



**QUALIS**  
**A2**



**A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DA GESTANTE E DO NASCITURO NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL:  
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA DE 2005-2025<sup>1</sup>**

**VIOLATION OF THE RIGHTS OF PREGNANT WOMEN AND THE  
UNBORN CHILD WITHIN BRAZIL'S UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS):  
INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW FROM 2005-2025**

**Hamanda Behatryz Brito de SÁ<sup>2</sup>**  
**Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)**  
**E-mail: hamandabhrosa@gmail.com**  
**ORCID: <http://orcid.org/0009-0000-2609-1623>**

**Severina Alves de ALMEIDA Sissi<sup>3</sup>**  
**Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)**  
**E-mail: [sissi@faculadefacit.edu.br](mailto:sissi@faculadefacit.edu.br)**  
**ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5903-6727>**

**RESUMO**

Este trabalho, uma produção teórica, analisa as principais violações dos direitos da gestante e os reflexos dessas violações sobre a proteção jurídica do nascituro no Sistema Único de Saúde (SUS), mediante revisão integrativa da literatura publicada entre 2005 e 2025. A pesquisa é qualitativa, exploratória, descritiva, bibliográfica e documental. Nesse sentido, foram articulados estudos científicos sobre assistência obstétrica, documentos institucionais e normas jurídicas brasileiras. A síntese evidenciou três núcleos: práticas abusivas ou não consentidas, incluindo agressões verbais, restrição de acompanhante, intervenções rotineiras sem indicação individualizada e falhas de informação; condicionantes institucionais, como superlotação, insuficiência de leitos e profissionais, fragmentação da rede, peregrinação e formação centrada no modelo intervencionista; e violações de direitos fundamentais à saúde, dignidade, autonomia, integridade, igualdade e não discriminação. As evidências também revelaram desigualdades raciais e socioeconômicas no acesso e na qualidade do cuidado. Quanto ao nascituro, concluiu-se que o artigo 2º do Código Civil resguarda seus direitos desde a concepção,

---

<sup>1</sup> COMO CITAR: (ABNT): SÁ, H. B.; ALMEIDA, S. A. A Violação dos Direitos da Gestante e do Nascituro no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil: Revisão Integrativa de 2005-2025. **JNT Facit Business and Technology Journal**. Qualis A2. ISSN: 2526-4281, Mês de Agosto de 2026 - Ed. 76. VOL. 02. Págs. 209-233. Disponível: <http://revistas.faculadefacit.edu.br>. Acesso em: \_\_/\_\_/\_\_.

<sup>2</sup> Acadêmica do 8º Período do Curso de Bacharelado em Direito da Faculdade de Ciências do Tocantins FACIT.

<sup>3</sup> Pedagoga, Mestre em Letras; Doutora Linguística; Pós-doutora em Linguística e Literatura. Professora Titular da Faculdade de Ciências do Tocantins FACIT.

enquanto a Constituição, o Estatuto da Criança e do Adolescente e as políticas de saúde impõem proteção à vida e ao desenvolvimento saudável. Essa tutela, contudo, não autoriza apagar a autonomia da gestante: exige cuidado baseado em evidências, consentimento informado, prevenção de danos e organização efetiva da rede. Recomenda-se fortalecer a vinculação prévia à maternidade, a presença de acompanhante, a educação permanente, os canais de responsabilização e o monitoramento de indicadores de cuidado respeitoso.

**Palavras-chave:** Direitos da gestante. Nascituro. Violência obstétrica. Sistema Único de Saúde. Direitos fundamentais.

### ABSTRACT

This study, a theoretical work, analyzes the main violations of pregnant women's rights and the impact of these violations on the legal protection of the unborn child within the Unified Health System (SUS), through an integrative review of literature published between 2005 and 2025. The research is qualitative, exploratory, descriptive, and based on bibliographic and documentary sources. Scientific studies on obstetric care, institutional documents, and Brazilian legal standards were synthesized. The analysis highlighted three key areas: abusive or non-consensual practices—including verbal abuse, restrictions on companions, routine interventions without individualized indication, and failures to provide information; institutional factors—such as overcrowding, a shortage of beds and professionals, network fragmentation, the "pilgrimage" for care, and training centered on an interventionist model; and violations of fundamental rights regarding health, dignity, autonomy, integrity, equality, and non-discrimination. Evidence also revealed racial and socioeconomic inequalities in access to and the quality of care. Regarding the unborn child, the study concluded that Article 2 of the Civil Code safeguards their rights from conception, while the Constitution, the Statute of the Child and Adolescent, and health policies mandate the protection of life and healthy development. However, this protection does not justify overriding the pregnant woman's autonomy; rather, it requires evidence-based care, informed consent, harm prevention, and effective network organization. Recommendations include strengthening pre-existing links to maternity units, ensuring the presence of a companion, promoting continuing education, establishing accountability mechanisms, and monitoring indicators of respectful care.

**Keywords:** Pregnant women's rights. Unborn child. Obstetric violence. Unified Health System. Fundamental rights.

## INTRODUÇÃO

A assistência à gestação, ao parto e ao puerpério situa-se no encontro entre o direito constitucional à saúde, a autonomia reprodutiva, a proteção da vida e os deveres positivos do Estado. A Constituição Federal estabelece a dignidade da pessoa humana como fundamento da República e reconhece a saúde como direito de todos e dever estatal, a ser efetivado por políticas que reduzam riscos e garantam acesso universal e igualitário (Brasil, 1988). No âmbito do SUS, universalidade, integralidade e equidade exigem que o atendimento seja simultaneamente disponível, tecnicamente seguro, não discriminatório e respeitoso.

Todavia, o avanço normativo das últimas duas décadas não eliminou práticas incompatíveis com esses parâmetros. A Lei nº 11.108/2005 assegurou acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato; a Lei nº 11.634/2007 garantiu conhecimento e vinculação prévia à maternidade; e o artigo 8º do Estatuto da Criança e do Adolescente passou a explicitar atenção humanizada e integral à gravidez, ao parto e ao puerpério (Brasil, 2005; Brasil, 2007; Brasil, 1990). Ainda assim, são recorrentes registros de intervenções sem participação efetiva da mulher, comunicação insuficiente, peregrinação, discriminação e tratamentos humilhantes.

A literatura estudada evidenciou a utilização de expressões como violência obstétrica, desrespeito e abuso e maus-tratos no parto. Nesse sentido, e considerando que não há uniformidade conceitual nem instrumento único de mensuração no Brasil, o estudo aqui descrito emprega violência obstétrica como categoria analítica para ações e omissões ocorridas no ciclo gravídico-puerperal.

Estas, por conseguinte, ocorrem sem justificção clínica proporcional ou sem respeito à informação e ao consentimento, causando sofrimento evitável, apropriação indevida do corpo, discriminação ou negação do cuidado. Contudo, tais ocorrências não transformam todo desfecho adverso ou toda intervenção médica em violência, porém a avaliação requer contexto, evidência, necessidade, proporcionalidade, comunicação e respeito à vontade da paciente (Leite *et al.*, 2024).

Neste estudo, a proteção do nascituro é examinada de forma integrada, mas juridicamente precisa. O artigo 2º do Código Civil dispõe que a personalidade civil começa com o nascimento com vida, ressalvando, desde a concepção, os direitos do nascituro (Brasil, 2002). Assim, independentemente da controvérsia entre as teorias natalista, condicional e concepcionista, há tutela jurídica de interesses existenciais e

patrimoniais desde a concepção. Segundo Leite *et al.*, (2024), na assistência obstétrica, essa proteção concretiza-se por pré-natal adequado, identificação de riscos, acesso oportuno à maternidade e cuidado perinatal seguro. Tal proteção deve ser harmonizada com os direitos fundamentais da gestante, e não utilizada como fundamento automático para anular sua autonomia.

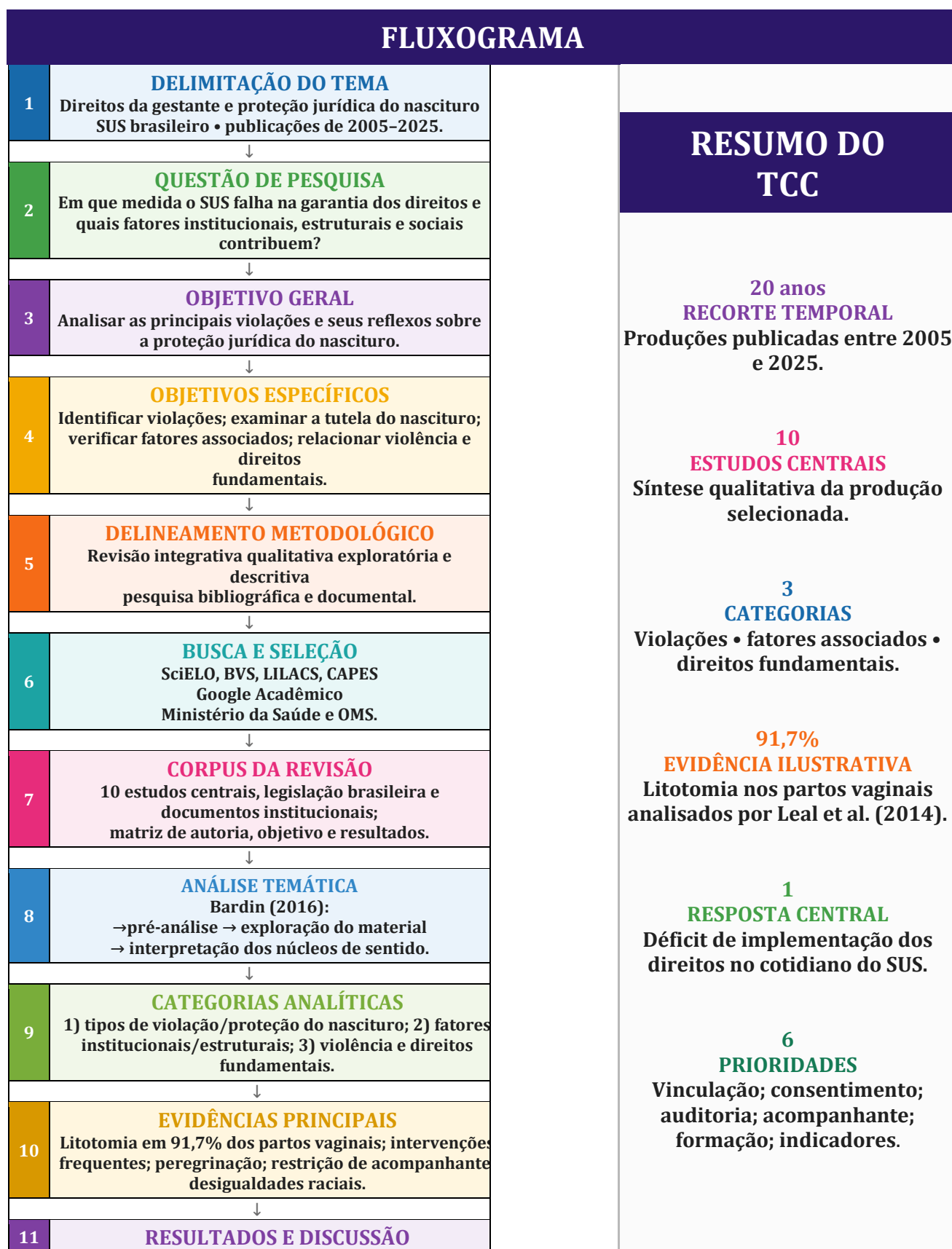
Diante desse cenário, indagamos: “Em que medida o sistema público de saúde brasileiro falha na garantia dos direitos fundamentais da gestante e na proteção jurídica do nascituro, e quais fatores institucionais, estruturais e sociais contribuem para essas violações?”. A questão delimita o estudo ao ciclo gravídico-puerperal, ao SUS e à produção publicada entre 2005 e 2025, sem excluir normas anteriores indispensáveis à interpretação constitucional e civil.

O objetivo consiste em analisar, por meio de revisão integrativa da literatura, do período de 2005-2025, as principais violações dos direitos da gestante e os reflexos sobre a proteção jurídica do nascituro no sistema público de saúde brasileiro, no período de 2005 a 2025. Como objetivos específicos temos: (1) identificar os principais tipos de violação dos direitos da gestante no SUS; (2) analisar como a literatura científica e jurídica aborda a proteção do nascituro; (3) verificar os fatores institucionais e estruturais associados às violações e (4) examinar a relação entre violência obstétrica e direitos fundamentais.

Diante desses objetivos trabalhamos para validar (ou não) as seguintes hipóteses: (a) a literatura identifica práticas de violência obstétrica, intervenções sem consentimento, negação de acompanhante, comunicação desrespeitosa e falhas de humanização; (b) superlotação, insuficiência de profissionais e leitos, fragmentação da rede e protocolos intervencionistas favorecem violações; e (c) mulheres em maior vulnerabilidade social e racial enfrentam risco acrescido de cuidado inadequado. Informamos que as hipóteses são tratadas como proposições a serem confrontadas com as evidências, e não como conclusões antecipadas.

Por fim, a pesquisa se justifica por sua relevância social, uma vez que gestação e nascimento envolvem riscos, vulnerabilidades e direitos, cujo descumprimento pode produzir danos duradouros. Juridicamente, porque permite confrontar a força normativa da Constituição e das leis sanitárias com a experiência concreta das usuárias. Academicamente, uma vez que a revisão de duas décadas organiza conceitos, evidências lacunas em campo marcado por definições e instrumentos heterogêneos. Ademais, os resultados podem subsidiar formação profissional, gestão de maternidades, atuação jurídica e controle social do SUS.

Para melhor compreensão da pesquisa e seus procedimentos, assim como da organização teórico-conceitual, apresentamos, a seguir, um fluxograma qualitativo que, responsivamente, situa o delineamento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), a partir de critérios definidos para a realização, descrição e análise da pesquisa.



|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Violações multidimensionais; modelo hierárquico/intervencionista; precariedade e iniquidades; efeitos físicos, mentais e assistenciais.                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ↓                                                                                                                                                                   |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES</b><br>Implementar direitos: vinculação, regulação segura, consentimento, protocolos, auditoria, acompanhante, formação e indicadores. |  |
| <b>SÍNTESE CONCLUSIVA</b><br>O principal desafio não é a ausência absoluta de normas, mas sua implementação desigual. Proteger gestante e nascituro exige assistência baseada em evidências, consentimento informado, equidade, prevenção de danos e organização efetiva da rede. |                                                                                                                                                                     |  |

**Fonte:** A imagem foi gerada a partir das contribuições da Inteligência Artificial (IA). Disponível: <https://chatgpt.com/c/6a8057ea-4f88-83e9-b07e-e135a2eb9393>. Acesso em: 15 ago. 2026.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa é uma revisão integrativa, de abordagem qualitativa, natureza exploratória e descritiva com procedimentos bibliográficos e documentais. A revisão integrativa permite reunir resultados de desenhos diversos, avaliar convergências e lacunas e construir síntese crítica orientada por pergunta previamente definida (Souza; Silva; Carvalho, 2010). A análise documental incluiu Constituição, legislação federal, diretrizes do Ministério da Saúde e documento da Organização Mundial da Saúde.

O estudo considerou materiais publicados de janeiro de 2005 a dezembro de 2025, publicados em português ou com versão institucional acessível, relacionados à assistência pré-natal, parto, nascimento e puerpério no Brasil, com ênfase no SUS. As buscas foram orientadas pelos descritores “violência obstétrica”, “direitos da gestante”, “direitos do nascituro”, “SUS”, “humanização do parto”, “consentimento informado”, “peregrinação para o parto” e “desigualdade racial”, combinados por AND e OR em SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS, Portal CAPES e Google Acadêmico. Também foram consultados portais oficiais do Planalto, Ministério da Saúde e OMS.

Incluíram-se artigos completos, revisões, documentos oficiais e normas com relação direta com a pergunta e o período. Excluíram-se duplicatas, textos opinativos sem base verificável, materiais sem autoria ou fonte institucional, estudos exclusivamente privados sem contribuição comparativa e publicações que não distinguíssem assistência obstétrica de evento adverso inevitável. Após leitura de títulos e resumos, os materiais centrais foram lidos integralmente e organizados em matriz com autoria, ano, título, objetivo e resultados.

A análise de conteúdo temática seguiu três movimentos: pré-análise, exploração do material e interpretação dos núcleos de sentido (Bardin, 2016). As

categorias, definidas em diálogo com os objetivos específicos, foram: tipos de violação e proteção do nascituro; fatores institucionais e estruturais; e violência obstétrica e direitos fundamentais. Por não se tratar de metanálise, os percentuais foram apresentados com indicação de sua fonte e não foram combinados. Como limitação, reconhece-se a heterogeneidade dos conceitos e instrumentos empregados nos estudos, o que reduz a comparabilidade direta das prevalências (Leite et al., 2024).

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO DA LITERATURA

A humanização do parto consiste em um movimento plural que reúne assistência baseada em evidências, direitos sexuais e reprodutivos, acesso universal, acolhimento, manejo adequado da dor e revisão das relações hierárquicas entre profissões e usuárias. Nessa perspectiva, a violação não se limita à agressão física. Abrange também a comunicação autoritária, o impedimento injustificado de escolhas, a naturalização da dor evitável e o emprego rotineiro de tecnologias sem benefício demonstrado para aquela mulher (Diniz, 2005).

### Principais Tipos de Violação dos Direitos da Gestante no SUS e a Proteção Jurídica do Nascituro

Os tipos de violação identificados na literatura podem ser agrupados em seis dimensões:

- **A primeira é verbal e psicológica:** humilhação, repreensão, ameaça, culpabilização, ironia e silenciamento;
- **A segunda é física ou procedimental:** intervenções dolorosas ou invasivas sem indicação individualizada, explicação ou consentimento;
- **A terceira é sexual e de privacidade:** exposição corporal desnecessária, toques repetidos e acesso de pessoas sem autorização;
- **A quarta é negligencial:** demora, abandono, recusa de analgesia quando disponível e indicada, falha de vigilância ou omissão diante de sinais de risco;
- **A quinta é informacional:** ausência de esclarecimento sobre diagnóstico, alternativas, riscos e benefícios;
- **A sexta é institucional:** proibição de acompanhante, peregrinação e barreiras discriminatórias.

Nesse sentido, destacamos um estudo realizado por Leal *et al.* (2014), “Nascer no Brasil”, o qual observou elevada exposição de mulheres de risco obstétrico habitual a intervenções durante o trabalho de parto e parto, enquanto boas práticas

foram menos frequentes. Entre as mulheres com parto vaginal, 91,7% permaneceram em posição de litotomia<sup>4</sup>; também houve uso relevante de ocitocina e amniotomia<sup>5</sup>. Leal *et al.* (2014), não autorizam classificar automaticamente cada intervenção como violência, mas demonstram um modelo assistencial intervencionista aliado à necessidade de decisão clínica individualizada, informação e consentimento.

Segundo Zanardo *et al.* (2017), a violência obstétrica envolve apropriação do corpo e dos processos reprodutivos, medicalização abusiva e relações assimétricas de gênero e saber. A revisão das autoras associa a prevenção à mudança do modelo de atenção, ao reconhecimento da mulher como sujeito do cuidado e à aplicação de práticas baseadas em evidências. A OMS (2014), por sua vez, enquadra o tratamento desrespeitoso e abusivo em instituições como ameaça aos direitos à vida, saúde, integridade corporal e não discriminação, recomendando responsabilização, pesquisa e cuidado respeitoso.

No âmbito normativo, o acompanhante indicado pela parturiente é direito no SUS desde 2005 e foi ampliado pela Lei nº 14.737/2023 para consultas, exames e procedimentos em unidades públicas e privadas, ressalvadas as hipóteses legais (Brasil, 2005; Brasil, 2023a). A vinculação prévia à maternidade é dever do SUS desde a inscrição no pré-natal (Brasil, 2007). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegura atenção humanizada e integral à parturiente e prevê que cesarianas e outras intervenções cirúrgicas sejam aplicadas por motivos médicos (Brasil, 1990). Ademais, o descumprimento injustificado desses deveres representa falha de acesso e de continuidade do cuidado.

---

<sup>4</sup> A posição de litotomia mantém a parturiente deitada, com as pernas elevadas e apoiadas em suportes. Embora facilite a atuação da equipe assistencial, sua adoção rotineira pode restringir a mobilidade e a liberdade de escolha da mulher (Gupta *et al.*, 2017). Esses autores identificaram possíveis benefícios das posições verticalizadas durante o segundo estágio do trabalho de parto, como a redução de partos instrumentais e de episiotomias. A episiotomia é uma incisão cirúrgica feita no períneo região localizada entre a abertura vaginal e o ânus com a finalidade de ampliar a saída vaginal durante o nascimento. Após o parto, o corte é suturado. Atualmente, a episiotomia não deve ser realizada rotineiramente. Sua utilização deve ser restrita a situações clínicas específicas, após avaliação individualizada, informação à parturiente e obtenção do consentimento, salvo emergência devidamente justificada. Quando realizada sem necessidade clínica, explicação ou consentimento, pode representar violação da autonomia, da integridade corporal e dos direitos da mulher. Desse modo, a posição litotômica não deve ser imposta como procedimento padrão, devendo-se respeitar a escolha informada da parturiente e as indicações clínicas de cada caso (Gupta *et al.*, 2017).

<sup>5</sup> A ocitocina sintética é administrada por via intravenosa com a finalidade de induzir ou intensificar as contrações uterinas, enquanto a amniotomia consiste na ruptura artificial das membranas amnióticas. Embora essas intervenções possam ser necessárias para tratar atraso confirmado na evolução do trabalho de parto, seu emprego inadequado pode causar danos à gestante e ao feto. A administração de ocitocina, especialmente, requer acompanhamento das contrações uterinas e da frequência cardíaca fetal, devido ao risco de hiperestimulação uterina, sofrimento fetal e ruptura do útero. Por isso, a ocitocina e a amniotomia devem ser utilizadas somente após avaliação clínica, com indicação justificada e respeito à autonomia, à dignidade e ao consentimento informado da gestante (Organização Mundial da Saúde, 2014).

Quanto ao nascituro, Tartuce (2020) destaca a relevância prática da tutela conferida desde a concepção, especialmente no âmbito dos direitos da personalidade. Para esse autor, a proteção, entretanto, precisa de ser formulada com precisão. Antes do nascimento com vida, o Código Civil ressalva direitos do nascituro, de modo que após o nascimento a criança passa a ser titular plena da proteção integral assegurada pelo ECA.

Ademais, no cuidado em saúde, a tutela pré-natal se manifesta na prevenção de riscos evitáveis, no diagnóstico oportuno, no respeito às boas práticas e na disponibilidade de atenção neonatal. Violações contra a gestante podem repercutir sobre o desenvolvimento fetal ou o nascimento, mas a alegação de benefício fetal não dispensa consentimento, diálogo e proporcionalidade, salvo situações emergenciais juridicamente justificadas (Tartuce, 2020).

### **Fatores Institucionais e Estruturais Associados às Violações**

As violações não podem ser explicadas apenas pela conduta isolada de um profissional. Andrade *et al.* (2016) identificaram associação entre práticas de violência obstétrica no parto vaginal e variáveis assistenciais, indicando que o fenômeno emerge da organização do serviço, das rotinas e da relação de poder. Segundo esses autores, protocolos desatualizados, metas operacionais, comunicação vertical e naturalização de procedimentos podem converter práticas institucionais em fontes regulares de dano.

Em nível estrutural, destacam-se insuficiência de leitos, equipes incompletas, jornadas extenuantes, superlotação, inadequação física para privacidade e presença do acompanhante, demora em transferências e baixa integração entre atenção primária, regulação e maternidades. Esses elementos não justificam o abuso, mas criam condições em que comunicação, vigilância, acolhimento e tomada compartilhada de decisão ficam fragilizados. A peregrinação para o parto é expressão concreta dessa desarticulação, apesar do direito à vinculação prévia previsto na Lei nº 11.634/2007 Andrade *et al.* (2016).

Guimarães, Jonas e Amaral (2018), ao estudarem maternidades públicas, mostraram que as mulheres reconhecem formas diversas de violência, embora parte das práticas seja banalizada dentro da assistência. Trajano e Barreto (2021), examinando a visão de profissionais, evidenciaram que o próprio campo da saúde pode normalizar condutas autoritárias e que formação, educação permanente e inserção de enfermeiras obstétricas e obstetrizes são estratégias importantes para modificar o modelo.

A desigualdade social atravessa esses fatores. Leal *et al.* (2017) demonstraram que, mesmo após controle de características socioeconômicas, mulheres pretas e pardas apresentaram, em geral, indicadores piores de pré-natal e parto que mulheres brancas. Mulheres pretas tiveram maior inadequação do pré-natal, menor vinculação à maternidade e menor orientação sobre o início do trabalho de parto; quando submetidas à episiotomia, receberam menos anestesia local. O gradiente de cuidado revela que racismo institucional e desigualdades de gênero e classe não são fatores externos ao serviço: influenciam acesso, escuta, avaliação da dor e oportunidade das intervenções (Leal *et al.*, 2017).

Pesquisa realizada por Leite *et al.* (2024) sintetiza a etiologia multicausal, como vulnerabilidades individuais e sociais que interagem com relações hierárquicas, estruturas inadequadas, falta de leitos e insuficiência de profissionais. As autoras e autores também alertam para a grande variação das prevalências nacionais, decorrente de instrumentos, populações, locais e períodos diferentes. O resultado institucional mais consistente, portanto, não é um único percentual, mas a recorrência de domínios como falta de informação, tratamento desrespeitoso, perda de autonomia, procedimentos inadequados e cuidado negado (Leite *et al.*, 2024).

De igual modo, compreendemos que a superação desses problemas exige governança e não apenas sensibilização. Nesse sentido, são necessárias escala e dimensionamento adequados, protocolos baseados em evidências, auditoria de procedimentos, registro do consentimento, espaços que preservem privacidade, garantia do acompanhante, fluxos de referência e contrarreferência, ouvidorias acessíveis e indicadores estratificados por raça/cor, idade, deficiência, território e fonte pagadora. Sem essas condições, a política de humanização tende a permanecer normativa, mas sem capacidade de alterar o cotidiano.

### **Relação entre Violência Obstétrica e Direitos Fundamentais**

A dignidade humana impõe reconhecimento de valor intrínseco e igual respeito, protegendo a pessoa contra tratamento degradante e assegurando condições para uma existência autônoma. Aplicada ao cuidado obstétrico, a dignidade impede que a mulher seja reduzida a objeto de intervenção. Exige escuta, privacidade, informação compreensível, liberdade possível de movimento e participação nas decisões, compatibilizadas com segurança clínica (Sarlet, 2012).

O direito à saúde, previsto nos artigos 6º e 196 da Constituição, possui dimensões defensiva e prestacional: o Estado deve abster-se de causar danos injustificados e, simultaneamente, organizar serviços acessíveis e de qualidade

(Brasil, 1988). A violência obstétrica pode violar ambas, de modo que a intervenção não consentida atinge autonomia e integridade, enquanto a omissão, a demora e a peregrinação atingem acesso e questões relativas à proteção da vida. Ademais, a discriminação por raça, classe, idade, deficiência ou condição reprodutiva ofende a igualdade material e o dever de equidade do SUS (Sarlet, 2012).

Nesse sentido, Diniz (2005) conecta humanização, direitos reprodutivos e medicina baseada em evidências. Isso significa que consentimento não é mera assinatura, mas processo de comunicação sobre finalidade, benefícios, riscos, alternativas e possibilidade de recusa. Em emergência real, a atuação protetiva pode ocorrer nos limites jurídicos e técnicos, porém urgência não deve ser presumida para legitimar rotinas convenientes. A autonomia também não implica direito a qualquer procedimento sem indicação; impõe decisão compartilhada e justificação transparente Diniz (2005).

Estudo realizado por Medeiros e Nascimento (2022) identificou, nas narrativas de puérperas, recorrência de expressões violentas e sua vinculação a desigualdades e opressões de gênero nas relações entre profissionais e usuárias. A invisibilidade é reforçada quando mulheres e equipes consideram humilhações e coerções como parte normal do parto. Por isso, a efetividade dos direitos depende tanto de informação jurídica quanto de transformação cultural nos espaços de formação e trabalho (Medeiros e Nascimento (2022).

A OMS (2014), por conseguinte, reconhece o cuidado respeitoso como tema de saúde pública e direitos humanos. Leite *et al.* (2024) acrescentam que as consequências podem incluir depressão pós-parto, transtorno de estresse pós-traumático, menor procura por consultas pós-natais e dificuldades de amamentação. Tais efeitos mostram que a violação não termina na sala de parto, antes, repercute no vínculo com os serviços, no puerpério e no cuidado ao recém-nascido.

Com efeito, a violência obstétrica constitui categoria de análise de violações múltiplas e interdependentes. Categorias como vida e saúde, dignidade e integridade, autonomia e informação, privacidade, igualdade e não discriminação, presença de acompanhante e acesso oportuno ao cuidado devem ser regra e não exceção nas relações parturiente e atendimento do SUS. Sua identificação deve evitar dois extremos:

- a)** Banalizar agressões como inevitáveis;
- b)** Presumir violência apenas pela ocorrência de intervenção ou desfecho negativo;

- c) O parâmetro adequado combina evidência científica, necessidade clínica, proporcionalidade, consentimento, comunicação e respeito.

### **Análise: Critérios para Identificação da Violência Obstétrica**

A identificação da violência obstétrica exige uma análise criteriosa das circunstâncias em que a assistência foi prestada, evitando tanto a naturalização de condutas abusivas quanto a classificação automática de toda intervenção ou resultado desfavorável como violência. O primeiro extremo ocorre quando humilhações, ameaças, procedimentos sem explicação, negação injustificada de acompanhante e desconsideração da dor são tratados como acontecimentos normais ou inevitáveis do parto. Essa banalização dificulta o reconhecimento das violações, silencia as mulheres e contribui para a permanência de práticas incompatíveis com a assistência humanizada.

Diniz (2005) demonstra que determinadas condutas desrespeitosas foram historicamente incorporadas às rotinas obstétricas e legitimadas pelo poder atribuído ao conhecimento médico. Para a autora, a humanização do parto requer a revisão dessas relações hierárquicas, o reconhecimento da mulher como sujeito de direitos e a adoção de práticas fundamentadas em evidências científicas. Dessa forma, agressões verbais, coerções, omissões e procedimentos não consentidos não podem ser justificados como consequências inevitáveis da assistência ao parto.

O segundo extremo consiste em considerar que qualquer intervenção obstétrica ou desfecho negativo configura, por si só, violência. A utilização de ocitocina, a amniotomia, a episiotomia, o parto instrumental ou a cesariana pode ser clinicamente necessária em situações específicas. Do mesmo modo, um resultado adverso pode ocorrer apesar da adoção de condutas tecnicamente adequadas. A caracterização da violência, portanto, não deve ser determinada somente pelo tipo de procedimento ou pelo resultado alcançado, mas pelas condições clínicas, relacionais e institucionais em que o atendimento ocorreu.

Leite et al. (2024) alertam para a heterogeneidade das definições e dos instrumentos utilizados para mensurar a violência obstétrica. Essa diversidade pode produzir grandes variações nas prevalências identificadas e dificultar a comparação entre os estudos. Os autores demonstram que a avaliação deve considerar os diferentes domínios envolvidos, como tratamento desrespeitoso, ausência de informação, perda de autonomia, discriminação, procedimentos inadequados e negação do cuidado.

Nesse sentido, a caracterização da violência obstétrica deve basear-se em um conjunto articulado de critérios:

- 1) **Evidência científica:** a conduta deve estar fundamentada no conhecimento científico disponível;
- 2) **Necessidade clínica:** deve existir uma situação materna ou fetal que justifique a intervenção;
- 3) **Proporcionalidade:** os benefícios esperados precisam superar os riscos e as restrições impostas;
- 4) **Consentimento informado:** a mulher deve receber informações compreensíveis sobre finalidade, benefícios, riscos e alternativas;
- 5) **Comunicação:** os profissionais devem manter diálogo respeitoso antes, durante e após o procedimento;
- 6) **Respeito:** a dignidade, a privacidade, a integridade e as preferências da parturiente devem ser preservadas.

De igual modo a Organização Mundial da Saúde (2014) reforça que todas as mulheres têm direito a uma assistência respeitosa, livre de abusos, discriminação e maus-tratos. Em situações emergenciais, a necessidade de intervenção imediata pode modificar a forma de obtenção do consentimento, mas não elimina os deveres de justificação clínica, proporcionalidade, registro e comunicação tão logo seja possível.

Nesse sentido, a violência obstétrica não é definida exclusivamente pela realização de uma intervenção ou pela existência de resultado negativo. Ela pode ser caracterizada quando a ação ou omissão ocorre sem justificativa clínica proporcional, sem informação ou consentimento, de maneira discriminatória ou desrespeitosa, causando sofrimento ou risco evitável. O parâmetro adequado deve conciliar segurança assistencial e respeito aos direitos fundamentais, evitando tanto a impunidade de práticas abusivas quanto a classificação indiscriminada de condutas clinicamente necessárias.

## QUADRO QUALITATIVO DOS ESTUDOS SELECIONADOS

O quadro, a seguir, sintetiza produções centrais utilizadas na revisão. A seleção priorizou diversidade metodológica e aderência às categorias analíticas que atendem aos objetivos da pesquisa, de modo que não representa inventário exaustivo de toda a produção nacional. Desse modo foram identificados 10 (dez) publicações que atenderam aos nossos objetivos, conforme segue.

**Quadro 1:** Produções utilizadas na revisão integrativa sobre direitos da gestante, proteção do nascituro e violência obstétrica (2005–2025).

| AUTORES / ANO                          | TÍTULO/ LINK                                                                                                                                                                                                      | OBJETIVO                                                                                           | SÍNTESE DOS RESULTADOS                                                                                                                     |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diniz (2005)</b>                    | Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento <a href="https://www.scielo.br">https://www.scielo.br</a>                                                                       | Mapear origens e sentidos da humanização e discutir maternidades humanizadas do SUS.               | Humanização articula evidências, direitos reprodutivos, acolhimento, alívio da dor e revisão das relações de gênero e poder.               |
| <b>Leal et al. (2014)</b>              | Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual <a href="https://www.scielo.br">https://www.scielo.br</a>                                                  | Descrever boas práticas e intervenções em mulheres de risco habitual na pesquisa Nascer no Brasil. | Constatou baixa frequência de algumas boas práticas e uso elevado de intervenções; a litotomia alcançou 91,7% dos partos vaginais.         |
| <b>Andrade et al. (2016)</b>           | Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco <a href="https://www.scielo.br">https://www.scielo.br</a>                 | Analisar fatores associados à violência obstétrica no parto vaginal.                               | Indicou associação entre práticas violentas e características assistenciais, reforçando o caráter institucional do fenômeno.               |
| <b>Zanardo et al. (2017)</b>           | Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa <a href="https://www.scielo.br">https://www.scielo.br</a>                                                                                                   | Revisar a produção sobre violência obstétrica no Brasil.                                           | Relacionou medicalização, gênero, perda de autonomia e práticas não baseadas em evidências; defendeu mudança do modelo de cuidado.         |
| <b>Leal et al. (2017)</b>              | A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil <a href="https://www.scielo.br">https://www.scielo.br</a>                                                                             | Avaliar iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto.                                       | Mulheres pretas e pardas apresentaram piores indicadores; entre pretas houve menor vinculação, orientação e anestesia em episiotomia.      |
| <b>Guimarães; Jonas; Amaral (2018)</b> | Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins <a href="https://www.scielo.br/j/ref/a/BPdk4Rs9YqDNcnhMKrFdmJh/">https://www.scielo.br/j/ref/a/BPdk4Rs9YqDNcnhMKrFdmJh/</a>                  | Analisar percepções de mulheres sobre violência obstétrica em maternidades públicas.               | Relatos evidenciaram violência verbal, física e institucional e a naturalização de práticas desrespeitosas.                                |
| <b>Lansky et al. (2019)</b>            | Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes <a href="https://www.scielo.br">https://www.scielo.br</a>                                                              | Analisar violência obstétrica e o efeito educativo da exposição Sentidos do Nascer.                | Evidenciou excesso de intervenções e indicou que informação e educação podem ampliar reconhecimento e autonomia.                           |
| <b>Traiano; Barreto (2021)</b>         | Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto <a href="https://www.scielo.br">https://www.scielo.br</a>                                    | Compreender percepções de profissionais sobre violência obstétrica e gênero.                       | Mostrou normalização de condutas e destacou formação, reflexão crítica e ampliação da enfermagem obstétrica.                               |
| <b>Medeiros; Nascimento (2022)</b>     | “Na hora de fazer não chorou”: a violência obstétrica e suas expressões <a href="https://www.scielo.br">https://www.scielo.br</a>                                                                                 | Analisar expressões de violência obstétrica sob a ótica de 12 puérperas.                           | A violência foi recorrente e expressou desigualdades e opressões de gênero; formação e visibilidade foram apontadas como necessárias.      |
| <b>Leite et al. (2024)</b>             | Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro <a href="https://www.scielo.br/j/csc/a/LbMdhqnGHfRRhNfjWJg pPjd/">https://www.scielo.br/j/csc/a/LbMdhqnGHfRRhNfjWJg pPjd/</a> | Apresentar o estado da arte da violência obstétrica no Brasil.                                     | Identificou heterogeneidade de definições e prevalências, fatores multicausais, impactos na saúde mental, cuidado pós-natal e amamentação. |

**Fonte:** Elaboração própria com base nos estudos selecionados (2026).

## RESULTADOS, ANÁLISES E DISCUSSÃO

### Síntese dos Resultados

A síntese das 10 (dez) produções estudadas mostrou convergência em quatro evidências.

#### Primeira Evidência: Natureza Multidimensional das Violações

A primeira evidência demonstra que as violações dos direitos da gestante não se limitam à violência física ou à realização de procedimentos invasivos. Elas compreendem também agressões verbais e psicológicas, ausência de informações, intervenções sem consentimento, impedimento da presença de acompanhante, negligência, discriminação e dificuldades de acesso aos serviços. Essas manifestações frequentemente ocorrem de forma articulada: a falta de informação pode facilitar a imposição de procedimentos, enquanto as relações hierárquicas podem inibir questionamentos e restringir a autonomia da mulher.

Zanardo *et al.* (2017) argumentam que a violência obstétrica envolve a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, expressando-se pela medicalização excessiva, pela perda de autonomia e por práticas não fundamentadas em evidências. Leite *et al.* (2024), por sua vez, identificam diferentes domínios do fenômeno, como tratamento desrespeitoso, violência verbal, procedimentos inadequados, ausência de consentimento, discriminação e cuidado negado. Portanto, a violência obstétrica deve ser compreendida como fenômeno complexo e multidimensional, cuja análise precisa considerar simultaneamente ações, omissões e condições institucionais.

#### Segunda Evidência: Modelo Assistencial Hierárquico e Intervencionista

A segunda evidência indica que as violações não decorrem exclusivamente da conduta isolada de determinado profissional. Elas também são sustentadas por um modelo de assistência no qual o conhecimento técnico é utilizado de maneira verticalizada, reduzindo a participação da gestante nas decisões sobre seu próprio corpo. Nesse contexto, determinados procedimentos podem ser incorporados às rotinas hospitalares sem avaliação individualizada, explicação adequada ou consentimento informado.

Diniz (2005) explica que a humanização do parto exige a transformação das relações de poder estabelecidas entre profissionais e usuárias, bem como a substituição de práticas rotineiras e intervencionistas por um cuidado baseado em

evidências e nos direitos reprodutivos. Leal *et al.* (2014) identificaram elevada utilização de intervenções obstétricas em mulheres consideradas de risco habitual, incluindo posição de litotomia, ocitocina e amniotomia. Esses resultados não permitem classificar automaticamente toda intervenção como violência, mas evidenciam a permanência de um modelo assistencial pouco sensível à autonomia, à individualização do cuidado e à liberdade de escolha da parturiente.

### **Terceira Evidência: Distribuição Desigual das Violações**

A terceira evidência revela que a exposição às violações obstétricas não ocorre de maneira uniforme. Características como raça ou cor, escolaridade, idade, condição econômica e dependência dos serviços públicos influenciam tanto o acesso quanto a qualidade da assistência recebida. Assim, mulheres em condições de maior vulnerabilidade podem enfrentar mais dificuldades para obter informações, ter sua dor reconhecida, acessar a maternidade de referência e participar das decisões clínicas.

Leal *et al.* (2017) demonstraram que mulheres pretas e pardas apresentaram, em geral, piores indicadores de atenção pré-natal e ao parto quando comparadas às mulheres brancas. Entre as mulheres pretas, foram observadas maior inadequação do pré-natal, menor vinculação à maternidade, menor orientação sobre o início do trabalho de parto e menor utilização de anestesia local nos casos de episiotomia. De igual modo, Leite *et al.* (2024) também reconhecem que vulnerabilidades sociais e individuais interagem com desigualdades institucionais, aumentando a exposição ao desrespeito e aos maus-tratos. Esses achados evidenciam que gênero, raça e classe se cruzam na produção das iniquidades obstétricas, exigindo políticas orientadas pelo princípio da equidade.

### **Quarta Evidência: Consequências Físicas, Psicológicas e Assistenciais**

A quarta evidência demonstra que as consequências das violações não se encerram no momento do parto. Procedimentos dolorosos ou desnecessários podem provocar lesões, infecções, dor persistente e dificuldades na recuperação. No campo psicológico, experiências de humilhação, abandono, coerção ou perda de autonomia podem produzir medo, ansiedade, depressão pós-parto e sintomas de estresse pós-traumático.

Nessa perspectiva, Leite *et al.* (2024) destacam que os maus-tratos na assistência obstétrica podem estar associados à depressão pós-parto, ao transtorno de estresse pós-traumático, às dificuldades de amamentação e à menor procura pelos

cuidados pós-natais. Medeiros e Nascimento (2022) demonstram que expressões violentas e culpabilizadoras produzem sofrimento e reproduzem desigualdades de gênero, especialmente quando são naturalizadas como parte do processo de parto. Consequentemente, a experiência negativa também pode abalar a confiança nos profissionais e nas instituições, dificultar o vínculo materno-infantil e reduzir a continuidade do acompanhamento da mulher e do recém-nascido.

Com efeito, estas quatro evidências estão interligadas. A multidimensionalidade das violações é favorecida por um modelo assistencial hierárquico; esse modelo afeta de maneira mais intensa mulheres social e racialmente vulnerabilizadas; e os danos produzidos podem prolongar-se pelo puerpério, afetando a saúde física e mental, a amamentação e a confiança no SUS. Portanto, o enfrentamento da violência obstétrica requer medidas combinadas de formação profissional, reorganização dos serviços, garantia do consentimento informado, combate às desigualdades, responsabilização institucional e monitoramento contínuo da qualidade da assistência

Os dados de Leal *et al.* (2014) demonstram a intensidade da intervenção no parto de risco habitual. A posição de litotomia em 91,7% dos partos vaginais, por exemplo, revela padronização pouco sensível à liberdade de posição. Leite *et al.* (2024) registram que diferentes pesquisas encontraram prevalências muito diversas de maus-tratos ou violência obstétrica, consequência de definições, amostras e instrumentos distintos. Assim, o resultado mais robusto da revisão não é afirmar uma prevalência nacional única, mas reconhecer padrões repetidos de desrespeito e perda de autonomia.

A proteção jurídica também se mostrou extensa, porém fragmentada na execução. Constituição, Lei Orgânica da Saúde, Lei do Acompanhante, Lei da Vinculação e ECA estabelecem deveres claros. O contraste entre normas e resultados empíricos indica déficit de implementação. De igual modo, a existência formal de direito não garante disponibilidade de leitos, acompanhante efetivo, comunicação adequada ou decisão compartilhada.

### **Análise da Categoria “Tipos de Violação e Proteção do Nascituro”**

A análise confirma que a violação mais abrangente é a supressão da condição de sujeito da gestante. Quando a equipe decide, toca, expõe, repreende ou intervém sem comunicação adequada, o problema não é somente de cordialidade; trata-se de integridade corporal, autonomia e informação. Diniz (2005) demonstra que humanizar significa rever a cultura técnico-assistencial e as relações de gênero. De

igual modo, Zanardo *et al.* (2017) reforçam que medicalização e apropriação dos processos reprodutivos podem causar violência mesmo quando apresentadas como procedimentos de rotina.

A proteção do nascituro não constitui polo necessariamente oposto à autonomia materna. Pré-natal adequado, cuidado intraparto seguro e acesso neonatal protegem ambos. O conflito surge quando o “bem fetal” é invocado sem evidência ou diálogo para impor procedimentos. O artigo 2º do Código Civil assegura proteção desde a concepção, mas não cria autorização geral para tratamento coercitivo. A interpretação sistemática com dignidade, liberdade e saúde exige decisão compartilhada e restrição mínima de direitos, preservadas emergências reais (Brasil, 1988; Brasil, 2002; Tartuce, 2020).

### **Análise da Categoria “Fatores Institucionais e Estruturais”**

Os resultados validam a hipótese de que superlotação, falta de profissionais, insuficiência de leitos, rotinas rígidas e formação inadequada ampliam o risco de violações. Entretanto, a análise deve evitar determinismo: condições difíceis não tornam inevitável a humilhação. Elas demandam gestão de risco, dimensionamento, supervisão e fluxos que preservem direitos. Andrade *et al.* (2016) e Trajano e Barreto (2021) permitem compreender a passagem da conduta individual sobre práticas que são ensinadas, repetidas e legitimadas no ambiente de trabalho.

### **A Peregrinação como Caso Paradigmático**

A peregrinação da gestante constitui um caso paradigmático das falhas institucionais e estruturais da assistência obstétrica, pois torna visível a distância existente entre os direitos formalmente assegurados e as condições concretas de acesso ao parto. No campo da saúde materna, o termo “peregrinação” designa o deslocamento da gestante por duas ou mais unidades de saúde em busca de atendimento, geralmente em razão da inexistência de vagas, leitos, profissionais, equipamentos ou capacidade técnica adequada. Em vez de o sistema organizar previamente o local do parto, transfere-se para a mulher, muitas vezes já em trabalho de parto, a responsabilidade de encontrar uma unidade que a acolha (Leal *et al.* 2017).

Menezes *et al.* (2006), ao analisarem a peregrinação anteparto entre puérperas do Município do Rio de Janeiro, demonstraram que a busca por atendimento em diferentes maternidades está relacionada às dificuldades de acesso e à desarticulação entre os serviços obstétricos e consideram que o fenômeno não representa apenas um deslocamento geográfico, mas uma falha na continuidade e na

coordenação do cuidado. Para essas autoras, a gestante chega a uma unidade e, diante da impossibilidade ou da recusa de atendimento, precisa procurar outro estabelecimento, sem que necessariamente haja transporte sanitário, comunicação prévia entre as equipes ou garantia de acolhimento no destino.

Nesse contexto, a peregrinação pode aumentar o tempo transcorrido entre o início do trabalho de parto e a assistência efetiva. O atraso torna-se especialmente preocupante quando existem condições obstétricas que exigem avaliação e intervenção oportunas, como hemorragias, hipertensão, ruptura prematura das membranas, alterações da frequência cardíaca fetal ou trabalho de parto avançado. Nesse sentido, as barreiras de acesso podem ampliar a vulnerabilidade materna e perinatal, sobretudo quando a gestante precisa realizar sucessivos deslocamentos antes de ser internada (Menezes *et al.* 2006).

Sousa et al. (2017) também compreendem o acesso à maternidade como resultado da organização territorial da rede, da distribuição dos estabelecimentos e da capacidade de comunicação e encaminhamento entre os diferentes serviços. Para os autores, a existência de unidades de saúde não assegura, por si só, acesso efetivo ao parto. É necessário que a rede funcione de maneira integrada, considerando localização, tempo de deslocamento, disponibilidade de vagas, complexidade assistencial e perfil de risco da gestante. Assim, a peregrinação evidencia uma rede fragmentada, na qual atenção primária, regulação, transporte sanitário e maternidades nem sempre atuam de forma coordenada.

O teor paradigmático do fenômeno também decorre de sua incompatibilidade com a Lei nº 11.634/2007. Essa norma assegura à gestante atendida pelo SUS o direito de conhecer e de ser previamente vinculada à maternidade onde ocorrerá o parto e à unidade responsável pelas intercorrências pré-natais. A vinculação deve ocorrer desde a inscrição no pré-natal e considerar a capacidade da unidade para atender ao risco gestacional. Nos casos em que a maternidade não possua condições técnicas ou profissionais, cabe ao SUS providenciar a transferência segura da paciente. Portanto, não é juridicamente adequado atribuir à mulher em trabalho de parto o encargo de procurar atendimento por seus próprios meios. Lei nº 11.634/2007.

A peregrinação também revela desigualdades sociais, raciais e territoriais. Mulheres com menor renda, residentes em áreas periféricas ou remotas e dependentes exclusivamente do SUS podem enfrentar maiores distâncias, dificuldades de transporte e menor possibilidade de escolher outro estabelecimento. Leal *et al.* (2017) demonstraram que mulheres pretas e pardas apresentaram, de

modo geral, piores indicadores de atenção pré-natal e ao parto, incluindo menor vinculação à maternidade de referência. Esse resultado mostra que a peregrinação não decorre somente da disponibilidade insuficiente de leitos, mas também pode refletir iniquidades históricas no acesso, na informação e na qualidade do cuidado.

Com efeito, além de ameaçar a saúde, a peregrinação compromete a dignidade e a segurança emocional da mulher. A incerteza sobre onde ocorrerá o parto, o medo de não receber assistência e a necessidade de deslocar-se enquanto sente dores ou apresenta sinais de risco podem produzir sofrimento, desamparo e perda de confiança no sistema público. A peregrinação constitui, assim, uma modalidade de violência institucional quando resulta de falhas evitáveis de organização, acolhimento, regulação e continuidade assistencial.

Dessa forma, a peregrinação é paradigmática porque reúne, em um mesmo fenômeno, diferentes problemas: descumprimento do direito à vinculação prévia, insuficiência de leitos e profissionais, fragmentação da rede, falhas de regulação, desigualdades territoriais e transferência indevida da responsabilidade institucional para a gestante. Sua prevenção exige planejamento regional, identificação antecipada da maternidade de referência, regulação de vagas em tempo real, comunicação entre os serviços, transporte sanitário e garantia de transferência segura. A mulher não deve ser simplesmente orientada a procurar outra unidade; o próprio sistema deve assumir a responsabilidade pelo encaminhamento e pela continuidade do cuidado Leal *et al.* (2017).

### **Análise da Categoria “Violência Obstétrica e Direitos Fundamentais”**

A violência obstétrica afeta uma demanda consideravelmente ampla de direitos. O tratamento humilhante ofende dignidade; a intervenção injustificada atinge integridade e autonomia, a omissão ameaça vida e saúde, a falta de informação prejudica consentimento, a discriminação viola igualdade e a recusa de acompanhante descumpre garantia legal específica. A OMS (2014) valida esse enquadramento ao relacionar desrespeito e abuso à vida, saúde, integridade e não discriminação.

Sarlet (2012), por sua vez, oferece o critério normativo de igual respeito. Para esse autor, a vulnerabilidade física e emocional do trabalho de parto intensifica, e não reduz, o dever de respeito. Medeiros e Nascimento (2022) mostram que falas culpabilizadoras reproduzem opressões de gênero e tornam a violência menos reconhecível. A prevenção, portanto, precisa de combinar direitos informados às

usuárias, formação adequada dos profissionais e mecanismos institucionais de escuta e reparação.

Também se verificou repercussão longitudinal. Leite *et al.* (2024) associam maus-tratos à depressão pós-parto, ao estresse pós-traumático, ao menor uso de cuidados posteriores e a dificuldades de amamentação. A violação pode, assim, comprometer a saúde da mulher e o cuidado ao recém-nascido, demonstrando que qualidade técnica e respeito não são dimensões concorrentes, mas componentes da segurança assistencial.

## PROPOSTAS DECORRENTES DA DISCUSSÃO E DAS ANÁLISES

229

O estudo indica seis prioridades:

- 1) Garantir vinculação à maternidade e regulação segura;
- 2) Informar direitos no pré-natal e registrar preferências e consentimento;
- 3) Atualizar protocolos com auditoria de episiotomia, ocitocina, amniotomia, kristeller<sup>6</sup>, cesariana e restrição de posição;
- 4) Assegurar acompanhante, privacidade e canais independentes de denúncia;
- 5) Instituir educação permanente em direitos humanos, racismo obstétrico, comunicação e evidências clínicas;
- 6) Criar indicadores que devem ser estratificados e discutidos com a participação de usuárias.

Com efeito, essas medidas deslocam o enfrentamento de uma lógica exclusivamente punitiva para uma abordagem de prevenção, governança e responsabilização proporcional. A responsabilização individual continua pertinente quando houver dolo, culpa ou infração ética, mas não substitui a correção de falhas sistêmicas. Do mesmo modo, capacitações isoladas, sem recursos, supervisão e mudança de fluxos, têm alcance limitado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa de estudos publicados entre 2005-2025 permitiu concluir que as violações dos direitos da gestante no sistema público de saúde brasileiro, manifestam-se por práticas verbais, psicológicas, físicas, informacionais,

---

<sup>6</sup> A manobra de Kristeller consiste na aplicação de pressão manual sobre o fundo do útero, em direção ao canal vaginal, com a finalidade de acelerar a expulsão fetal. Hofmeyr et al. (2017) esclarecem que não existem evidências suficientes para comprovar benefícios maternos ou neonatais decorrentes dessa prática. Considerando sua eficácia incerta e os potenciais riscos envolvidos, sua realização não é recomendada como procedimento rotineiro. Quando executada sem indicação fundamentada, informação ou consentimento, pode representar violação da autonomia, da integridade corporal e do direito da parturiente a uma assistência baseada em evidências (Hofmeyr *et al.*, 2017).

negligenciais, discriminatórias e institucionais. Entre as situações mais recorrentes estão humilhação, ausência de consentimento informado, intervenções rotineiras sem indicação individualizada, restrição de acompanhante, perda de privacidade, peregrinação, demora e cuidado desigual.

Os objetivos foram alcançados, pois, identificaram-se os tipos de violação, examinou-se a tutela do nascituro, verificaram-se fatores institucionais e estruturais e demonstrou-se a conexão entre violência obstétrica e direitos fundamentais. Nesse sentido, as hipóteses foram parcialmente confirmadas, pois percebeu-se que o modelo intervencionista, a precariedade e as hierarquias contribuem para violações, porém a heterogeneidade metodológica impede fixar prevalência única ou atribuir todo evento adverso à violência.

Concluiu-se, também, que a proteção jurídica do nascituro, resguardada desde a concepção pelo Código Civil e concretizada pelas garantias constitucionais e sanitárias, exige pré-natal integral, parto seguro e prevenção de riscos evitáveis. Essa proteção deve ser harmonizada com a dignidade, autonomia e integridade da gestante. A falsa oposição entre mulher e nascituro enfraquece o cuidado, ao mesmo tempo em que a proteção efetiva de ambos depende de informação, evidência científica, proporcionalidade e rede assistencial resolutive.

Finalmente, conclui-se que o desafio central não é ausência absoluta de normas, mas sua implementação desigual. Aspectos como Lei do Acompanhante, vinculação à maternidade, atenção humanizada e diretrizes baseadas em evidências precisam de converter-se em capacidade instalada, fluxos dinâmicos, indicadores confiáveis e responsabilização compartilhada.

Nesse sentido, recomenda-se que futuras pesquisas avaliem intervenções institucionais, instrumentos validados de mensuração e experiências empíricas no Norte do Brasil, assim como efeitos específicos sobre mulheres negras, indígenas, adolescentes, com deficiência e residentes em áreas remotas.

Por fim, compreendeu-se que combater a violência obstétrica significa qualificar o SUS. Afinal, o cuidado respeitoso não é favor, adorno humanitário e muito menos oposição à técnica, mas requisito jurídico e clínico de uma assistência segura, equitativa e integral.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 16, n. 1, p. 29–37, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/5f8XwfZ8h3f57q8DwJrFJLp/>. Acesso em: 15 ago. 2026.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 15 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 15 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 15 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406compilada.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm). Acesso em: 15 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080 [...] para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm). Acesso em: 15 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm). Acesso em: 15 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm). Acesso em: 15 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 14.721, de 8 de novembro de 2023**. Altera os arts. 8º e 10 da Lei nº 8.069 [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/l14721.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14721.htm). Acesso em: 15 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023**. Altera a Lei nº 8.080 [...] para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/l14737.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14737.htm). Acesso em: 15 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2017/relatorio\\_diretrizesnacionais\\_partonormal\\_versao-final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2017/relatorio_diretrizesnacionais_partonormal_versao-final.pdf). Acesso em: 15 ago. 2026.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627–637, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/>. Acesso em: 15 ago. 2026.

GUIMARÃES, Liana Barcelar Evangelista; JONAS, Eline; AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel do. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e43278, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/BPdk4Rs9YqDNcnhMKrFdmJh/>. Acesso em: 15 ago. 2026.

GUPTA, Janesh K.; SOOD, Akanksha; HOFMEYR, G. Justus; VOGEL, Joshua P. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6484432/>. Acesso em: 15 ago. 2026.

HOFMEYR, G. Justus; VOGEL, Joshua P.; CUTHBERT, Anna; SINGATA, Mandisa. Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD006067.pub3. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6464399/>. Acesso em: 15 ago. 2026.

LANSKY, Sônia et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811–2824, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrjj/>. Acesso em: 15 ago. 2026.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/>. Acesso em: 15 ago. 2026.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17–S32, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWFgGd/>. Acesso em: 15 ago. 2026.

LEITE, Thaís Henriques et al. Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, e12222023, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LbMdhqnGHfRRhNfjWJgpPjd/>. Acesso em: 15 ago. 2026.

MEDEIROS, Rita de Cássia da Silva; NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do. “Na hora de fazer não chorou”: a violência obstétrica e suas expressões. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 30, n. 3, e71008, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/pYzdzkbVZN4Bth85wSkbgxC/>. Acesso em: 15 ago. 2026.

MENEZES, Débora Cristina Sacramento de et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 553–559, 2006. Disponível: [https://www.scielo.br/j/](https://www.scielo.br/j/Acesso em: 15 ago. 2026) Acesso em: 15 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO. **Recommendations for augmentation of labour**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258881/>. Acesso em: 15 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>. Acesso em: 15 ago. 2026.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SOUSA, Lívia Maria Oliveira et al. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, e00101616, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PHkpL4Q4X6MCnW4v7xLJN5L/>. Acesso em: 15 ago. 2026.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/>. Acesso em: 15 ago. 2026.

TARTUCE, Flávio. **Manual de direito civil**: volume único. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense. São Paulo: Método, 2020.

TRAJANO, Amanda Reis; BARRETO, Edna Abreu. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e200689, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PDnDR5XtNdJy47fkKRW6qcw/>. Acesso em: 15 ago. 2026.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, e155043, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/>. Acesso em: 15 ago. 2026.