tudo isso?’” (P4).

A segunda fala reflete a assimetria na relação médico-paciente, em que a paciente é submetida à autoridade técnico-científica do médico, sem levar em consideração os desejos, receios e dúvidas da gestante (LIMA, 2019). Em contrapartida, há casos nos quais os profissionais ameaçam ofertar menor qualidade de cuidado quando se deparam com uma mulher que exige seus direitos, já que a demanda pelo respeito à autonomia da mulher

\*Autor correspondente: [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)

é vista como uma provocação, e não um direito (ANDREZZO, 2016).

Essas duas reações opostas também são identificadas em um estudo realizado com 23 médicos plantonistas do sul do Brasil, em que os participantes afirmam que a mulher melhor informada auxilia na prevenção de VO, ao mesmo tempo em que a mulher questionadora é “mais difícil de lidar” (SENS; STAMM, 2019b).

Já em relação aos atores da VO, estes são reconhecidos, em sua grande maioria, na equipe médica; e com menor frequência, os profissionais de enfermagem. Porém, neste ponto, há divergência em que a enfermagem é, por vezes, o ponto de cuidado humanizado em detrimento da assistência médica, na maior parte das vezes relacionado a um olhar mais integral à mulher.

Nas entrevistas, afirma-se que as outras profissões da equipe, como a psicologia e assistência social, são as que acolhem a paciente que sofreu a violência, ao realizarem escuta qualificada, conscientização e empoderamento sobre seus direitos.

Outro ponto levantado é que há o predomínio da figura masculina no cuidado à mulher e, portanto, na violência cometida contra ela. Isso vai ao encontro com a própria história da especialidade médica de obstetrícia, cujos profissionais historicamente são, em sua maioria, homens. Este contexto ainda permanece ao basear suas práticas no olhar masculino ao corpo feminino, em uma sociedade ainda patriarcal, na consideração da mulher apenas como geratriz, e não um sujeito com individualidades (VÁSQUEZ, 2014; MARTINS, 2005).

“Porque é um corpo feminino, que normalmente quem sabe mais seriam as mulheres, porque a gente vivencia esse corpo, só que, quem vem ditar pra gente o que o nosso corpo pode, o que a gente tem que fazer no momento do parto são os homens” (R1).

Essa situação atrela-se a outro fato mencionado nas entrevistas: os direitos reprodutivos e a assistência à saúde da mulher, em destaque durante o período de gestação e puerpério, possuem o foco na criança, e não

na mulher em si. Portanto, em nenhum momento a mulher é a real protagonista do processo (SENS; STAMM, 2019b; AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Essas características estão intimamente relacionadas com a estrutura patriarcal da sociedade, com sua desigualdade entre os papéis sociais de gênero, em que o processo de reconhecimento pleno da mulher como ser independente ainda é recente e em construção, tendo sua essência limitada à sua capacidade de reprodução (MARQUES; OSÓRIO, 2020).

No entanto, além do aspecto mencionado acima, a desigualdade entre as figuras também se encontra na relação médico-paciente ou entre profissional de saúde em geral e paciente.

Esses profissionais não são questionados por inúmeros fatores, como o não reconhecimento da violência em si pela paciente, o medo de retaliação após a crítica ou a sensação de futilidade da crítica. Não expressar a dor seria um modo de se proteger contra a violência institucional (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011).

O contexto mencionado acima não está presente somente no ambiente profissional, mas também no ambiente acadêmico.

“O médico saiu e ele falou que eles [os estudantes] poderiam ficar a sós com a gestante e poderiam fazer o que quisessem com ela. Caso eles quisessem testar a prática seria neste momento. Aí ela veio depois para mim e disse: ‘Então é assim que eles tratam a gestante aqui? Porque parece que a gente é um objeto’” (P1).

Os entrevistados mencionam que o fato de os locais estudados serem hospitais-escolas (graduação e residência) facilita a realização de atos violentos, evidenciando a desumanização da mulher como mero objeto de estudo. Houve relatos frequentes de toques vaginais repetidos e desnecessários, sem a comunicação adequada com a paciente, e o desrespeito à sua privacidade.

### **Proteção e penalização da violência obstétrica: desconhecimento na efetivação dos direitos e estratégias de superação**

\*Autor correspondente: [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)

No Brasil, inexistem legislações específicas contra a VO, entretanto, os atos cometidos podem ser tipificados em vários tipos penais como lesão corporal, ameaça, injúria, maus-tratos e constrangimento ilegal. Nessa ótica, as ações do judiciário se amparam em direitos fundamentais constitucionais e em normativas dos órgãos de saúde para aplicar sanções penais nos praticantes de violência obstétrica.

Como reflexo dessa escassez de legislação específica, temos que a maior parte dos entrevistados mostrou desconhecimento das leis que protegem a mulher, sendo poucos aqueles que deram exemplos.

“Corretamente assim eu não tenho muito conhecimento em relação à legislação, mas eu sei que elas têm o direito de denunciar se sentir desconfortáveis, mas para falar a verdade que eu não conheço profundamente a lei que protege elas e como funciona não.” (P5).

“A paciente tem direito que a acompanhem durante a gestação até o momento dela entrar em trabalho de parto. (...) Ela tem o direito de ter o seu acompanhamento no seu pós-parto imediato e puerperal até seu seguimento no posto.” (P2).

A Constituição Federal brasileira de 1988 vislumbra a dignidade da pessoa humana como direito fundamental a ser resguardado pelo nosso ordenamento jurídico pátrio<sup>12</sup>. E, a partir dessa premissa, na forma dos incisos III, X, do art. 5º, desse mesmo dispositivo legal, traz consigo a proteção à intimidade e à vida privada dos indivíduos que residem em território nacional, bem como, veda práticas como tratamento desumano, degradante ou similar a tortura. Desta feita, devido à proteção ao direito de todos os cidadãos a uma vida digna, à sua intimidade atrelada a vedação de atos de torturas ou desumanos, nasce os princípios basilares ao direito fundamental à vida e a da saúde do indivíduo, visto como direitos constitucionais de extrema relevância para assegurar o Estado Social Democrático de Direito de nosso país (BRASIL, 1988).

Segundo os entrevistados, os principais atores da prática da violência

obstétrica são médicos e enfermeiros, assim, os mecanismos legais que respaldam a mulher encontram-se nos códigos de ética desses profissionais. Ao médico, é vedado realizar qualquer mal à paciente, dentre eles tratar a paciente desumanamente e sem civilidade ou realizar procedimentos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019). Em relação à enfermagem não deve prestar assistência de forma discriminatória com imprudência e negligência ou causar danos ao paciente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, c2021).

Devido à ausência de legislação nacional específica, alguns estados brasileiros criam próprias leis no combate à violência obstétrica, tal como o estado de Tocantins com a Lei nº 3.385 de julho de 2018, que dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a VO (LOPES; DANTAS, c2022).

Nesta pesquisa, muitos profissionais de saúde demonstraram conhecimento limitado sobre políticas e mecanismos de denúncia para serem acionados no momento que a vítima sofre violência. Entre os mecanismos citados nas entrevistas, estão a Lei do acompanhante e a ouvidoria do serviço, que por vezes são acionados pela paciente por orientação da própria equipe.

Em relação às políticas públicas, as principais que servem como respaldo à proteção dos direitos da gestante são o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a Lei do acompanhante e a Rede Cegonha.

O PAISM foi a primeira política construída pelo Ministério de Saúde, em 1984, prevendo ações de prevenção, de diagnóstico, tratamento e recuperação à mulher englobando a assistência clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, além de ações educativas em planejamento familiar, IST, câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 2004).

A Rede Cegonha foi instituída em 2003, objetivando garantir os direitos não só da mulher, ao assegurar cuidados quanto ao

\*Autor correspondente: [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)

direito de planejamento reprodutivo, da atenção humanizada no período que compreende a gravidez, o parto, o puerpério e ao abortamento; mas também do bebê ao garantir nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2012a).

Em 2005 surge a Lei Federal nº 11.108 conhecida como a Lei do Acompanhante, que assegurava à gestante, nos serviços públicos e privados de saúde, o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva, a partir do reconhecimento da VO e das políticas voltadas à saúde da gestante, podemos citar outros mecanismos legais que podem ser acionados pela vítima. A ouvidoria presente nos hospitais é um forte instrumento de denúncia, pois têm finalidade colher diversos relatos de mulheres que sofreram algum tipo de violência no período de gestação, parto e puerpério. Além disso, também se encontra presente a Agência Nacional de Saúde (ANS), na qual a mulher pode formalizar a denúncia através do preenchimento de um formulário. Outro meio é através do Programa de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON), no qual a cliente insatisfeita com o serviço pode validar sua queixa (BRASIL, 2012b; SÃO PAULO, 2015).

Ademais, o modelo de formação biologicista dos profissionais e a objetificação do corpo feminino, já citado anteriormente, também é uma forma de contribuição para o fomento da VO.

Nos centros educadores é comum o corpo feminino ser objeto de estudo e reduzido a um órgão onde o estudante foca somente no útero e no conceito o qual ele carrega, sem levar os aspectos biopsicossociais da figura feminina como um todo (DINIZ et al., 2016). Nesse sentido, banaliza-se e normaliza-se a violência desde a graduação levando os profissionais a reproduzirem tais atitudes nas instituições as quais trabalham (SENS; STAMM, 2019). A discussão sobre o tema ainda é pouco presente durante a graduação, algo que é comentado

nas entrevistas, em que se admite que o primeiro contato com o tema geralmente ocorre somente para aqueles que desejam atuar na área.

Arelado a isso, as questões hierárquicas entre os profissionais de saúde dificultam o enfrentamento à VO.

“(…) às vezes ele é ainda um aluno e está estudando, daí ele vai ver o assistente fazendo, ou ele é um residente e está submetido às ordens de um superior... Nesses dois casos, é muito difícil eles confrontarem diretamente.” (D5)

Diante dessas reflexões, muitos entrevistadores trouxeram como forma de combate à VO não só mudanças no modelo de formação, como também sugestões na vida de formados, como atualização constante e modelos de humanização nas decisões das condutas.

“Poderiam ser aplicadas disciplinas que sensibilizassem os alunos na questão do cuidado da subjetividade” (R6).

“Dentro da formação acadêmica, ter aulas de assistência integral. Nessas aulas, você consegue desenvolver empatia, você consegue envolver toda abrangência que se deve ter a assistência e para os todos tipos de pessoas e ter esse cuidado bem holístico.” (P1)

“Depois da vida acadêmica tem a educação continuada e a educação permanente. A educação continuada é um autoaprendizado. A educação permanente seria uma forma da equipe multiprofissional resolver um problema para os profissionais daquele hospital, como o que deve ser feito e como não praticar essa violência.” (P1)

Outra forma de enfrentamento da VO é a conscientização dos profissionais de saúde acerca do assunto por meio de maior acesso às informações de como identificar e agir nessa situação, para promover mudanças positivas na assistência à mulher (JARDIM; MODENA, 2018). Nas entrevistas, também trouxeram a não propagação de práticas de violência obstétrica como forma de combater o problema:

“(…) só que eu sempre tive esse cuidado né. Se um colega meu acabou de tocar, eu não vou tocar de novo, exatamente em seguida só pra ver como é que tá né.” (P4)

\*Autor correspondente: [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)

Ainda na esfera individual, relatam a escuta qualificada e acolhimento da paciente vítima de violência como forma de enfrentamento, empoderamento da mulher e continuidade do cuidado.

Na esfera institucional, citam a implantação de novas práticas dentro dos centros de saúde como a capacitação e preparo dos profissionais de saúde para prestar o cuidado com essas mulheres, assim como discussões coletivas sobre o assunto de forma a sensibilizar a equipe (FUJITA; NASCIMENTO; SHIMO, 2015).

Arelado a isso, é de suma importância a existência de movimentos sociais organizados com grande representatividade feminina que reivindiquem melhores condições de assistência ao parto, para que os direitos sexuais e reprodutivos da mulher sejam garantidos (DECARLI, 2018).

## CONCLUSÃO

Os casos de violência obstétrica estão presentes no cotidiano em instituições públicas e privadas, não havendo diferenças significativas entre elas. Neste material, no

entanto, inclui-se uma limitação que envolve o número de participantes do estudo, especialmente na instituição privada, que merece aprofundamentos e escutas de outros profissionais.

Esta pesquisa permite afirmar que o problema em questão possui raízes que perpassam a sociedade em geral, a formação do profissional em saúde e a atuação destes na vida profissional; permeando aspectos como ensino com enfoque predominantemente biológico que forma profissionais com pouco contato com o tema, visão fragmentada à mulher, condições precárias de trabalho, assimetria na relação profissional-paciente e uma sociedade culturalmente patriarcal. Com isso, é necessária a adoção de ações enérgicas de combate a esses crimes, a título de exemplo, a implantação de leis específicas, conscientização dos profissionais de saúde e das mulheres, mudanças institucionais nos serviços de saúde, ampla divulgação sobre o cenário atual da VO em nosso país, bem como a realização de políticas públicas e aumento dos canais de denúncias.

## OBSTETRIC VIOLENCE: UNDERSTANDING OF PROFESSIONALS ABOUT LEGISLATION AND CARE

**ABSTRACT:** The quality of care of pregnant women is a major public health problem in Brazil, where a significant part of the female population has suffered obstetric violence. The aim was to identify the knowledge of health professionals regarding the theme and the legislation that protects women against these practices, evaluating how they can apply it in daily care. Semi-structured interviews were carried out with professionals from multidisciplinary teams of the obstetric sector of two institutions in the interior of São Paulo. This is qualitative research, in which Thematic Content Analysis method was applied to analyze the collected data. It was observed that professionals have knowledge about obstetric violence, but with different approaches and experiences of these practices. There are several factors associated to this context, such as the stigmatization of certain social groups of women, asymmetry in the professional-patient relationship, poor working conditions and patriarchalism of society. Legislation and women's rights are topics far from the daily practice, which encounters social and structural barriers. Faced with these practices, participants suggest confrontation through qualified listening and guidance to the public ombudsman and their rights, in addition to greater contact with the theme during the graduation of health professionals. Obstetric violence is a complex public health issue, requiring the adoption of energetic actions to its confrontation, such as the implementation of specific laws, raise of awareness of health professionals and women, institutional changes in women's care, among others.

**KEYWORDS:** Obstetric violence. Jurisprudence. Women's rights.

\*Autor correspondente: [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-91, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>.

ANDREZZO, H. F. **O desafio do direito a autonomia**: uma experiência de plano de parto no SUS. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-07112016-141429/publico/HalanaFariaDeAguiarAndrezzo.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Desenvolvimento de pessoas**. Marília: ABHU, c2021a. Disponível em: <http://www.abhu.com.br/desenvolvimento-de-pessoas>. Acesso em: 10 mar. 2022.

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Serviços disponíveis**. Marília: ABHU, c2021b. Disponível em: <http://www.abhu.com.br/servicos-disponiveis>. Acesso em: 10 mar. 2022.

BANKS, K. P. Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: prevalence and risk factors for disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia. **Health Policy Plan.**, Oxford, v. 33, n. 3, p. 317-327, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx180>.

BARBOSA, L. C.; FABBRO, M. R. C.; MACHADO, G. P. R. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Av. Enferm.**, Bogotá, v. 35, n. 2, p. 190-207, 2017. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.59637>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações para elaboração de propostas da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS**: maio a outubro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **Programa Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 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

\*Autor correspondente: [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)

durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 142, p. 1, 8 abr. 2005.

CARDOSO, F. J. C. et al. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais de saúde. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 9, p. 346-353, 2017. DOI: 10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201704. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.html>

CASTRO, A. Witnessing obstetric violence during fieldwork: notes from Latin America. **Health and Humans Rights**, Boston, v. 21, n. 1, p. 103-113, 2019.

CAVALCANTE, A. C. M. et al. Violência obstétrica: desvelando suas consequências. *In*: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA - CIAIQ, 7., Fortaleza. **Atas [...]**. Aveiro: Ludomedia, 2018. v. 2, p. 819-827. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1852/1802>. Acesso em: 20 mar. 2022.

CHAUÍ, M. Ética e violência no Brasil. **Bioethikos**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 378-383, 2011.

CIELLO, C. et al. **Violência obstétrica: “Parirás com dor”**: dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 564/2017**. Brasília: COFEN, c2021. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html/print](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html/print). Acesso em: 10 mar. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217 de 27/09/2018. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

DECARLI, M. O. Patriarcado e violência obstétrica: a vitalidade da estrutura patriarcal no ambiente do parto. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., Vitória. **Anais [...]**. Vitória: CRESS, 2018. v. 16, p. 1-17. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22874>. Acesso em: 10 mar. 2022.

DINIZ, C. S. G. et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 253-259, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>.

DINIZ, S. G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>.

DOMINGUES, R. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 52-62, 2004. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700006>.

\*Autor correspondente: [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)

FUJITA, J. A. L. M.; NASCIMENTO, P. L.; SHIMO, A. K. K. O enfrentamento da violência obstétrica e suas repercussões na prática de enfermeiras obstetras. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 12, p. 1360-1369, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i12a10845p1360-1369-2015>.

HCFAMEMA. **Materno infantil**. Marília: HCFamema, c2018. Disponível em: <http://testehc.famema.br/materno-infantil>. Acesso em: 10 mar. 2022.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 26, p. e3069, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>.

LIMA, T. M. M. **Violência obstétrica: as disputas discursivas e a luta das mulheres**. 2019. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/33886>. Acesso em: 12 mar. 2022.

LOPES, J. M.; DANTAS, W. R. S. **Violência obstétrica: uma análise jurídica acerca do instituto no estado do Tocantins**. São Paulo: Âmbito Jurídico, c2022. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/violencia-obstetrica-uma-analise-juridica-acerca-do-instituto-no-estado-do-tocantins>. Acesso em: 10 mar. 2022.

MAGALHÃES, J. Violência obstétrica. **Revista SOGESP**, São Paulo, v. 17, p. 35, 2014.

MARQUES, G. O.; OSÓRIO, F. C. **A violência obstétrica no cenário brasileiro e as percepções sociais e jurídicas relacionadas ao fenômeno**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Direito) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: [https://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2020/08/giovana\\_marques.pdf](https://www.pucrs.br/direito/wp-content/uploads/sites/11/2020/08/giovana_marques.pdf). Acesso em: 12 mar. 2022.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do pré-natal e nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032014000200003>.

MARTÍNEZ-GALIANO, J. M. et al. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: a cross-sectional study. **Women and Birth**, Amsterdam, v. 34, n. 5, p. e526-e536, 2021. DOI: [10.1016/j.wombi.2020.10.002](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002).

MARTINS, A. P. V. A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia do século XIX. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, p. 645-665, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300011>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORRISON, T. Primavera. In: MORRISON, T. **O olho mais azul**. São Paulo: Companhia das Letras, 1970. p. 105-189.

\*Autor correspondente: [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)

OLIVEIRA, L. L. F. et al. Violência obstétrica em serviços de saúde: constatação de atitudes caracterizadas pela desumanização do cuidado. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e38575, 2019. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.38575>.

OLIVEIRA, M. C.; MERCES, M. C. Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, p. 2483-2489, jun. 2017. Supl. 6. DOI: [10.5205/reuol.9799-86079-1-RV.1106sup201701](https://doi.org/10.5205/reuol.9799-86079-1-RV.1106sup201701).

PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 49, p. e174907, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>.

SANTOS, R. C. S.; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015.

SÃO PAULO (Estado). Defensoria Pública. **Conversando sobre violência obstétrica**. São Paulo: Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2015.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. F. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, p. e170915, 2019a. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170915>.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. F. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, p. e180487, 2019b. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180487>.

SHRIVASTAVA, S.; SIVAKAMI, M. Evidence of ‘obstetric violence’ in India: an integrative review. **J. Biosoc. Sci.**, Cambridge, v. 52, n. 4, p. 610-628, 2020. DOI: [10.1017/S0021932019000695](https://doi.org/10.1017/S0021932019000695).

VÁSQUEZ, G. Maternidade e feminismo: notas sobre uma relação plural. **Revista Trilhas da História**, Três Lagoas, v. 3, n. 6, p. 167-181, 2014.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 29, p. e155043, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>.

\*Autor correspondente: [kaji.mie.f@gmail.com](mailto:kaji.mie.f@gmail.com)