



Artigo

Repensando o Nascimento como um Direito Integral na Luta contra a Violência Obstétrica no Brasil

Rethinking Birth as a Comprehensive Right in the Fight against Obstetric Violence in Brazil

Reconsiderando el Nacimiento como un Derecho Integral en la Lucha contra la Violencia Obstétrica en Brasil

Jessica Corrêa Pantoja¹

Centro Universitário Internacional, Curitiba, PR.

<https://orcid.org/0000-0001-5714-7909>✉ jessicacorreapantoja@gmail.com**Mateus Batista Batisti²**

Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO.

<https://orcid.org/0009-0008-7491-5699>✉ mbatisti96@gmail.com**Maria Clara de Araújo Rodrigues Pereira³**

Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO.

<https://orcid.org/0000-0001-9383-4650>✉ pereiramariaclarafil@gmail.com

Submissão em: 29/02/24

Revisão em: 17/05/24

Aprovação em: 18/05/24

Resumo

Objetivo: analisar o impacto da ausência de legislação federal e normativas na mitigação da violência obstétrica no Brasil, por meio de uma análise crítica, com ênfase na regulação legal. **Metodologia:** inicialmente, realizou-se uma revisão narrativa de abordagem quali-quantitativa e exploratória-descritiva nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e da Scientific Electronic Library Online, no período entre 2018 e 2023. Os artigos foram selecionados utilizando descritores do Medical Subject Headings, como “obstetric violence” e “violence against women”, combinados através do operador booleano “AND”. Posteriormente, foi conduzida uma pesquisa documental buscando consultar a legislação estadual vigente no Brasil e identificar possíveis lacunas. **Resultados:** Identificou-se uma lacuna considerável em relação à violência obstétrica e à conscientização limitada sobre os direitos à autonomia das mulheres, que são preocupações evidentes. Em relação às legislações estaduais analisadas, 14 fazem menção à “violência obstétrica” e 8 abordam a “humanização do parto”. Dessas, 19 têm caráter informativo, 28 são preventivas e 2 são punitivas. **Considerações Finais:** A ausência de consenso na definição da violência obstétrica e a escassa capacitação dos profissionais de saúde resultam em práticas obsoletas. A elevada taxa de cesarianas desnecessárias e a carência de estudos sobre mulheres quilombolas e indígenas são preocupantes. No âmbito jurídico, a falta de compreensão por parte dos magistrados e a fragmentação das legislações estaduais representam desafios significativos. Torna-se crucial adotar uma abordagem multidisciplinar e políticas públicas claras para

¹ Bacharela em Saúde, Centro Universitário Internacional, Curitiba, PR, Brasil.

² Bacharel em Direito, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO, Brasil.

³ Mestra em Filosofia, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO, Brasil.

prevenir essa violência e assegurar uma assistência ao parto segura e centrada nas necessidades das mulheres.

Palavras-chave: Direitos Sexuais e Reprodutivos; Parto Humanizado; Saúde da Mulher; Violência de Gênero; Violência Obstétrica.

Abstract

Objective: To analyze the impact of the absence of federal legislation and regulations on the mitigation of obstetric violence in Brazil through a critical analysis, with emphasis on legal regulation.

Methodology: Initially, a narrative review with a qualiquantitative and exploratory-descriptive approach was conducted on the databases of the Virtual Health Library and the Scientific Electronic Library Online, between 2018 and 2023. Articles were selected using Medical Subject Headings descriptors such as “obstetric violence” and “violence against women”, combined with the boolean operator “AND”. Subsequently, a documentary search was conducted to consult the current state legislation in Brazil and identify possible gaps. **Results:** A considerable gap was identified regarding obstetric violence and limited awareness of women's autonomy rights, which are evident concerns. Regarding the analyzed state laws, 14 mention “obstetric violence” and 8 address “humanization of childbirth”. Of these, 19 are informative, 28 are preventive, and 2 are punitive. **Final Considerations:** The lack of consensus in defining obstetric violence and the scarce training of healthcare professionals result in obsolete practices. The high rate of unnecessary cesarean sections and the lack of studies on quilombola and indigenous women are concerning. In the legal sphere, the lack of understanding by judges and the fragmentation of state legislation represent significant challenges. It is crucial to adopt a multidisciplinary approach and clear public policies to prevent this violence and ensure safe and woman-centered childbirth care.

Keywords: Sexual and Reproductive Rights; Humanized Birth. Women's Health; Gender Violence; Obstetric Violence.

Resumen

Objetivo: Analizar el impacto de la ausencia de legislación federal y normativas en la mitigación de la violencia obstétrica en Brasil mediante un análisis crítico, con énfasis en la regulación legal.

Metodología: Inicialmente, se realizó una revisión narrativa con enfoque cualicuantitativo y exploratorio-descriptivo en las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud y la Scientific Electronic Library Online, entre 2018 y 2023. Se seleccionaron artículos utilizando descriptores del Medical Subject Headings como “obstetric violence” y “violence against women”, combinados con el operador booleano “AND”. Posteriormente, se realizó una búsqueda documental para consultar la legislación estatal vigente en Brasil e identificar posibles lagunas. **Resultados:** Se identificó una brecha considerable en relación con la violencia obstétrica y la conciencia limitada de los derechos de autonomía de las mujeres, que son preocupaciones evidentes. En cuanto a las leyes estatales analizadas, 14 mencionan “violencia obstétrica” y 8 abordan la “humanización del parto”. De estas, 19 son informativas, 28 son preventivas y 2 son punitivas. **Consideraciones Finales:** La falta de consenso en la definición de la violencia obstétrica y la escasa formación de los profesionales de la salud resultan en prácticas obsoletas. La alta tasa de cesáreas innecesarias y la falta de estudios sobre mujeres quilombolas e indígenas son preocupantes. En el ámbito legal, la falta de comprensión por parte de los jueces y la fragmentación de la legislación estatal representan desafíos significativos. Es crucial adoptar un enfoque multidisciplinario y políticas públicas claras para prevenir esta violencia y garantizar una atención al parto segura y centrada en las necesidades de las mujeres.

Palabras clave: Derechos Sexuales y Reprodutivos; Parto Humanizado; Salud de la Mujer; Violencia de Género; Violencia Obstétrica.

Introdução

A trajetória do Brasil, ao longo das últimas três décadas, tem sido marcada por significativas transições demográficas, socioeconômicas e de infraestrutura urbana, influenciando diretamente a qualidade de vida dos cidadãos. No âmbito da saúde, o país passou por uma transição para um sistema de saúde unificado, marcado por mudanças substanciais nas políticas de saúde e pelo notável crescimento da atenção primária. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto da luta pela Reforma Sanitária brasileira, que envolveu intensas disputas políticas e uma participação ativa dos movimentos sociais nos órgãos de controle social. No entanto, apesar dos avanços alcançados, persistem desafios significativos, especialmente no que concerne à atenção à saúde materna e obstétrica^(1,2).

Nesse contexto, a violência obstétrica (VO) emerge como uma questão crítica, sendo definida como um conjunto de ações perpetradas contra mulheres ao longo de todas as fases da gestação. Essas ações abrangem aspectos de natureza sexual, física, psicológica e verbal, além de omissões, discriminação e procedimentos intervencionistas desnecessários. A VO não apenas evidencia uma falha no sistema de saúde, mas também constitui uma violação dos direitos humanos, refletindo preconceitos de gênero e hierarquias culturais. Ressalta-se que essa forma de violência geralmente afeta mulheres pobres, negras e com baixa escolaridade, que são usuárias do sistema de saúde pública⁽³⁻⁵⁾.

O termo “violência obstétrica”, advindo do movimento de mulheres, atualmente é usado para tipificar e agrupar formas variadas de violência, agressões e omissões praticadas na gestação, no parto, no puerpério e no atendimento às situações de abortamento. Inclui maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos considerados na literatura médica como desnecessários e danosos, entre os quais a cesariana sem evidência clínica. Outros termos, como violência institucional e de gênero, violência no parto e violência na assistência obstétrica, circulam no mesmo campo semântico para expressar as agressões e negligências durante o ciclo gravídico-puerperal. Nesse sentido, é possível inferir que a violência obstétrica “representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde”⁽⁵⁾.

Apesar do crescente reconhecimento da VO como um grave problema de saúde pública, o Brasil ainda carece de uma legislação federal específica. Essa lacuna não apenas desencoraja denúncias, mas também perpetua a vulnerabilidade das mulheres diante desse cenário. Diante desses desafios, torna-se essencial enfatizar o aumento da consciência social e acadêmica sobre essa questão, ressaltando a necessidade premente de investimentos em educação e capacitação. Tais investimentos são fundamentais para prevenir o tipo de violência de maneira eficaz, garantindo o respeito integral aos direitos das mulheres^(3,4,6).

Diante desse contexto, torna-se fundamental a análise do impacto advindo da ausência de legislação federal e da carência de normativas para a promoção da mitigação dessas práticas no cenário brasileiro. Portanto, o escopo deste estudo reside na análise crítica da situação da VO no Brasil, com destaque para sua regulação legal.

Metodologia

Para conduzir esta revisão e pesquisa documental, a priori, fundamentamos nossa pesquisa em questionamentos essenciais: “Qual é o impacto da ausência de legislação federal e a falta de normativas para a promoção da mitigação da VO no cenário brasileiro?” e “Como as disparidades regionais e a

falta de legislação abrangente influenciam a manifestação da VO no Brasil?”. Estas indagações foram elaboradas conforme o modelo Population, Intervention, Comparison, Outcome (PICO), uma estrutura versátil para a construção de questões de pesquisa em diversas áreas⁽⁷⁾.

A aplicação do modelo PICO oferece uma abordagem organizada, permitindo a formulação de perguntas de pesquisa que direcionam a busca por informações cruciais. Uma pergunta de pesquisa bem elaborada não apenas orienta a identificação de evidências essenciais, mas também maximiza a recuperação dessas evidências nas bases de dados. Além disso, esse método concentra de maneira precisa o escopo da pesquisa, prevenindo buscas desnecessárias e garantindo a pertinência das informações coletadas⁽⁷⁾.

No contexto metodológico, destaca-se a complementaridade entre abordagens quantitativas e qualitativas, assim como entre objetividade e subjetividade, que não devem ser reduzidas a uma simples dicotomia. É preferível compreendê-las como um continuum, no qual tais abordagens se complementam ao invés de se oporem. Ademais, a análise das relações sociais, um dos principais focos deste estudo, deve considerar sua totalidade, incluindo aspectos mais “ecológicos” e concretos, bem como explorar seus significados mais essenciais. Nesse sentido, uma investigação quantitativa pode suscitar questões que exijam uma análise mais aprofundada qualitativamente, e vice-versa. Portanto, a integração dessas abordagens enriqueceu significativamente a compreensão de fenômenos complexos e multifacetados abordados ao longo desta pesquisa⁽⁸⁻¹¹⁾.

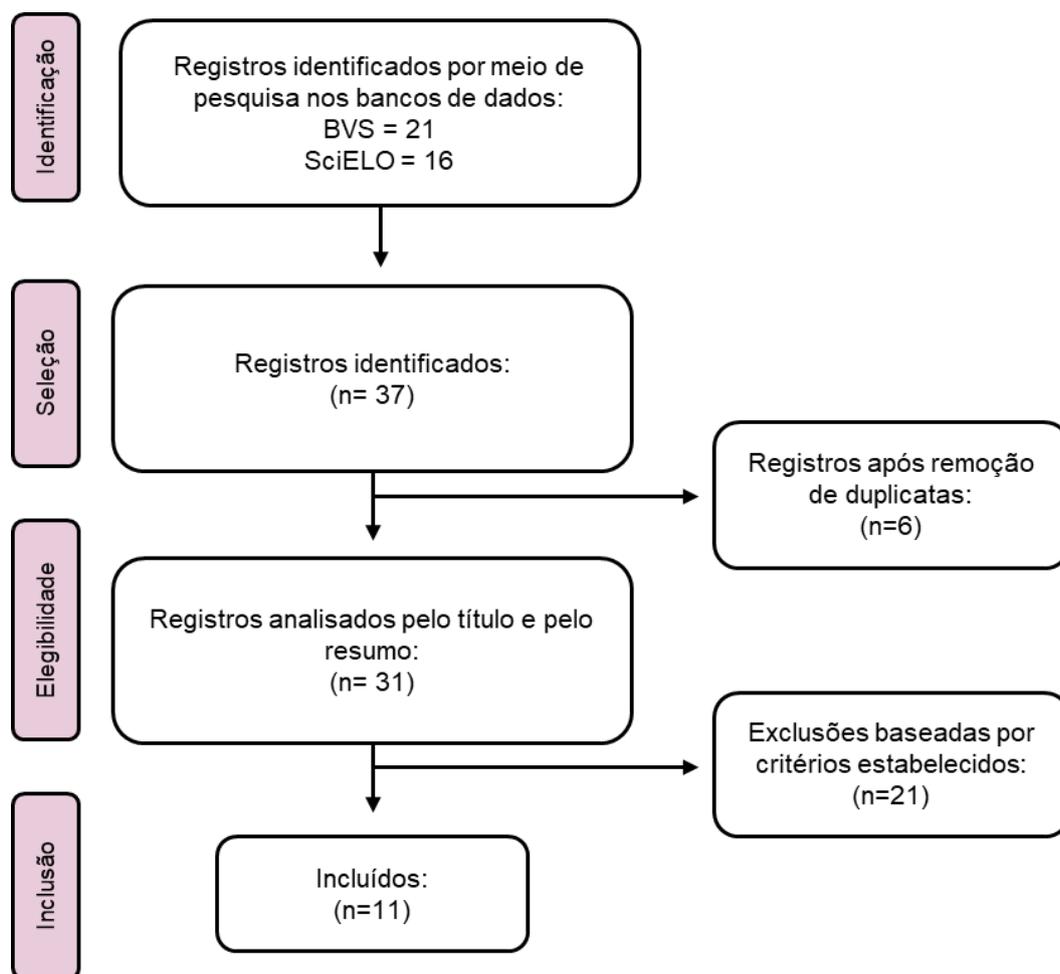
Estratégia de pesquisa

A pesquisa, conduzida em agosto de 2023, adotou abordagem quali-quantitativa e exploratória-descritiva para aprofundar a investigação sobre a temática. Foram incluídos artigos integralmente disponíveis, estritamente relacionados ao escopo do estudo e publicados em português, inglês ou espanhol, indexados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO), entre 2018 e agosto de 2023. A seleção dos artigos utilizou descritores do Medical Subject Headings (MeSH), “obstetric violence” e “violence against women”, com a combinação realizada pelo operador booleano “AND”.

Excluíram-se, automaticamente, estudos do tipo guia de prática clínica, por não conterem componentes significativos de pesquisa qualitativa ou descritiva cruciais para esta revisão. Da mesma forma, foram excluídos estudos diagnósticos, de etiologia e de rastreamento, devido à falta de uma contribuição substancial para a revisão narrativa e exploratória. Adicionalmente, realizou-se a exclusão de duplicatas e estudos que extrapolavam a temática proposta, bem como daqueles com duplicidade, considerando que o enfoque principal é a VO, evitando estudos vinculados à violência contra a mulher na fase gestacional que, embora pertinentes, não se alinham aos objetivos específicos delineados.

Na pesquisa foram encontrados 37 estudos, sendo 21 na BVS e 16 na SciELO. Destes, 11 estudos preencheram os critérios estabelecidos de elegibilidade, sendo compreendidos para realização da primeira parte do estudo, que acreditamos ter sido fundamental a realização da revisão. As etapas do processo de seleção de artigos para revisão narrativa são demonstradas detalhadamente no fluxograma disponível na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma da seleção e triagem dos estudos incluídos.



Fonte: Autoria própria.

Além disso, dado o claro imperativo de consultar a legislação estadual vigente no Brasil para identificar eventuais lacunas locais, para além da revisão narrativa, procedemos a uma pesquisa documental nos portais do Congresso Nacional e das Assembleias Legislativas estaduais. Essa etapa objetivou identificar propostas legislativas, projetos de lei e debates relativos à VO, empregando as palavras-chave “violência obstétrica”, “parto humanizado” e “humanização do parto”. As normativas estaduais foram selecionadas a partir da análise das ementas e, na presença de múltiplas leis no mesmo estado, todas foram incorporadas ao levantamento. elas foram classificadas da seguinte forma: a) de natureza informativa, aquelas que fornecem conceitos e definições, descrevendo os tipos de condutas e seus impactos; b) de natureza preventiva, as quais estabelecem objetivos voltados para a prevenção e o combate, podendo ou não indicar ações a serem implementadas; e c) de natureza punitiva, as quais visam responsabilizar os perpetradores da violência, incluindo gestores de saúde, diretores clínicos ou responsáveis por estabelecimentos de saúde. A análise desses documentos complementou o estudo, proporcionando uma visão atualizada das discussões políticas em torno desse tema crucial.

Resultados e Discussão

Análise de literatura

Os resultados demonstraram uma lacuna significativa no que remete à produção de estudos jurídicos voltados à VO. Dos poucos artigos encontrados sobre o tema, apenas dois abordaram questões jurídicas específicas, destacando a carência de análises nesse campo^(12,13).

Uma análise detalhada revelou que a maioria dos estudos existentes se concentra nos relatos das mulheres, além de uma total ausência de estudos advindos da Região Norte e Centro-Oeste do país⁴. Essa falta de informação, além da consciência do próprio direito à autonomia, é um aspecto notável e preocupante identificado na literatura revisada, totalizando sete artigos^(14–20).

Por outro lado, apenas dois estudos abordaram as perspectivas e desafios dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos obstetras, em relação à identificação e enfrentamento da objeção de consciência, destacando o corporativismo e as dificuldades éticas enfrentadas por essa categoria^(21,22).

As características dos estudos incluídos nesta revisão são notáveis, sendo que 11 artigos preencheram os critérios de elegibilidade para inclusão no presente estudo, abrangendo uma variedade de desenhos de pesquisa, incluindo seis estudos observacionais^(12,14,15,18–20), dois estudos prognósticos^(17,21), dois estudos transversais^(16,22) e uma revisão de literatura⁽¹³⁾. É importante ressaltar que todos os estudos selecionados são originários do Brasil, refletindo a abordagem local da análise sobre VO em contextos estruturais específicos.

Legislações Estaduais

No que diz respeito às legislações, estas foram identificadas de acordo com categorias previamente definidas, abrangendo naturezas informativas, preventivas e/ou punitivas, podendo algumas delas possuir uma natureza dúplice ou tríplice, como pode ser observado na Tabela 1. É importante ressaltar que tais categorias não são mutuamente exclusivas.

Tabela 1. Classificação das legislações estaduais de acordo com sua natureza.

| Estados | Lei | Natureza das Leis | | |
|------------------|---------------------|-------------------|------------|----------|
| | | Informativa | Preventiva | Punitiva |
| Acre | Lei n.º 3.169/2016 | ✓ | ✓ | |
| Amapá | Lei n.º 2.713/2022 | | ✓ | |
| Amazonas | Lei n.º 4.848/2019 | ✓ | ✓ | |
| Ceará | Lei n.º 16837/2019 | ✓ | ✓ | |
| Distrito Federal | Lei n.º 6144/2018 | ✓ | ✓ | |
| | Lei n.º 6290/2019 | | ✓ | |
| Espírito Santo | Lei n.º 11.212/2020 | | ✓ | |
| Goiás | Lei n.º 19.790/2017 | ✓ | ✓ | |
| | Lei n.º 21.858/2023 | | | |

⁴ A Região Norte possui 17,3 milhões de habitantes, representando 8,5% da população total do país, enquanto a Região Centro-Oeste tem 16,3 milhões de habitantes, correspondendo a 8,0% da população nacional. Mulheres são maioria em todas as grandes regiões do Brasil, totalizando 51,5% da população. 45,3% se declaram pardos, 10,2% pretos e 0,8% indígenas. Esta discrepância é preocupante, dada a significativa população dessas regiões⁽⁹⁷⁾.

| | | | | |
|---------------------------|---------------------|---|---|---|
| Maranhão | Lei n.º 12.188/2023 | ✓ | ✓ | |
| | Lei n.º 10.676/2018 | | ✓ | |
| Mato Grosso | Lei n.º 11.492/2021 | | ✓ | |
| | Lei n.º 5.217/2018 | ✓ | ✓ | |
| Mato Grosso do Sul | Lei n.º 5.568/2020 | ✓ | ✓ | |
| | Lei n.º 5.491/2020 | | ✓ | |
| Minas Gerais | Lei n.º 23.175/2018 | ✓ | ✓ | |
| Pará | Lei n.º 9.666/2022 | | ✓ | |
| | Lei n.º 10.548/2015 | ✓ | ✓ | |
| Paraíba | Lei n.º 12.002/2021 | | ✓ | |
| Paraná | Lei n.º 19.701/2017 | ✓ | ✓ | ✓ |
| Pernambuco | Lei n.º 16.499/2018 | ✓ | ✓ | ✓ |
| Piauí | Lei n.º 7.750/2022 | ✓ | ✓ | |
| Rio de Janeiro | Lei n.º 9.238/2021. | | ✓ | |
| Rondônia | Lei n.º 4.173/2017 | ✓ | ✓ | |
| Roraima | Lei n.º 1.378/2020 | ✓ | ✓ | |
| Santa Catarina | Lei n.º 18.322/2022 | ✓ | ✓ | |
| São Paulo | Lei n.º 17.431/2021 | ✓ | ✓ | |
| | Lei n.º 3.385/2018 | ✓ | ✓ | |
| Tocantins | Lei n.º 3.674/2020 | ✓ | ✓ | |

Fonte: Autoria própria.

Dos estados que possuem legislação específica, foi possível encontrar leis em estados das diferentes regiões do Brasil: Região Norte (n=7) (Amazonas⁽²³⁾, Pará⁽²⁴⁾, Acre⁽²⁵⁾, Roraima⁽²⁶⁾, Rondônia⁽²⁷⁾, Amapá⁽²⁸⁾ e Tocantins^(29,30)), Região Centro-Oeste (n=4), (Goiás^(31,32), Mato Grosso⁽³³⁾, Mato Grosso do Sul⁽³⁴⁻³⁶⁾ e o Distrito Federal^(37,38)), Região Nordeste (n=5), (Ceará⁽³⁹⁾, Maranhão⁽⁴⁰⁾, Paraíba^(41,42), Pernambuco⁽⁴³⁾ e Piauí⁽⁴⁴⁾), Região Sudeste (n=4) (São Paulo⁽⁴⁵⁾, Rio de Janeiro⁽⁴⁶⁾, Espírito Santo⁽⁴⁷⁾ e Minas Gerais⁽⁴⁸⁾) e Região Sul (n=2) (Paraná⁽⁴⁹⁾ e Santa Catarina⁽⁵⁰⁾). Apenas não foram encontradas leis estaduais nos estados (n=4) da Bahia, Sergipe, Rio Grande do Sul e Rio Grande do Norte.

Quanto ao uso do termo “violência obstétrica”, 14 estados o empregam na ementa ou no texto, e oito utilizam a expressão “humanização do parto” ou “parto humanizado”. Dessas, 19 leis têm caráter informativo, 28 têm caráter preventivo e dois têm caráter punitivo.

Foram classificadas como de natureza informativa 19 leis estaduais que abordam os conceitos da VO, exemplificam e descrevem tanto essa forma de violência quanto a humanização do parto. Já as 28 leis estaduais de natureza preventiva estabelecem ações de intervenção e prevenção, incluindo a instituição de dias ou semanas de combate à VO e à humanização do parto, além da determinação de fixação de placas informativas. As duas leis de natureza punitiva se limitam a advertências e multas.

Terminologia e Perspectiva dos Profissionais de Saúde

Na literatura, observa-se uma falta de consenso quanto à terminologia e definição que melhor representam os atos de desrespeito, abuso, maus-tratos e violência contra a mulher durante o ciclo gravídico e puerperal. Os termos mais comuns incluem “Desrespeito e abuso no parto em instalações de saúde”, “Maus-tratos a mulheres durante o parto em unidades de saúde” e “Violência obstétrica” (tradução nossa) ^(51,52).

Contudo, o termo “violência obstétrica” tem enfrentado resistência entre os profissionais de saúde, sobretudo no Brasil, devido à sua associação com a medicalização do parto. Enquanto alguns atos podem ser claramente identificados como violência, outros estão relacionados a procedimentos médicos rotineiros, levantando questões sobre a definição ideal de assistência ao parto. Essa falta de consenso na terminologia e definição desses atos, aliada à ausência de um instrumento validado para mensurá-los, torna os estudos epidemiológicos complexos e de difícil comparação ^(17,51–55).

Conforme evidenciado em um estudo conduzido por Terribile e Sartorão Filho⁽²²⁾, surge uma dificuldade associada ao uso da terminologia de VO, com 73,9% dos médicos obstetras participantes expressando preocupação em relação ao seu emprego. Dentro desse grupo, 68,9% acreditam que ela parece inadequada, tendenciosa e injusta. Ademais, 70,5% consideraram que sua divulgação na mídia pode ser prejudicial para a relação médico-paciente. Por outro lado, apenas 25,1% discordaram que sua utilização possa ser nociva.

Em muitos casos, os profissionais de saúde não identificam certos comportamentos como formas de VO devido a fatores que surgem durante o ensino médico. Conforme destacado por Pantoja⁽⁵⁶⁾, o ensino é formal, tradicional e individualista, carecendo de estímulos para promover mudanças na realidade. Isso resulta na falta de desenvolvimento de uma relação médico-paciente mais profunda, na ausência de práticas implementadas em unidades de saúde desde o início do curso e na falta de contato efetivo com a comunidade. Esses fatores levam à naturalização de práticas rotineiras ou tradicionais e à falta de consciência sobre os direitos das mulheres durante o parto, além da escassez de formação adequada sobre o tema. A dificuldade em aceitar e reconhecer essa violação pode criar obstáculos significativos para a implementação de medidas eficazes de prevenção e intervenção^(21,53,55,57).

Atualmente, do ponto de vista da medicina ocidental, o positivismo é estabelecido como o paradigma hegemônico do conhecimento, o que resulta em uma crescente especialização disciplinar e fragmentação do conhecimento. Esse modelo prioriza a dimensão biológica do ser humano em detrimento do conhecimento e da subjetividade, além de separar os domínios físicos e abstratos⁽⁵⁶⁾.

Adicionalmente, há posicionamentos associados ao protecionismo de classe, nos quais se percebe uma perspectiva paternalista tanto no parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM) quanto no despacho do Ministério da Saúde (MS), evidenciando uma falta de sintonia com as demandas contemporâneas por autonomia das mulheres^(53,54,58). Uma postura mais humanizada na assistência obstétrica, considerando as necessidades e preocupações dos pacientes, é essencial, sendo que a decisão sobre o parto deve ser compartilhada entre médico e paciente⁽⁵⁹⁾. Rego⁽⁶⁰⁾ acrescenta que este é o momento para uma prática médica fundamentada no diálogo, na compreensão e no respeito mútuo,

representando uma crítica significativa à abordagem retórica e conservadora, destacando a necessidade de uma bioética interdisciplinar e crítica.

Assistência ao Parto no Brasil: entre Dados e Vivências

Considerando o panorama brasileiro, é pertinente começar a análise pelo viés das experiências das mulheres, sendo uma das poucas fontes disponíveis a pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada com 23.940 puérperas em 266 hospitais de todos os estados do país, entre 2011 e 2012. Dentre as diversas constatações dessa pesquisa, destaca-se que o índice de cesarianas no país ultrapassa em mais de três vezes o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), atingindo 51,9% no total, com 42,9% no setor público e 87,9% no setor privado, enquanto a taxa ideal de cesarianas deve situar-se em torno de 15% dos partos^(20,61–64).

Outro dado relevante da pesquisa é que aproximadamente 72% das brasileiras expressaram o desejo por um parto normal no início da gravidez, embora menos de 43% tenham realizado esse tipo de parto. Essa discrepância é ainda mais evidente na rede privada, onde o percentual de cesarianas chega a 90%, enquanto na rede pública é de quase 45%^(20,61–64).

Ao realizar uma análise em estudos mais recentes e específicos conduzidos por diferentes regiões, nota-se que a maioria deles foi encontrada no Nordeste (n=3). O conduzido por Medeiros e Nascimento⁽¹⁸⁾ em uma Unidade Básica de Saúde na região semiárida do Rio Grande do Norte revelou que a maioria das entrevistadas não estava familiarizada com o termo “violência obstétrica”, o que dificultava a identificação clara das violências sofridas. Contudo, suas narrativas revelaram indícios de negligência e VO, incluindo a falta de acompanhante, realização de exames dolorosos e violação de direitos.

Os pesquisadores Oliveira et al.⁽¹⁹⁾ apresentaram dados preocupantes, revelando que todas as 291 mulheres entrevistadas em hospitais de ensino no município de Maceió (AL), destinados à gestação de alto risco durante o período de 2018, foram vítimas de ao menos uma forma de VO. Essas formas variaram amplamente, tanto em partos vaginais quanto cesarianas. As práticas abusivas incluíram restrição alimentar e hídrica, administração de ocitocina sintética por via venosa, falta de oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor, exposição a toques vaginais consecutivos por diferentes profissionais, realização de amniotomia, além da restrição total de movimentos e mudança de posição, tricotomia e lavagem gástrica.

Anuniação et al.⁽¹⁴⁾ também revisitaram uma realidade preocupante para mulheres em contextos socioeconômicos desfavorecidos em São Luís (MA), caracterizados por baixa escolaridade e falta de informação sobre os serviços de saúde disponíveis. Um aspecto alarmante destacado foi a demora no atendimento, frequentemente associada à necessidade de percorrer diferentes unidades de saúde em busca de assistência adequada durante o trabalho de parto. A negligência por parte dos profissionais de saúde também emergiu como uma causa significativa de óbito neonatal, indicando deficiências na tomada de decisões e na prestação de cuidados médicos apropriados.

Na Região Sudeste, que abrange a outra parte dos estudos mais recentes na busca realizada (n=2), observa-se uma situação semelhante, conforme relatado pelos autores Dornelas et al.⁽¹⁵⁾, mais especificamente no município de Ribeirão Preto, onde 66,2% das mulheres foram expostas a situações de abuso, desrespeito e maltrato (ADM), conforme destacado pelos autores, que evitaram o uso da terminologia adequada. Destaca-se que apenas 8,3% das mulheres afirmaram ter percebido essas situações. Nesse contexto, também foi evidenciada principalmente a violação da Lei Federal n.º

11.108⁽⁶⁵⁾, que, em seu artigo 19, garante a presença de um acompanhante junto à parturiente durante todo o período de trabalho de parto, o parto e pós-parto imediato, nesse caso se evidencia similaridade com os estudos dos autores Oliveira et al.⁽¹⁹⁾.

Por meio da exposição “Sentidos do Nascer” realizada em Minas Gerais (BH), foi possível analisar as experiências de parto de mulheres que visitaram o evento, o que revelou uma taxa de 12,6% de VO, conforme relatado por Lansky et al.^(16,66). Contudo, é fundamental salientar que esse número pode estar subestimado devido ao desconhecimento das mulheres sobre práticas abusivas. Além disso, a dificuldade de reconhecimento está associada à falta de informação e à cultura de submissão na assistência ao parto. Destaca-se ainda a influência negativa de fatores socioeconômicos e do estado civil na manifestação de denúncias (Figura 2).

Figura 2. É fundamental expandir o debate sobre questões relacionadas ao nascimento no Brasil. Obter uma análise crítica da hipermedicalização do parto, da diminuição do protagonismo da mulher e da comercialização do parto é precisamente o objetivo proposto pela exposição “Sentidos do Nascer”.



Fonte: Exposição “Sentidos do Nascer”⁽⁶⁷⁾.

Por fim, além da carência de dados em âmbito nacional sobre as práticas de saúde tradicionais e as concepções de corpo e saúde presentes nas comunidades indígenas e quilombolas, as escassas

informações disponíveis também evidenciam casos de práticas prejudiciais no parto, revelando um claro exemplo de racismo institucional⁽⁶⁸⁾. Nesse cenário, destaca-se um desalinhamento entre os princípios das políticas de saúde, que estão voltadas para o individualismo moderno, e as perspectivas comunitárias e relacionais dessas lideranças. Essa disparidade resulta em intervenções biomédicas que não consideram as particularidades socioculturais das mulheres, prejudicando sua saúde e bem-estar^(69–72).

Perspectivas Jurídicas para a Promoção da Integralidade da Saúde das Mulheres no Brasil

No âmbito jurídico, o acesso crescente à informação desempenha um papel crucial na mudança de postura, refletida no aumento das denúncias e demandas judiciais relacionadas à VO. Embora haja um crescente debate sobre o tema, este ainda é pouco discutido e amplamente invisibilizado. Esta forma de violência se manifesta em um momento extremamente delicado, durante a gravidez e o parto, impactando não apenas os direitos e a dignidade das parturientes, mas também os do nascituro. É importante destacar que a maior incidência desse tipo de violência ocorre em ambientes hospitalares públicos, nos quais as usuárias, predominantemente, são mulheres negras e de baixa renda. Entretanto, ao analisar os casos judiciais, constata-se o desconhecimento dos magistrados sobre o tema, o que, por vezes, resulta na mitigação dos direitos das mulheres pelo próprio Poder Judiciário^(5,13).

Analisando 84 acórdãos do sul do Brasil, as autoras Schiocchet e Aragão⁽¹²⁾ investigaram 12 julgados em seu inteiro teor. Os resultados revelaram que a maioria das ações está relacionada à responsabilização civil e ao reconhecimento de dano moral, com ênfase nos processos envolvendo profissionais médicos. Dentro desse contexto, foram identificados “estereótipos normativos” e “definições persuasivas” em diversas categorias discursivas, evidenciando limitações na argumentação jurídica e na coerência das decisões avaliadas.

Notou-se que a ausência de uma fundamentação sólida e a tendência ao uso desses estereótipos comprometem a integridade do sistema jurídico, tornando-o vulnerável e prejudicando o acesso à justiça para as gestantes afetadas pela VO. Assim, esses resultados ressaltam a necessidade de uma abordagem mais crítica e cuidadosa por parte dos tribunais, visando garantir uma maior consistência e justiça nas decisões relacionadas a essa questão sensível⁽¹²⁾.

No tocante às legislações estaduais, é evidente a ausência de alguns estados e a persistente dificuldade no uso da terminologia adequada. Esta é frequentemente substituída por “humanização do parto”, um conceito que abrange comportamentos, procedimentos, ações e saberes direcionados ao desenvolvimento saudável dos procedimentos de parto e nascimento, através do respeito a individualidade e promoção da valorização das mulheres. No entanto, nota-se uma lacuna no aspecto estrutural que aborda e perpetua a VO. Simultaneamente, há relatos de inúmeras mulheres que não têm consciência do que viveram durante os partos, momento este que deveria ser vivenciado positivamente e não adversa⁽⁷³⁾.

Observa-se, principalmente, uma tentativa de assegurar a proteção abrangente da saúde das mulheres ao analisar explicitamente o esforço para vetar a Lei n.º 5.491/2020 do Mato Grosso do Sul. Foram utilizados o parecer do CFM e o despacho do MS, que definem uma clara forma de violação, considerando a suposta “proliferação” de leis sobre “violência obstétrica” no Brasil^(54,58,60,74). Essa tentativa de veto não considera completamente os relatos e dados já existentes há anos, não só no Brasil, mas também no mundo. Por exemplo, na Venezuela, a Ley Orgánica sobre el Derecho de las

Mujeres a una Vida Libre de Violencia⁽⁷⁷⁾, além de ter sido pioneira ao reconhecer o termo que existe desde 2000 na América Latina⁽⁷⁵⁾, também definiu e descreveu a VO^(76,77).

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por pessoal de saúde, que se manifesta em um tratamento desumanizador, em um abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, resultando na perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (tradução nossa)⁽⁷⁷⁾.

O primeiro país a promulgar uma legislação voltada para o parto humanizado em 2004, posteriormente, também abordando a VO em 2009, como resposta aos casos alarmantes de violação contra a mulher, cada uma com sua própria regulamentação, foi a Argentina. A primeira delas é a Lei 25.929/2004, conhecida como Ley de Parto Humanizado, que estabelece uma série de direitos das mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto⁽⁷⁸⁾. A segunda legislação é a Lei 26.485/2009, que trata da violência de gênero e inclui especificamente a VO⁽⁷⁹⁾. Além disso, desde 2009, políticas públicas como as Maternidad Segura y Centrada en la Familia foram implementadas, visando aprimorar a experiência perinatal^(80,81).

Violência obstétrica: é aquela praticada pelo pessoal de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, manifestada em um tratamento desumano, um abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, de acordo com a Lei 25.929 (tradução nossa)⁽⁷⁹⁾.

Já no México, a Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia⁽⁸²⁾, em vigor desde 2007, opera ao nível federal⁵. No entanto, carece de uma menção específica à VO, havendo atualmente um projeto de lei em tramitação para sancioná-la, situação que se assemelha à do Brasil. É importante ressaltar que o apoio das parteiras foi fundamental para promover mudanças no cuidado obstétrico em resposta às preocupações sociais sobre essa forma específica de violência. Esse movimento destacou padrões de violência estrutural que influenciaram as práticas e atitudes médicas em relação às mulheres. Muitos médicos, em colaboração com parteiras e ativistas, reconheceram a necessidade de reformas nos sistemas hospitalares que impactam o tratamento das mulheres^(80,83).

Assim, no âmbito nacional, a análise da legislação brasileira atual revela uma abordagem fragmentada em relação à VO, evidenciando a ausência de uma definição precisa e de medidas preventivas específicas. Embora o Código Penal Brasileiro contenha dispositivos aplicáveis a casos de VO, como agressões físicas e verbais que podem ocorrer durante o parto, há uma carência de uma delimitação precisa do conceito.

Por outro lado, embora alguns estados possuam legislações específicas, seja para tratar da VO ou para promover a humanização do parto, observa-se uma diversidade de enfoques em relação à saúde materna e à assistência ao parto. Muitas vezes, tais normativas não atendem totalmente às necessidades das mulheres. Reconhecendo a importância dessas medidas, é notável a falta de complementações em

⁵ Complementa-se que, entre os 10 estados federados do México que possuem legislação sobre violência de gênero contra a mulher, apenas 3 deles tipificam a VO, são eles: Chiapas, Veracruz e Guerrero (98).

várias delas, as quais não consideram adequadamente as especificidades regionais, especialmente em relação aos índices e à desigualdade na distribuição dos serviços de saúde, além da insuficiência de capacitação contínua e de profissionais que ainda são protegidos por interesses corporativos, em vez de estarem alinhados com as exigências contemporâneas de saúde integral das mulheres.

Percebe-se, há mais de duas décadas no Brasil, um descaso em relação ao tema, uma vez que a situação já é reconhecida como um problema de saúde pública. O Projeto de Lei 2373/2023⁽⁸⁴⁾ aguarda pauta na Câmara dos Deputados como uma tentativa atual de lidar com essa questão. No entanto, desde 2014, o Projeto de Lei 7633/2014⁽⁸⁵⁾ está estagnado, evidenciando uma década de atraso na legislação brasileira para abordar as práticas prejudiciais no parto. Contudo, para que se torne uma pauta efetiva, é necessário envolver uma quantidade considerável de atores, tornando o seu conceito intersubjetivo. Essa integração é fundamental para estabelecer uma definição clara das práticas prejudiciais no parto e implementar políticas públicas eficazes para sua prevenção⁽¹⁷⁾.

Esse aspecto é essencial não apenas para evitar violações e óbitos de mulheres e também crianças diariamente no Brasil. Isso é exemplificado pelo caso de Alyne Pimentel, uma jovem negra, pobre e mãe, que sofreu uma morte materna evitável por complicações em seu parto, ocorrido em uma instituição conveniada ao SUS. Sua denúncia foi a primeira sobre mortalidade materna reconhecida pelo Committee on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women (CEDAW) da Organização das Nações Unidas (ONU). Além disso, é crucial para reparar os danos causados pela violação dos direitos à saúde e ao acesso à justiça^(86,87).

Medicalização do Parto: Reflexões sobre Poder e Gênero

A medicina, ao deter o que Jordan⁽⁸⁸⁾ define como “conhecimento autorizado”, possui o poder de regular a vida dos seres humanos desde o momento do nascimento, como destacado por Foucault⁽⁸⁹⁾. Nesse processo de determinar quais corpos necessitam de cuidados médicos e quais situações e pessoas podem ser consideradas normais, contribui diretamente para a disseminação da ideia, durante o século XX, de que o parto é em todos os casos um evento médico, requerendo monitoramento contínuo e intervenção profissional, o que é conhecido como medicalização^(90,91).

A medicalização é influenciada por estereótipos de gênero arraigados na sociedade, principalmente em contextos patriarcais, nos quais o controle sobre a sexualidade e a reprodução das mulheres é crucial para sua subordinação^(90,92). Nesse contexto, evidências crescentes apontam que atitudes misóginas e machistas entre profissionais de saúde afetam diretamente a qualidade do cuidado, refletindo estereótipos de gênero que moldam práticas médicas, especialmente na área da obstetrícia^(93,94).

O discurso médico, com seu poder institucional para regular a vida e definir conceitos de saúde e doença, reflete as estruturas de poder subjacentes. Assim como na visão de Foucault⁽⁹⁵⁾, onde o poder é concebido como uma rede de dispositivos e relações que se manifestam em diversos contextos sociais, incluindo o campo da medicina e da saúde. Nesse contexto, o poder-saber obstétrico, que molda práticas e discursos sobre o parto e o cuidado perinatal, pode ser visto como uma expressão do biopoder, no qual se exerce controle e regulação sobre a vida das mulheres durante o processo de gestação e parto. Dessa forma, mantêm-se as hierarquias reprodutivas estabelecidas e o modelo dominante⁽⁹⁶⁾.

Essas práticas não são apenas casos isolados, mas sim parte de um sistema de poder que se reproduz corpos diferenciados. Mulheres marginalizadas são particularmente vulneráveis a essa

violência, não como um efeito colateral, mas como um aspecto constitutivo do fenômeno. A visão foucaultiana desafia a ideia de que o poder é exercido apenas de forma coercitiva e explícita, destacando suas manifestações mais sutis e internalizadas, que influenciam a percepção das mulheres sobre seus corpos e seus direitos reprodutivos^(95,96).

Dessa forma, ao enquadrar a VO dentro desse quadro conceitual, podemos compreender como ela se enraíza em relações de poder assimétricas e em sistemas de conhecimento que moldam e controlam os corpos das mulheres durante o processo de gestação e parto. Na assistência ao parto, a autoridade médica muitas vezes invalida o conhecimento das mulheres sobre seus próprios corpos, determinando quando o trabalho de parto começa e controlando o processo de maneira hierárquica.

Considerações finais

A falta de consenso na definição e terminologia da VO, aliada às dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, resulta na normalização de práticas habituais e obsoletas. Isso evidencia uma falta de consciência dos direitos das mulheres durante o parto, juntamente com a escassa formação sobre o tema, o que pode dificultar a implementação de medidas eficazes de prevenção e intervenção. Portanto, uma transição médica fundamentada no diálogo, compreensão e respeito mútuo é fundamental para atender às demandas contemporâneas VO.

Além disso, o processo estrutural hegemônico do conhecimento na medicina ocidental, que prioriza a dimensão biológica em detrimento da subjetividade e experiência das mulheres, mantém uma resistência e perspectiva notavelmente paternalista, desalinhada com a autonomia feminina e a necessidade de uma abordagem mais humanizada na assistência obstétrica.

Em relação aos dados disponíveis, observa-se uma alta taxa de cesarianas, muitas vezes realizadas sem necessidade clínica, juntamente com dificuldades em identificar situações de VO e escassez de estudos sobre mulheres quilombolas e indígenas. Destaca-se que a prevalência dessas práticas está intrinsecamente ligada a questões de raça, gênero e classe social, sendo este último um fator agravante para a exposição das mulheres a esse tipo de violência. No entanto, a determinação da posição social das parturientes é atualmente resultado de um processo histórico no qual o gênero e a raça foram utilizados como base para a estratificação social.

No contexto jurídico, apesar do aumento das denúncias e demandas judiciais relacionadas a essas práticas, constata-se uma falta de compreensão e conhecimento por parte dos magistrados, o que pode comprometer a integridade do sistema jurídico e prejudicar os direitos das mulheres.

Ao examinar as legislações estaduais existentes, nota-se um viés fragmentado em relação à VO, sendo que nem todos os estados possuem definições precisas e medidas preventivas específicas. Isso ressalta ainda mais a urgência de uma definição clara e de políticas públicas eficazes para sua prevenção. Essas medidas visam não apenas evitar casos como o de Alyne Pimentel e de inúmeras mulheres cujos nomes permanecem desconhecidos, mas também reparar os danos causados pela violação dos direitos à saúde e ao acesso à justiça.

Em suma, a luta contra a VO requer uma abordagem multidisciplinar e intersetorial. Somente por meio do reconhecimento, da sensibilização e da ação coletiva será possível garantir uma assistência ao parto segura e centrada nas necessidades e direitos das mulheres.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição dos autores

Pantoja CJ desempenhou um papel integral na concepção, análise, interpretação, redação e revisão crítica do conteúdo do artigo, culminando na aprovação de sua versão final. Batisti MB desempenhou um papel na análise, interpretação, redação e revisão crítica do conteúdo do artigo, culminando na aprovação de sua versão final. Pereira MCAR desempenhou um papel integral na concepção, análise, interpretação, redação e revisão crítica do conteúdo do artigo, culminando na aprovação de sua versão final.

Equipe editorial

Editora científica: Alves SMC
Editor assistente: Cunha JRA
Editores associados: Lamy M, Ramos E
Editor executivo: Teles G
Assistente editorial: Rocha DSS
Revisora de texto: Barcelos M

Referências

1. Escorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
2. Leal M do C, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(6): 1915–1928. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>
3. Brito CMC de, Oliveira ACG de A, Costa APC de A. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2020; 9(1): 120–140. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.604>.
4. Diniz SG, Salgado H de O, Andrezzo HF de A, Carvalho PGC de, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*. 2015; 25(3): 377. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>
5. Lima KD de, Pimentel C, Lyra TM. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 202; 26(suppl 3): 4909–4918. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>.
6. Boaventura AD dos S, Silva CM da, Magalhães GVF, Mariano MAG, Sousa PC de B, Baldini WC. Nomear para reconhecer: sobre a importância de conceituar violência obstétrica em âmbito federal. UNESP. 2022. Disponível em: https://www.franca.unesp.br/Home/ensino/pos-graduacao/planejamentoanalisedepoliticaspUBLICAS/lap/2022-alana-boaventura_artigo-12.pdf
7. Santos CM da C, Pimenta CA de M, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007;15(3): 508–511. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
8. Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): 187–192. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100016>
9. Minayo MC de S, Sánchez O. Métodos cuantitativos y cualitativos: ¿oposición o complementación? *Investigación y Educación en Enfermería*. 2013;13(1). Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.17290>
10. Adomo R de CF, Castro AL de. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. *Saúde e Sociedade*. 1994;3(2): 172–185. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901994000200009>
11. Minayo MC de S, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*. 1993;9(3): 237–248. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>
12. Schiocchet T, Aragão SM de. Panorama jurisprudencial da violência obstétrica e análise discursiva das decisões judiciais do sul do Brasil. *Revista Direito GV*. 2023;19. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6172202321>
13. Brito CMC de, Oliveira ACG de A, Costa APC de A. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2020; (1): 120–140. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.604>
14. Anuniação PS da, Lamy ZC, Pereira MUL, Madeira HGR, Loyola CD, Gonçalves LLM, et al. “Revés de um parto”: relatos de mulheres que perderam o filho no período neonatal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018; 34(12). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00190517>

15. Dornelas ACV de R, Rodrigues L dos S, Penteadó MP, Batista RFL, Bettiol H, Cavalli R de C, et al. Abuse, disrespect and mistreatment during childbirth care: contribution of the Ribeirão Preto cohorts, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(2): 535–544. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.01672021>
16. Lansky S, Souza KV de, Peixoto ER de M, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(8): 2811–2824. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
17. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal M do C. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(2): 483–491. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>
18. Medeiros R de C da S, Nascimento EGC do. “Na hora de fazer não chorou”: a violência obstétrica e suas expressões. *Revista Estudos Feministas*. 2022;30(3). DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n371008>
19. Oliveira LLF de, Trindade RFC da, Santos AAP dos, Pinto LMTR, Silva AJC da, Almeida MS. Characterization of obstetric care developed in teaching hospitals in a capital of northeast Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2022;75(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0896>
20. Palmarella VPR, Nascimento SL do, Pires VMMM, Santos N de A, Machado JC, Meira LS. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. *Enfermería actual en Costa Rica*. 2019;(37). DOI: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i37.35264>
21. Bitencourt A de C, Oliveira SL de, Rennó GM. Obstetric violence for professionals who assist in childbirth. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2022;22(4): 943–951. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040012>
22. Terribile DC, Sartorao Filho CI. Perceptions of the Brazilian obstetrics physicians about the term obstetric violence: a cross-sectional study. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2023;69(2): 252–256. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20220945>
23. Amazonas. Lei no 4.848, de 05 de julho de 2019. Dispõe sobre a implantação de medidas de proteção contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde do estado do Amazonas e dá outras providências. *Diário Oficial Eletrônico* no 34.041 Jul 12, 2019. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://sapl.al.am.leg.br/norma/10483>
24. Pará. Lei no 9.666, de 22 de agosto de 2022. Institui a Semana Estadual do Combate à Violência Obstétrica, no Estado do Pará. *Diário Oficial do Estado do Pará*, no 35.086 Agos. 23, 2022 p. 4. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.semas.pa.gov.br/legislacao/normas/view/168520>
25. Acre. Lei no 3.169, de 13 de outubro de 2016. Institui o programa de humanização da assistência ao parto e ao nascimento em todos os estabelecimentos de saúde do Estado. *Diário Oficial Eletrônico* no 11.913 Out., 2016. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://sapl.al.ac.leg.br/materia/5359>
26. Roraima. Lei no 1.378, de 04 de fevereiro de 2020. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do estado e dá outras providências. *Diário Oficial Fev.* 4, 2020. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://sapl.al.rr.leg.br/norma/588?display>
27. Rondônia. Lei no 4.173, de 09 de novembro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica, no estado de Rondônia. *Diário Oficial Eletrônico* no 210 Nov. 9, 2019. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://sapl.al.ro.leg.br/norma/8159>
28. Amapá. Lei no 2.713, de 24 de maio de 2022. Cria o Código Amapaense da Mulher – CAM, consolidando a legislação relativa à proteção e defesa da mulher. Alterada pela Lei no 2.477, de 08 de janeiro de 2020. *Diário Oficial Eletrônico* no 7.674 Mai. 24, 2022. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: https://al.ap.gov.br/ver_texto_lei.php?iddocumento=114098
29. Tocantins. Lei no 3.385, de 27 de julho de 2018. Dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins. *Diário Oficial* no 5.164 Jul 27, 2018. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: https://www.al.to.leg.br/arquivos/lei_3385-2018_53238.PDF
30. Tocantins. Lei no 3.674, de 26 de maio de 2020. Altera a Lei no 3.385, de 27 de julho de 2018, que dispõe sobre a implementação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Tocantins. *Diário Oficial Eletrônico* no 5.610 May 26, 2020. Disponível em: <http://servicos.casacivil.to.gov.br/leis/lei/3674>
31. Goiás. Lei no 21.858, de 11 de abril de 2023. Altera a Lei no 19.790, de 24 de julho de 2017, que institui a Política Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica no Estado de Goiás. *Diário Oficial do Estado de Goiás*, no 24.018 Abr. 11, 2023 p. 7. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://legisla.casacivil.go.gov.br/api/v2/pesquisa/legislacoes/99105/pdf>
32. Goiás. Lei no 19.790, de 24 de julho de 2017. Institui a Política Estadual de Prevenção à Violência

Obstétrica no Estado de Goiás. Diário Oficial do Estado de Goiás Jul. 27, 2017. [citado em 12 mar. 2024].

Disponível em:

<https://legisla.casacivil.go.gov.br/api/v2/pesquisa/legislacoes/99105/pdf>

33. Mato Grosso. Lei no 11.492, de 26 de agosto de 2021. Acrescenta dispositivo à Lei no 10.676, de 17 de janeiro de 2018, que torna obrigatório que todos os hospitais e maternidades do Estado de Mato Grosso, públicos e privados, tenham sala adequada para a realização de parto natural ou humanizado. Diário Oficial Agos. 28, 2021. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.al.mt.gov.br/norma-juridica/urn:lex:br:mato.grosso:estadual:lei.ordinaria:2021-08-26;11492>

34. Mato Grosso do Sul. Lei no 5.217, de 26 de junho de 2018. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. Diário Oficial Eletrônico no 9.684 Jun. 27, 2018 p. 1. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: https://www.tjms.jus.br/legislacao/public/pdf-legislacoes/lei_n.5.217-a.pdf

35. Mato Grosso do Sul. Lei no 5.491, de 10 de março de 2020. Institui a Semana de Combate à Violência Obstétrica, no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. Diário Oficial Eletrônico no 10.111 Mar. 10, 2020 p. 2. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <http://aacpdappls.net.ms.gov.br/appls/legislacao/secogevgovato.nsf/448b683bce4ca84704256c0b00651e9d/9291a1a05049e0f70425852800430d7b>

36. Mato Grosso do Sul. Lei no 5.568, de 16 de setembro de 2020. Altera e acrescenta dispositivos à Lei no 5.217, de 26 de junho de 2018, que ‘dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências’. Diário Oficial Eletrônico no 10.281 Set. 17, 2020 p. 2–3. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.tjms.jus.br/legislacao/visualizar.php?lei=34790&original=1>

37. Distrito Federal. Lei no 6290, de 15 de abril de 2019. Dispõe sobre as diretrizes para a Política de Proteção aos Direitos da Mulher no Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, no 72, seção 1, 2 e 3 Abr. 16, 2019. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/d0acdc4f5c8142eda9b8c670a6a37fa3/Lei_6290_15_04_2019.html

38. Distrito Federal. Lei no 6144, de 07 de junho de 2018. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação a mulheres grávidas e paridas sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, à proteção delas no cuidado da

atenção obstétrica no Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, no 108, seção 1, 2 e 3 Jun 8, 2018.

[citado em 12 mar. 2024]. Disponível em:

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/700564f2b3214c69a7c7c7897caab258/Lei_6144_07_06_2018.html

39. Ceará. Lei no 16837, de 17 de janeiro de 2019. Institui e disciplina o Estatuto do Parto Humanizado no Ceará. Diário Oficial do Estado Jan. 18, 2018. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www2.al.ce.gov.br/legislativo/legislacao5/leis2018/16837.htm>

40. Maranhão. Lei no 12.188, de 27 de dezembro de 2023. Dispõe sobre as diretrizes para a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica, bem como o direito de opção pelo tipo de parto. Diário Oficial Dez. 27, 2023 p. 8. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.diariooficial.ma.gov.br/index.php>

41. Paraíba. Lei no 10.548, de 05 de novembro de 2015. Institui o Pacto Estadual Social para Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento em todos os estabelecimentos de saúde do Estado da Paraíba. Diário Oficial do Estado Nov. 6, 2015. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://doc.al.pb.leg.br/norma/11896>

42. Paraíba. Lei no 12.002, de 30 de junho de 2021. Institui a Semana Estadual de Promoção do Parto Seguro e Humanizado no âmbito do Estado da Paraíba e dá outras providências. Diário Oficial do Estado Jul. 1, 2021 p. 2. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.auniao.pb.gov.br/servicos/doe/2021/julho/diario-oficial-01-07-2021.pdf>

43. Pernambuco. Lei no 16.499, de 06 de dezembro de 2018. Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco. Alterada pela Lei Ordinária no 17.226/2021, Lei Ordinária no 17.439/2021, Lei Ordinária no 17.531/2021 e Lei Ordinária no 18.437/2023. Diário Oficial Eletrônico Dez. 7, 2018 p. 4. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx>

44. Piauí. Lei no 7.750, de 14 de março de 2022. Dispõe sobre assistência humanizada, antirracista e não transfóbica; estabelece medidas sobre o direito a ter uma doula durante o parto, nos períodos de pré-parto, pós-parto e em situação de abortamento; garantia do direito de se manifestar através do seu plano individual de parto durante o período de gestação e parto; institui mecanismos para coibir a violência obstétrica no Estado do Piauí, e dá outras providências. Diário Oficial Mar. 14, 2022. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://sapl.al.pi.leg.br/norma/5172>

45. São Paulo. Lei no 17.431, de 14 de outubro de 2021. Consolida a legislação paulista relativa à proteção e defesa da mulher. Diário Oficial Eletrônico no. I Out. 15, 2021. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2021>

[/lei-17431-14.10.2021.html#:~:text=Artigo%201%C2%BA%20%2D%20Esta%20lei%20consolida,prote%C3%A7%C3%A3o%20e%20defesa%20da%20mulher](#)

46. Rio de Janeiro. Lei no 9.238, de 08 de abril de 2021. Altera a Lei Estadual no 7.191, de 06 de janeiro de 2016 e dá outras providências. Diário Oficial Apr 9, 2021. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <http://alerj.ln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/e9589b9aab9cac8032564fe0065abb4/a01e1d414bdb967a83257f3300580ec7>

47. Espírito Santo. Lei no 11.212, de 29 de outubro de 2020. Consolida toda a legislação em vigor referente às semanas e aos dias/correlatos estaduais comemorativos de relevantes datas e de assuntos de interesse público, no âmbito do Estado. Diário Oficial Out. 30, 2020. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/lei112122020.html>

48. Minas Gerais. Lei no 23.175, de 21 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Diário do Executivo Dez. 22, 2018 p. 2. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/LEI/23175/2018/>

49. Paraná. Lei no 19.701, de 1º de novembro de 2017. Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. Alterada pela Lei no 21.102/2022, no 21.218/2022, no 21.403/2023 e no 21.574/2023. Diário Oficial Eletrônico no 10318 Nov. 21, 2018. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <http://portal.assembleia.pr.leg.br/index.php/pesquisa-legislativa/legislacao-estadual?idLegislacao=51636&tpLei=0&idProposicao=77018>

50. Santa Catarina. Lei no 18.322, de 05 de janeiro de 2022. Consolida as Leis que dispõem sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Decreto no 724, de 13 de maio de 2016 (art. 9º, 10 e 11 desta lei); Lei no 18.531, de 5 de dezembro de 2022 (art. 33 ao 38 desta lei). Diário Oficial Eletrônico no 21.682 Jan 6, 2022. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2022/18322_2022_lei.html

51. Marques SB. 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;9(1): 97–119. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>

52. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated

during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. The Lancet. 2019;394(10210): 1750–1763. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)

53. Ferreira B de LM. Ministério da Saúde quer fingir que não existe violência obstétrica. Esses relatos provam o contrário. Intercept Brasil. 2019 Accessed 5th February 2024]. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2019/05/07/ministerio-da-saude-quer-fingir-que-nao-existe-violencia-obstetrica-esses-relatos-provam-o-contrario/>

54. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Despacho. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES). Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Ministério da Saúde (MS). SEI/MS no 9087621 Mai. 3, 2019. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-10.pdf>

55. Souza LV de. ‘Não tem jeito. Vocês vão precisar ouvir’ Violência obstétrica no Brasil: construção do termo, seu enfrentamento e mudanças na assistência obstétrica (1970-2015). [Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde] [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2022. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/53543>

56. Pantoja JC. Dermatology in Primary Care in Brazil: The training process of general practitioners. Research, Society and Development. 2024;13(2). DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.33448/rsd-v13i2.44852>

57. Brilhante AV, Bastos MH, Giordano JC, Katz L, Amorim MM. Obstetric Violence and Medical Education. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2021;21(3): 965–966. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000300013>

58. Conselho Federal de Medicina. Processo-Consulta no 22/2018 – Parecer CFM no 32/2018. A expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética. Brasília; Out. 23, 2018. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://estaticog1.globo.com/2019/05/07/ParecerCFMViolenciaObstetrica.pdf>

59. Sens MM, Stamm AMN de F. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2019;23. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.180487>

60. Rego ST de A. Violência Obstétrica – Reflexões sobre o Parecer CFM 32/2018. Observatório de

Medicina da ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro; 2018. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://observatoriodamedicina.ensp.fiocruz.br/violencia-obstetrica-por-sergio-rego/>

61. Leal M do C, Granado S, Bittencourt S, Esteves AP, Caetano K. Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023. Fundação Oswaldo Cruz. 2023. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em:

<https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>

62. Pereira MN. Análise das cesarianas no Brasil: Contribuições da pesquisa “Nascer no Brasil” para redução das cesarianas desnecessárias no país. [Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública] [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2017. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em:

https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?opup=true&id_trabalho=5939498

63. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d’Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cadernos de Saúde Pública. 2014;30(suppl 1): S101–S116. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>

64. Leal M do C, Gama SGN da. Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2014;30(suppl 1): S5–S5. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>

65. Brasil. 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 durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Diário Oficial da União; 2005. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm

66. Oliveira BJ de, Lansky S, Santos KV dos, Pena ED, Karmaluk C, Friche AAL. Sentidos do Nascer: exposição interativa para a mudança de cultura sobre o parto e nascimento no Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2020;24. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.190395>

67. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Sentidos do nascer: percepções sobre o parto e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sentidos_na_scer_percepcoes_parto_nascimento.pdf

68. Lima TMM de, Souza LG de, Oliveira PM de, Bezerra BS. “Porque somos mulheres, pobres e negras”:

um balanço sobre o projeto de extensão Oficinas sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos: “Meu corpo, minhas regras” em Recife – PE. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social.

Universidade Federal do Espírito Santo. 2019 [citado em 12 mar. 2024]. 1(1) Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22196>

69. Neves NMS dos S. Como as avós ou entre os doutores: memórias de parto e identidade, corpos e territórios em disputa no quilombo do Kaonge, recôncavo da Bahia. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Universidade Federal da Bahia; 2017. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/36703>

70. Ferreira LO. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18(4): 1151–1159. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400028>

71. Galvão MLS, Ramos TO, Gomes M de F, Barros F de S, Silva F de PS. Memórias de Saberes Tradicionais no Antigo Quilombo Cabula (Salvador – Bahia): Percursos entre Narrativas de Parto. Revista Encantar. 2020 [citado em 12 mar. 2024]. 1(1): 28–43. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/encantar/article/view/8081>

72. Neves NMS. “De canoa até o hospital”: Processos de transformação e medicalização das práticas de parto em quilombos do Recôncavo Baiano. Revista Mundaú. 2019; (6): 122–144. DOI: <https://doi.org/10.28998/rm.2019.n.6.6061>

73. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. Escola Anna Nery. 2017; 21(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>

74. Mato Grosso do Sul. Veto do Governador GABGOV/MS No 64, de 11 de setembro de 2019. Veto total à Lei que institui a Semana de Combate à Violência Obstétrica, no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. Diário Oficial Eletrônico, no 9.989 Sep 18, 2019 p. 3. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em:

<http://aacpdappls.net.ms.gov.br/appls/legislacao/secoge/govato.nsf/49d6ac1d6dcbbae704256c04007866d7/2297b191db38804f042584790046077f>

75. Pickles C. Eliminating abusive ‘care’: A criminal law response to obstetric violence in South Africa. South African Crime Quarterly. 2015;54(0): 5. DOI: <https://doi.org/10.4314/sacq.v54i1.1>

76. D’Gregorio RP. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. International Journal of

- Gynecology & Obstetrics. 2010;111(3): 201–202. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
77. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela no 38.668 Caracas; Apr 23, 2007. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.refworld.org/legal/legislation/natlegbod/2007/es/102500>
78. Argentina. Ley 25.929. Protección del Embarazo y del Recién Nacido. Sancionada: Agosto 25 de 2004. Promulgada: Septiembre 17 de 2004. Boletín Nacional Buenos Aires; Sep 21, 2004. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25929-98805>
79. Argentina. Ley 26.485. Ley de Protección Integral a las Mujeres. Sancionada: Marzo 11 de 2009. Promulgada de Hecho: Abril 1 de 2009. Diario Oficial de la Federación Buenos Aires; Apr 14, 2009. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155>
80. Díaz García LI, Fernández M. Y. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. Revista de derecho (Valparaíso). 2018;(ahead): 0–0. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>
81. Ramos S, Romero M, Ortiz Z, Brizuela V. Maternidad Segura y Centrada en la Familia: la cultura organizacional de maternidades de la provincia de Buenos Aires. Archivos Argentinos de Pediatría. 2015;113(6): 510–518. DOI: <https://doi.org/10.5546/aap.2015.510>
82. Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de octubre de 2022. Diario Oficial de la Federación México; Feb 1, 2007. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgamvly.htm>
83. Dixon LZ. Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices. Medical Anthropology Quarterly. 2015;29(4): 437–454. DOI: <https://doi.org/10.1111/maq.12174>
84. Brasil. Projeto de Lei 2373/2023. Dispõe sobre a Violência Obstétrica e Ginecológica na assistência à saúde da mulher no âmbito dos serviços públicos e privados de saúde. Apensado ao Projeto de Lei 2589/2015. Câmara dos Deputados Brasília; 2023. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2360347>
85. Brasil. Projeto de Lei 7633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Apensado ao PL 6567/2013. Câmara dos Deputados Brasília; 2014. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>
86. Catoia C de C, Severi FC, Firmino IFC. Caso “Alyne Pimentel”: Violência de Gênero e Interseccionalidades. Revista Estudos Feministas. 2020;28(1). <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n160361>
87. Souza CCS de. Caso Alyne Pimentel: o meio internacional na modificação de políticas públicas brasileiras frente ao debate de mortalidade materna. [Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Relações Internacionais)] [Osasco]: Universidade Federal de São Paulo; 2021. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/61845>
88. Jordan B. Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. 4th ed. Illinois: Waveland Press; 1992.
89. Foucault M. Vigiar e punir. 20th ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
90. Vieira EM. A Medicalização do Corpo Feminino. 1st ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
91. Sánchez SB. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Dilemata. 2015;18: 93–111.
92. Sala VVV. “La enfermedad normal”: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro). 2020;(34): 90–107. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06.a>
93. Vilela L. ‘Sociedade patriarcal reflete uma medicina obstétrica mais machista’, diz médica. Brasil de Fato. São Paulo; 2019. [citado em 18 maio 2024]. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/04/12/sociedade-patriarcal-reflete-uma-medicina-obstetrica-mais-machista-diz-medica/>
94. Brandao CSR, Antunes EMG, Jesus HA de, Milhioni LMP, Santos MFA dos, Freitas MC de, et al. Profissionais da saúde e cultura machista. Revista Médica de Minas Gerais. 2016;26(Supl 8): S277–S280. [citado em 18 maio 2024]. Disponível em: <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2163>
95. Foucault M. Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 2000.

96. Tempesta GA, França RL de. Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. *Horizontes Antropológicos*. 2021;27(61): 257–290. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-71832021000300009>

97. Cabral UA. De 2010 a 2022, população brasileira cresce 6,5% e chega a 203,1 milhões. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2023; [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes)

[2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes) [Accessed 10th February 2024].

98. Castro BFM. A violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro comparado com os países da América Latina que já possuem regulamentação jurídica. [Trabalho de Conclusão de Curso] [São Paulo]: Universidade São Judas Tadeu; 2022. [citado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/27729>

Como citar

Pantoja JC, Batista MB, Pereira MCAR. Repensando o Nascimento como um Direito Integral na Luta contra a Violência Obstétrica no Brasil. 2024 abr./jun.;13(2):41-61 <https://doi.org/10.17566/ciads.v13i2.1233>

Copyright

(c) 2024 Jessica Corrêa Pantoja, Mateus Batista Batisti, Maria Clara de Araújo Rodrigues Pereira.

