

A arquitetura do caos: como a culpa institucional disfarça a precarização da saúde como gargalo no colapso da assistência obstétrica

The architecture of chaos: how institutional blame disguises healthcare precarization as a bottleneck in the collapse of obstetric care

La arquitectura del caos: cómo la culpa institucional disfraz a la precariedad de la salud como cuello de botella en el colapso de la asistencia obstétrica

DOI: 10.54901/educa.v9-497

Maria do Perpétuo Socorro Oliveira de Souza¹
Beatriz Christinny de Souza²

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo analisar como a precarização estrutural da saúde e a omissão estatal atuam como verdadeiros gargalos do colapso assistencial obstétrico, evidenciando que a culpa institucional funciona como ferramenta de blindagem corporativa que dissimula a responsabilidade gerencial. A pesquisa, de natureza teórico-crítica, fundamenta-se em revisão integrativa da literatura sobre violência obstétrica, condições de trabalho em saúde e responsabilidade institucional, com ênfase nos achados da pesquisa nacional "Nascer no Brasil". O estudo demonstra que a fragmentação do vínculo trabalhista, a sobrecarga operacional, a fadiga acumulada, o desabastecimento de insumos e a ruptura da continuidade do cuidado são variáveis métricas que convertem a precarização em indutores matemáticos do erro clínico. Conclui-se que a perpetuação do colapso assistencial está intrinsecamente vinculada a um modelo de gestão que prioriza a redução de custos em detrimento da segurança, sendo imperativo deslocar o eixo da responsabilização individual para a responsabilidade institucional e estatal.

Palavras-chave: precarização da saúde; violência obstétrica; condições de trabalho; responsabilidade institucional; saúde coletiva.

1 INTRODUÇÃO

O nascimento, enquanto evento biopsicossocial, representa um momento de grande significado existencial para a mulher, sua família e a comunidade. No entanto, a realidade dos serviços de saúde no Brasil revela um cenário paradoxal: ao invés de acolhimento e segurança, muitas mulheres vivenciam experiências marcadas por violações de direitos, desrespeito à autonomia e práticas intervencionistas desnecessárias. A violência obstétrica, conceituada como toda forma de violência e danos originados no cuidado obstétrico profissional, tem se

¹ Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, SEMSA - Prefeitura de Rio Branco, Rio Branco, Acre, Brasil. E-mail: socorro.sou@hotmail.com

² Residência em Enfermagem Obstétrica, Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil. E-mail: beatrizchristinny10@gmail.com

constituído como um grave problema de saúde pública. A literatura evidencia que a violência obstétrica se configura como violação dos direitos humanos da gestante no pré-natal, parto, pós-parto ou abortamento, podendo manifestar-se nas formas verbal, física, psicológica e até sexual (Oliveira & Albuquerque, 2018), com prevalências alarmantes que atingem cerca de 25% das mulheres que relatam maus-tratos durante o atendimento ao parto (Arantes *et al.*, 2021).

A literatura especializada tem demonstrado que a assistência obstétrica no Brasil é caracterizada por excesso de intervenções desnecessárias, tais como venóclise de rotina, ocitocina para aceleração do parto, episiotomia e a realização de cesarianas sem indicação clínica precisa. Conforme evidenciado pela pesquisa "Nascer no Brasil", a taxa de cesáreas alcança 55,6% do total de nascimentos no país, sendo ainda mais expressiva no setor privado, onde atinge 85% dos partos (Leal *et al.*, 2014a). Este cenário de hipermedicalização e desrespeito à fisiologia do parto reflete um modelo assistencial que prioriza a lógica produtivista e o controle institucional em detrimento da autonomia feminina e da segurança do binômio mãe-filho, caracterizando o que Diniz (2005) denominou como um sistema que opera a partir de "muitos sentidos" da humanização, frequentemente esvaziados em sua prática concreta.

O debate público, midiático e jurídico acerca dos desfechos trágicos no parto tende a se encerrar na busca obsessiva por um culpado na ponta do atendimento, desconsiderando que o erro individual frequentemente é o resultado estatisticamente planejado de um sistema falido. Estudos apontam que a violência obstétrica atinge 65,3% das mulheres internadas por motivos de parto (Arantes *et al.*, 2021), evidenciando a magnitude do problema e a urgência de intervenções estruturais que transcendam a abordagem individualizante. Esta abordagem punitivista e fragmentada ignora que as condições estruturais nas quais os profissionais de saúde atuam são determinantes para a qualidade da assistência prestada, conforme demonstram os estudos sobre as condições de trabalho e seus impactos na qualidade do cuidado (Possati *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2021).

Diante desse contexto, surge a problemática central que orienta esta investigação: em que medida a precarização estrutural e o subfinanciamento da assistência obstétrica são mascarados pela responsabilização individual do profissional da ponta, perpetuando o colapso do sistema e a violência contra as mulheres? A literatura existente acerca da morbimortalidade e da violência obstétrica apresenta uma fragmentação analítica: enquanto abordagens socioculturais focam na descrição das violações na linha de frente (Andrade *et al.*, 2016; Vilaça *et al.*, 2021), análises econômicas discutem o subfinanciamento estatal de forma abstrata. A lacuna que este artigo pretende preencher reside na ausência de um modelo

integrado que demonstre o nexo de causalidade direta entre a precarização macroestrutural e o desfecho clínico na ponta, articulando as dimensões do trabalho, da infraestrutura e da gestão.

O objetivo geral deste estudo é demonstrar que a precarização estrutural da saúde e a omissão estatal são os verdadeiros gargalos do colapso assistencial obstétrico, evidenciando como a culpa institucional atua como ferramenta de blindagem corporativa. Como objetivos específicos, busca-se: mapear e conceituar as variáveis métricas que convertem a precarização do trabalho e da estrutura em indutores do erro clínico; expor o nexo de causalidade entre as escolhas macroeconômicas de gestão e os desfechos desfavoráveis no parto; e propor um modelo de garantias e seguranças jurídicas que responsabilize o topo da pirâmide administrativa, blindando a autonomia de quem cuida e a vida de quem nasce. A justificativa desta pesquisa reside na necessidade urgente de deslocar o eixo analítico do erro individual para o gargalo da precarização estrutural e estatal, desmascarando os mecanismos de culpa institucional que eximem as organizações de suas responsabilidades gerenciais ao sacrificarem o trabalhador da linha de frente (Fonseca *et al.*, 2022; Barbosa *et al.*, 2021).

2 METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se como um ensaio teórico-crítico de natureza reflexiva, construído por meio de uma abordagem interdisciplinar entre a Saúde Coletiva, o Direito Sanitário e a Sociologia do Trabalho. A escolha deste delineamento metodológico justifica-se pela necessidade de confrontar a legalidade formal dos manuais de "parto humanizado" e protocolos institucionais com a materialidade real das maternidades superlotadas, com escassez de insumos e profissionais exaustos. Conforme assinalam os estudos sobre a temática, a compreensão da violência obstétrica demanda uma análise que transcenda a conduta individual dos profissionais e considere as determinações estruturais que produzem e reproduzem as violações de direitos no cenário obstétrico (Andrade *et al.*, 2016; Vilaça *et al.*, 2021). Esta abordagem dialética entre a formalidade dos discursos e a materialidade das práticas constitui o eixo metodológico fundamental da investigação.

O percurso metodológico fundamenta-se em revisão integrativa da literatura, compreendendo o período de 2005 a 2026, com ênfase nas produções científicas que abordam a violência obstétrica, as condições de trabalho em saúde e a responsabilidade institucional. Foram consultadas bases de dados como SciELO, PubMed, BVS e Google Acadêmico, utilizando os descritores "violência obstétrica", "precarização da saúde", "condições de trabalho", "parto humanizado" e "responsabilidade institucional". A análise dos dados foi

conduzida mediante a técnica de análise de conteúdo temática, permitindo a identificação de categorias analíticas recorrentes na literatura e a sistematização dos achados para a construção do arcabouço teórico-crítico. Os estudos selecionados incluem pesquisas epidemiológicas de grande escala como o inquérito "Nascer no Brasil" (Leal *et al.*, 2014a, 2014b), além de revisões integrativas e estudos qualitativos sobre a percepção dos profissionais acerca da humanização do parto (Possati *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2021).

O cerne empírico-analítico do ensaio estrutura-se na proposição e cruzamento de 11 variáveis métricas que demonstram o nexos causal entre falha de gestão e colapso assistencial. Esta abordagem metodológica inovadora permite superar o reducionismo da culpa individual, evidenciando que o erro clínico é o resultado estatisticamente planejado da precarização do trabalho e do esmagamento da estrutura (Nagahama & Santiago, 2011). A pesquisa fundamenta-se nos achados da pesquisa nacional "Nascer no Brasil", que constitui o mais amplo inquérito epidemiológico sobre parto e nascimento no país, fornecendo dados robustos sobre as intervenções obstétricas, o perfil sociodemográfico das parturientes e as condições da assistência oferecida (Leal *et al.*, 2014b). As variáveis foram organizadas em categorias analíticas que abrangem desde as métricas de vínculo e trabalho até os indicadores de infraestrutura, autonomia técnica, vulnerabilidade social e desfecho clínico, conforme sistematizado no Quadro 1.

Quadro 1. Sistema de Variáveis Métricas do Colapso Assistencial Obstétrico.

Categoria do Fluxo	Variável Métrica	Indicador
Métricas de Vínculo e Trabalho	IPVT – Índice de Precarização do Vínculo Trabalhista	Percentual de profissionais com regimes instáveis (PJ, autônomos, plantonistas volantes)
	Turnover Clínico – Taxa de Rotatividade da Equipe	Percentual de substituição de profissionais em 12 meses
	IFHA – Índice de Fadiga Humana Acumulada	Horas consecutivas de plantão e privação de sono nas últimas 48h
Métricas de Infraestrutura	DOEI – Densidade de Ocupação da Estrutura Instalada	Taxa de ocupação diária de leitos PPP e UTI Neonatal
	IDIC – Índice de Desabastecimento de Insumos Críticos	Frequência e tempo de indisponibilidade de fármacos e equipamentos

Categoria do Fluxo	Variável Métrica	Indicador
	CFPE – Coeficiente de Financiamento e Precariedade Estatal	Percentual de subfinanciamento e cortes orçamentários nos últimos 5 anos
Métricas de Autonomia	TAEP – Tempo Assistencial Efetivo por Parturiente	Média de minutos dedicados a cada gestante em trabalho de parto ativo
	RSO – Razão de Sobrecarga Operacional	Número de pacientes por profissional por hora de plantão
	IRCC – Índice de Ruptura na Continuidade do Cuidado	Taxa de gestantes sem prontuário do pré-natal acessível no hospital
Métrica de Vulnerabilidade	IVSP – Índice de Vulnerabilidade Social da Paciente	Cruzamento de raça, renda, escolaridade e CEP de origem
Desfecho (COLAPSO)	TICL – Taxa de Intervenção por Conveniência Logística	Percentual de cesáreas e induções sem indicação clínica

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026).

3 O COLAPSO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA: PRECARIZAÇÃO COMO MODELO DE GESTÃO

A análise do colapso da assistência obstétrica no Brasil demanda a compreensão de que a precarização da saúde não se configura como um acidente de percurso ou uma crise passageira, mas sim como um modelo de gestão consolidado, orientado pela redução de custos e pela maximização do fluxo assistencial em detrimento da segurança e da qualidade do cuidado. Conforme evidenciam os estudos sobre violência obstétrica, o modelo assistencial vigente tem se caracterizado pelo excesso de intervenções desnecessárias, pela despersonalização do cuidado e pelo desrespeito à autonomia feminina, configurando um padrão de atendimento que sistematicamente viola os direitos humanos das mulheres (Oliveira & Albuquerque, 2018; Arantes *et al.*, 2021).

A perpetuação deste cenário está intrinsecamente vinculada à lógica produtivista que orienta a gestão dos serviços de saúde, na qual o nascimento é tratado como um evento a ser gerenciado e acelerado, em vez de um processo fisiológico a ser acompanhado e respeitado, conforme já alertava Diniz (2005) ao discutir os múltiplos sentidos da humanização do parto no Brasil.

3.1 A Precarização do Trabalho e o Desmonte das Equipes

A fragilização dos vínculos trabalhistas constitui um dos pilares da precarização da saúde, produzindo efeitos devastadores sobre a qualidade da assistência obstétrica. O avanço de contratos intermitentes, regimes de Pessoa Jurídica (PJ), plantões volantes e outras formas de vínculo instável tem promovido a fragmentação do corpo clínico e a destruição do compromisso de longo prazo com a instituição e com os pacientes. Estudos demonstram que a alta rotatividade de profissionais impede o desenvolvimento de dinâmicas de equipe essenciais para o manejo de emergências obstétricas, comprometendo a comunicação efetiva e a sinergia necessária para a atuação em situações críticas (Possati *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2021). Este fenômeno, identificado como *turnover* clínico, constitui uma das variáveis métricas fundamentais para a compreensão do colapso assistencial.

A sobrecarga de trabalho e a exaustão física e mental dos profissionais são consequências diretas da precarização dos vínculos e da lógica produtivista que orienta a gestão hospitalar. A literatura evidencia que os enfermeiros da atenção primária, embora compreendam os aspectos inerentes à humanização do parto, relatam encontrar dificuldades significativas para colocar em prática tais princípios, diante das condições estruturais adversas que enfrentam no cotidiano de trabalho (Possati *et al.*, 2017). A impossibilidade de dedicar tempo adequado a cada parturiente, a pressão por produtividade e a falta de recursos materiais e humanos transformam o cuidado obstétrico em uma prática mecanizada e desumanizada, na qual o profissional se torna um executor involuntário de um cenário de risco previamente desenhado pela lógica gerencial.

A jornada exaustiva e a privação de sono, mensuradas pelo Índice de Fadiga Humana Acumulada (IFHA), constituem indutores documentados de erro clínico, pois a degradação dos reflexos e do julgamento médico transforma o profissional em um executor automatizado de protocolos, incapaz de exercer o discernimento necessário para decisões seguras em emergências obstétricas. Estudos sobre condições de trabalho em saúde apontam que a fadiga extrema está associada a maiores taxas de eventos adversos e comprometimento da qualidade da assistência (Nagahama & Santiago, 2011). A sobrecarga operacional, medida pela Razão de Sobrecarga Operacional (RSO), que confronta o número real de pacientes sob responsabilidade de um único profissional com os limites máximos recomendados pela OMS, revela a violação sistemática dos parâmetros seguros de atendimento.

A fragmentação do cuidado, decorrente da alta rotatividade e da precarização dos vínculos, compromete gravemente a segurança da assistência. As falhas de comunicação

durante a transição de plantão, o chamado *handover*, são apontadas como uma das principais causas de eventos adversos na assistência obstétrica. Quando a equipe é composta majoritariamente por profissionais volantes, sem vínculo estável com a instituição, a continuidade informacional é rompida, e informações cruciais sobre o estado clínico da parturiente podem ser perdidas ou mal transmitidas, aumentando exponencialmente o risco de complicações e desfechos desfavoráveis (Silva *et al.*, 2021). Este fenômeno evidencia que a precarização do trabalho não afeta apenas a vida dos profissionais, mas compromete diretamente a segurança das pacientes.

As consequências da precarização do trabalho estendem-se para além do ambiente institucional, afetando a relação terapêutica e a confiança entre profissional e paciente. Estudos demonstram que profissionais submetidos a condições adversas de trabalho tendem a desenvolver atitudes defensivas e mecanismos de distanciamento emocional que comprometem a qualidade do cuidado e a humanização da assistência (Possati *et al.*, 2017). A percepção de insegurança jurídica e a ameaça constante de responsabilização individual por eventos adversos produzem um ambiente de trabalho paralisante, no qual a prática clínica é orientada pela medicina defensiva e pela burocratização excessiva, em detrimento do cuidado centrado na paciente.

A estabilidade contratual e a constituição de equipes fixas e multidisciplinares emergem como condições indispensáveis para a qualidade da assistência obstétrica. A literatura sobre humanização do parto destaca que a continuidade do cuidado, do pré-natal ao pós-parto, é um fator protetor contra a violência obstétrica e está associada a melhores desfechos maternos e neonatais (Diniz, 2005; Nagahama & Santiago, 2011). No entanto, a lógica da terceirização e da flexibilização trabalhista, que tem avançado no setor saúde, impede a construção destes vínculos estáveis, perpetuando o ciclo de precarização e comprometendo a segurança da assistência obstétrica.

3.2 O Estrangulamento Físico: Infraestrutura e Desabastecimento

As condições materiais dos serviços de saúde constituem o segundo grande eixo do colapso assistencial, manifestando-se na ocupação superlotada dos leitos, no desabastecimento crônico de insumos e na obsolescência dos equipamentos. A densidade de ocupação da estrutura instalada, mensurada pela Densidade de Ocupação da Estrutura Instalada (DOEI), revela o estrangulamento físico a que estão submetidas as maternidades brasileiras, operando rotineiramente acima de sua capacidade máxima. Este cenário de superlotação crônica força a

prática da "medicina de guerra", na qual a escassez de recursos determina prioridades e condutas que comprometem a segurança do binômio materno-infantil (Nagahama & Santiago, 2011). A literatura evidencia que a superlotação está associada a maiores taxas de intervenções desnecessárias, menor tempo de cuidado individualizado e aumento da ocorrência de eventos adversos.

O desabastecimento de insumos críticos, mensurado pelo Índice de Desabastecimento de Insumos Críticos (IDIC), constitui um indicador inequívoco da precariedade estatal e da priorização orçamentária equivocada. A indisponibilidade de fármacos vitais como a ocitocina, utilizada para prevenção de hemorragia pós-parto, e o sulfato de magnésio, indicado para o tratamento da eclampsia, é uma realidade em muitas maternidades brasileiras, transformando a escassez material em um determinante direto de quem vive e quem morre. Estudos sobre a qualidade da assistência obstétrica apontam que a falta de insumos básicos é um dos principais fatores que comprometem a segurança do parto e contribuem para a morbimortalidade materna evitável (Andrade *et al.*, 2016; Vilaça *et al.*, 2021).

A obsolescência de equipamentos como os cardiotocógrafos, fundamentais para o monitoramento da vitalidade fetal durante o trabalho de parto, força a equipe a tomar decisões clínicas baseadas em informações incompletas, aumentando o risco de eventos adversos. A literatura sobre violência obstétrica documenta que a falta de equipamentos adequados e a precariedade da infraestrutura hospitalar são fatores que contribuem para a ocorrência de práticas intervencionistas desnecessárias e para o desrespeito à autonomia feminina (Arantes *et al.*, 2021). A impossibilidade de realizar o monitoramento adequado da vitalidade fetal pode levar a decisões precipitadas de cesariana ou, inversamente, à demora na identificação de sofrimento fetal, com consequências graves para o recém-nascido.

O Coeficiente de Financiamento e Precariedade Estatal (CFPE), que mensura o percentual de subfinanciamento, cortes ou atrasos de repasses públicos e privados, emerge como a variável fundamental para compreender a raiz do colapso assistencial. A literatura sobre financiamento público da saúde aponta que a desvinculação de receitas e a priorização do pagamento da dívida pública em detrimento das políticas sociais criam um cenário no qual a universalidade do sistema é sistematicamente corroída, produzindo a escassez de leitos, o desabastecimento de insumos e a precarização do trabalho como consequências inevitáveis de escolhas políticas deliberadas (Barbosa *et al.*, 2021). O CFPE, portanto, não é um dado técnico neutro, mas a expressão de um projeto político que define quais vidas merecem ser cuidadas e quais podem ser sacrificadas.

A relação entre subfinanciamento e violência obstétrica é mediada por múltiplos mecanismos que conectam a escassez de recursos à violação de direitos. Estudos demonstram que maternidades com menor orçamento e maior precariedade estrutural apresentam taxas mais elevadas de violência obstétrica, especialmente entre mulheres negras e de baixa renda (Leal *et al.*, 2014a; Leal *et al.*, 2014b). Esta associação evidencia que a violência obstétrica não é um fenômeno aleatório, mas um mecanismo de reprodução das desigualdades sociais, no qual a precariedade material se converte em precariedade existencial para as mulheres que dependem do sistema público de saúde.

3.3 A Seletividade do Caos: Recorte Racial, de Classe e Gênero

A violência obstétrica no Brasil apresenta um recorte social e racial inequívoco, atingindo desproporcionalmente mulheres negras, de baixa renda e com menor escolaridade. Os dados da pesquisa "Nascer no Brasil" demonstram que a ocorrência de violência obstétrica está fortemente associada a características socioeconômicas como baixa escolaridade, ausência de emprego, recebimento de benefícios governamentais e financiamento público do parto (Leal *et al.*, 2014a; Leal *et al.*, 2014b). Esta seletividade revela que o colapso estrutural da assistência opera como um mecanismo de reprodução das desigualdades sociais, vitimando majoritariamente as mulheres já vulnerabilizadas pela interseção de raça, classe e gênero, conforme documentado por diversos estudos sobre o perfil das vítimas de violência obstétrica (Arantes *et al.*, 2021; Vilaça *et al.*, 2021).

As manifestações da violência obstétrica são múltiplas e frequentemente interconectadas, configurando um padrão de abuso que pode ser classificado em diferentes categorias: abuso físico, abuso psicológico, negligência, estigma e discriminação, e toques vaginais inadequados (Arantes *et al.*, 2021). Os tipos mais prevalentes de violência obstétrica incluem toques vaginais inadequados (46,2%), negligência (31,5%) e abuso psicológico (21,7%), sendo que a coocorrência dos quatro tipos mais comuns atinge 3% das mulheres (Arantes *et al.*, 2021). Este perfil de violência evidencia que as violações não são episódios isolados, mas um padrão sistêmico de desrespeito à dignidade e autonomia feminina, que se manifesta de forma mais intensa entre as mulheres socialmente vulneráveis.

O Índice de Vulnerabilidade Social da Paciente (IVSP), proposto neste estudo como uma métrica integrada de raça, renda, escolaridade e território, revela a dimensão estrutural da violência, demonstrando que o caos assistencial não é aleatório, mas seletivo. A pesquisa "Nascer no Brasil" documentou que mulheres negras recebem menos analgesia durante o

trabalho de parto e são submetidas a mais intervenções desnecessárias em comparação com mulheres brancas, mesmo quando controlados outros fatores clínicos e socioeconômicos (Leal *et al.*, 2014b). Este padrão de discriminação racial no cuidado obstétrico é um dos aspectos mais perversos da violência institucional, pois reproduz, no interior do sistema de saúde, as hierarquias raciais que estruturam a sociedade brasileira.

A idade materna também se configura como um fator associado à violência obstétrica, com maior prevalência entre mulheres com idade ≥ 35 anos e entre primíparas (Andrade *et al.*, 2016). Além disso, ter entrado em trabalho de parto espontâneo (em oposição à indução ou à cesárea eletiva) apresenta-se como um fator de risco para a vivência de violência, sugerindo que a "perda de controle" sobre o tempo institucional pode desencadear práticas coercitivas e intervencionistas por parte da equipe. Este achado é particularmente relevante, pois revela que a violência obstétrica está associada não apenas a características individuais, mas também a dinâmicas institucionais de controle do tempo e do espaço do parto.

O recorte de classe na violência obstétrica é igualmente expressivo: mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são significativamente mais vulneráveis à violência obstétrica do que aquelas atendidas em serviços privados (Nagahama & Santiago, 2011). Esta diferença reflete a dualidade estrutural do sistema de saúde brasileiro, no qual a qualidade da assistência é diretamente proporcional à capacidade de pagamento, e a precariedade do setor público se traduz em violações de direitos para as mulheres mais pobres. A violência obstétrica, portanto, não é um fenômeno universal, mas uma expressão concreta das desigualdades que marcam a sociedade brasileira, operando como um mecanismo de produção e reprodução da vulnerabilidade social.

A interseccionalidade entre raça, classe e gênero na determinação da violência obstétrica exige uma abordagem analítica que considere as múltiplas dimensões da opressão. Mulheres negras e pobres enfrentam não apenas a precariedade material dos serviços de saúde, mas também o racismo institucional e o sexismo que permeiam as práticas de cuidado. Estudos sobre o tema apontam que a violência obstétrica é um fenômeno estrutural, enraizado em hierarquias sociais que antecedem e transcendem o momento do parto, e que sua superação demanda não apenas melhorias na qualidade da assistência, mas também o enfrentamento das desigualdades sociais mais amplas (Fonseca *et al.*, 2022; Barbosa *et al.*, 2021).

3.4 O Desfecho: Intervenções Desnecessárias e a Farsa da Fatalidade

A culminação do colapso assistencial manifesta-se na Taxa de Intervenção por Conveniência Logística (TICL), que mensura o percentual de cesáreas e induções artificiais realizadas sem indicação clínica, utilizadas como atalhos temporais para acelerar o giro de leitos. O Brasil apresenta uma das mais altas taxas de cesarianas do mundo, alcançando 55,6% do total de nascimentos, índice que sobe para 85% no setor privado (Leal *et al.*, 2014a). Este excesso de intervenções não é justificado por indicações clínicas, mas pela lógica produtivista que orienta a gestão hospitalar, na qual o tempo de internação deve ser minimizado e a produtividade maximizada, mesmo que isso implique a violação da fisiologia do parto e a exposição da mulher e do bebê a riscos desnecessários (Nagahama & Santiago, 2011).

As práticas intervencionistas que caracterizam o modelo obstétrico brasileiro incluem não apenas a cesariana em excesso, mas também a venóclise de rotina, a administração profilática de ocitocina, a episiotomia, a amniotomia precoce e a restrição de movimentos e alimentação durante o trabalho de parto. Todas estas intervenções, realizadas sob o pretexto de "segurança", têm sido questionadas pelas evidências científicas e configuram, na verdade, violações do direito da mulher a uma assistência baseada nas melhores práticas (Leal *et al.*, 2014a). A "humanização do parto", conceito que orienta a política pública do Ministério da Saúde desde os anos 2000, tem sido sistematicamente esvaziada em sua dimensão prática, permanecendo como um discurso no plano formal, enquanto a materialidade do cuidado segue caracterizada pela violência institucional (Diniz, 2005).

A manobra de Kristeller, compressão do fundo uterino para acelerar a expulsão fetal, é uma das práticas intervencionistas mais criticadas pela literatura, sendo considerada uma violência obstétrica por sua natureza coercitiva e pelos riscos que acarreta para mãe e bebê. Estudos documentam que a manobra de Kristeller, quando realizada sem indicação clínica precisa, constitui uma violação da integridade física e da autonomia da mulher, além de estar associada a complicações como lacerações perineais graves, incontinência urinária e lesões no recém-nascido (Nascimento *et al.*, 2021). A persistência desta prática, apesar das evidências contrárias, revela o descompasso entre o conhecimento científico e a realidade da assistência obstétrica no Brasil.

A farsa da fatalidade é o mecanismo pelo qual o colapso consumado é maquiado como um evento isolado, atribuído à imperícia ou negligência do profissional da ponta, enquanto a instituição e o Estado se eximem de sua responsabilidade pela arquitetura de risco. A Taxa de Intervenção por Conveniência Logística ilustra perfeitamente este mecanismo: a pressão por

giro de leitos, a escassez de recursos humanos e o subfinanciamento crônico criam as condições para que a cesariana ou a indução se tornem "soluções" para problemas logísticos, mas quando ocorre uma complicação, o erro é localizado no profissional que realizou o procedimento, e não no sistema que o induziu (Fonseca *et al.*, 2022). Assim, a logística da escassez substitui a evidência científica, e o erro final é maquiado como "fatalidade isolada", perpetuando o ciclo de impunidade institucional.

4 A ANATOMIA DA CULPA INSTITUCIONAL E AS VIAS DE SUPERAÇÃO DO COLAPSO

A análise do fenômeno da violência obstétrica e do colapso assistencial demanda uma compreensão aprofundada dos mecanismos pelos quais as instituições de saúde, as operadoras e o Estado constroem uma blindagem burocrática que lhes permite sobreviver à crise que elas mesmas produzem. A "culpa institucional" configura-se como um processo sofisticado de isolamento do evento adverso, desconectando-o de suas causas gerenciais e atribuindo-o exclusivamente à falha humana do plantonista, em uma dinâmica que reproduz as desigualdades estruturais e perpetua a precarização (Barbosa *et al.*, 2021; Fonseca *et al.*, 2022). Os dados nacionais demonstram que a violência obstétrica atinge 65,3% das mulheres internadas por motivos de parto (Arantes *et al.*, 2021), evidenciando a magnitude do problema e a urgência de intervenções estruturais que transcendam a abordagem individualizante.

4.1 O Mecanismo da Culpa Institucional: Entre o Sacrifício do CPF e a Blindagem do CNPJ

A engrenagem da culpa institucional opera por meio de mecanismos bem definidos que garantem a manutenção do *status quo* e a impunidade dos verdadeiros responsáveis pelo colapso assistencial. O primeiro movimento desta engrenagem consiste na criação de "manuais de parto humanizado" impecáveis, que servem prioritariamente para fins de marketing, auditoria e defesa jurídica corporativa, mas que são descolados da realidade material dos serviços. Estes documentos, embora formalmente alinhados com as recomendações do Ministério da Saúde e com os princípios da humanização, raramente se traduzem em condições efetivas de trabalho ou em recursos materiais para sua implementação, permanecendo como dispositivos de fachada utilizados quando da ocorrência de eventos adversos (Diniz, 2005; Possati *et al.*, 2017).

Quando ocorre uma tragédia, a engrenagem da culpa institucional é acionada em sua plenitude: afasta-se o profissional, abre-se uma sindicância interna punitiva e emite-se uma nota pública lamentando o "fato isolado". Este ritual de responsabilização individual permite à instituição limpar sua imagem pública e afirmar que tomou as providências cabíveis, enquanto os aspectos estruturais que produziram o erro permanecem intocados. A literatura tem demonstrado que esta dinâmica de responsabilização dos profissionais da ponta, especialmente médicos e enfermeiros, é uma constante no campo da saúde, perpetuando uma cultura de punição que desestimula a notificação de erros e a aprendizagem organizacional (Silva *et al.*, 2021; Possati *et al.*, 2017).

A contradição fundamental da culpa institucional reside no fato de que a mesma instituição que reduz equipes, terceiriza serviços, mantém leitos superlotados e insumos em falta é a mesma que, diante de um desfecho desfavorável, processa ou demite o profissional que atuou nestas condições adversas. Neste sentido, a violência obstétrica, compreendida como violação dos direitos humanos das pacientes (Oliveira & Albuquerque, 2018), revela-se como uma das faces mais perversas da precarização: não apenas as mulheres são vitimadas pelo colapso assistencial, mas também os trabalhadores da saúde, que se tornam bodes expiatórios de um sistema que sistematicamente nega as condições materiais para um trabalho seguro e digno.

A instituição desenvolve uma blindagem burocrática sofisticada que envolve a produção de documentos formais, a realização de treinamentos superficiais e a implementação de protocolos que, embora bem-intencionados, são inaplicáveis diante da escassez de recursos humanos e materiais. Este fenômeno é descrito na literatura como a "maquiagem institucional", na qual a aparência de conformidade com as recomendações de humanização é mantida, enquanto a realidade do cuidado segue caracterizada pela violência e pelo desrespeito (Diniz, 2005). A distância entre o discurso e a prática não é um acaso, mas um elemento central da estratégia de gestão que permite à instituição eximir-se de sua responsabilidade quando ocorrem eventos adversos.

O mecanismo da culpa institucional é reforçado pelo sistema jurídico, que tende a responsabilizar o profissional individual em detrimento da instituição. Estudos sobre direitos humanos dos pacientes apontam que a violência obstétrica infringe diversos direitos fundamentais, como o direito à vida, o direito a não ser submetido a tratamento cruel ou degradante, o direito à informação, o direito a não ser discriminado e o direito à saúde (Oliveira & Albuquerque, 2018). No entanto, a responsabilização por estas violações recai quase exclusivamente sobre os profissionais da ponta, enquanto as instituições e o Estado

permanecem impunes, perpetuando a lógica de que o erro é individual e a culpa é pessoal, quando na verdade o erro é sistêmico e a culpa é institucional.

4.2 A Inversão do Ônus da Prova e a Responsabilização do Topo

Para enfrentar o mecanismo perverso da culpa institucional, é necessário propor mudanças estruturais no âmbito jurídico e gerencial que desloquem o eixo da responsabilização do profissional da ponta para o topo da pirâmide administrativa. A primeira proposta nesse sentido é a **inversão do ônus da prova nos tribunais**: diante de denúncias de erro obstétrico, a perícia judicial deve obrigatoriamente auditar o histórico das variáveis estruturais nas 24 horas que antecederam o fato. Se comprovado o desabastecimento de insumos ou a precariedade estatal, o Estado ou a corporação respondem objetivamente pelo dano induzido, descaracterizando a culpa exclusiva do plantonista sobrecarregado (Barbosa *et al.*, 2021; Fonseca *et al.*, 2022).

Esta proposta fundamenta-se na Teoria da Causalidade Adequada e na Responsabilidade Civil Objetiva pelo Risco da Atividade, prevista no Código Civil brasileiro. Quem auferir lucro ou gerencia o orçamento de uma atividade perigosa (como a saúde obstétrica) deve arcar com o risco do colapso de sua própria estrutura. Reduzir a equipe para cortar custos e depois processar o plantonista por imperícia constitui uma contradição jurídica insustentável, que a inversão do ônus da prova visa corrigir. Os estudos sobre direitos humanos dos pacientes apontam que a violência obstétrica infringe diversos direitos fundamentais, como o direito à vida, o direito a não ser submetido a tratamento cruel ou degradante, o direito à informação, o direito a não ser discriminado e o direito à saúde (Oliveira & Albuquerque, 2018), sendo a responsabilização institucional uma via necessária para a efetivação destes direitos.

O segundo mecanismo proposto é o **gatilho de saturação e responsabilização do topo**: o leito e a equipe devem ser tratados como recursos finitos, e caso a Densidade de Ocupação atinja 100% ou a Razão de Sobrecarga Operacional seja violada, a responsabilidade civil por qualquer evento adverso migra automaticamente para o gestor geral e para o ente público/corporativo. Esta medida visa estabelecer limites claros para a operação dos serviços, impedindo que a lógica produtivista continue a sobrecarregar a estrutura e os profissionais, e responsabilizando quem de fato tem poder de decisão sobre a alocação de recursos humanos e materiais. A literatura sobre gestão em saúde aponta que a definição de limites operacionais claros é uma estratégia fundamental para a prevenção de eventos adversos e para a garantia da segurança do paciente (Nagahama & Santiago, 2011).

A terceira proposta é a **criação de um sistema de indicadores obrigatórios** que devem ser monitorados e divulgados publicamente pelas instituições de saúde. O Quadro 1 apresenta as 11 variáveis métricas que deveriam compor este sistema de monitoramento, permitindo que a sociedade e os órgãos de controle possam auditar as condições da assistência e identificar situações de risco antes que ocorram eventos adversos. A transparência na gestão dos serviços de saúde é um princípio fundamental do SUS e constitui uma ferramenta poderosa para o controle social e a responsabilização dos gestores. Estudos sobre governança em saúde demonstram que a publicidade dos indicadores operacionais está associada a melhores resultados assistenciais e a maior responsividade dos serviços (Barbosa *et al.*, 2021).

Quadro 2. Propostas para a Responsabilização Institucional e Superação do Colapso.

Eixo de Intervenção	Proposta	Fundamentação
Jurídico	Inversão do ônus da prova nos tribunais; responsabilização objetiva do gestor e do Estado	Teoria da Causalidade Adequada; Responsabilidade Civil Objetiva
Gerencial	Gatilho de saturação ($DOEI \geq 100\%$ ou RSO violada); migração automática da responsabilidade para o gestor	Limites operacionais como medida de segurança
Transparência	Criação de painéis públicos com indicadores operacionais em tempo real	Princípio da publicidade e controle social
Contratual	Estabilização dos vínculos trabalhistas; equipes fixas e multidisciplinares	Continuidade do cuidado; redução do <i>turnover</i>

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026).

4.3 Transparência, Educação Sanitária e Empoderamento Comunitário

A superação do colapso assistencial demanda também o fortalecimento do controle social e o empoderamento das usuárias para que possam auditar a qualidade da assistência e exigir seus direitos. O Ministério da Saúde recomenda ações estratégicas como a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, em especial aos direitos sexuais e reprodutivos, com valorização dos aspectos subjetivos envolvidos no processo do nascimento (Diniz, 2005). No entanto, a implementação efetiva destas recomendações requer a criação de instrumentos que viabilizem a participação social na gestão e no monitoramento dos serviços, superando o modelo tradicional de educação sanitária verticalizada e prescritiva (Fonseca *et al.*, 2022).

A **transparência obstétrica real** constitui uma ferramenta fundamental para desarmar a narrativa do "erro isolado". A implementação de painéis digitais de ampla visibilidade nas

recepções das maternidades e portais de transparência, detalhando em tempo real o número de partos simultâneos, o quantitativo real de profissionais na escala e os índices de desabastecimento, permitiria à sociedade civil acompanhar as condições da assistência e identificar precocemente situações de risco. A publicidade dos dados operacionais é um passo decisivo para romper a opacidade que cerca a gestão dos serviços de saúde e permitir que a sociedade exija responsabilidade dos gestores (Barbosa *et al.*, 2021). A transparência, neste sentido, não é apenas um princípio ético, mas uma ferramenta de gestão que pode contribuir para a prevenção de eventos adversos.

A **educação sanitária emancipatória** é outra dimensão essencial para a transformação do modelo assistencial. Tradicionalmente verticalizada e prescritiva, a educação sanitária deve ser reelaborada como um processo de letramento em direitos, que instrumentalize a comunidade a identificar o colapso antes que ele se consuma no corpo. As gestantes e suas redes de apoio devem ser capacitadas para auditar o fluxo institucional, reconhecer uma classificação de risco atrasada ou a ausência de insumos obrigatórios, e portar seu próprio histórico de saúde para garantir a continuidade do cuidado (Silva *et al.*, 2021). A educação sanitária baseada em direitos é, portanto, um instrumento de resistência e de construção de cidadania reprodutiva, que contribui para a redução da violência obstétrica e para o fortalecimento da autonomia feminina.

A **politização do debate sobre violência obstétrica** é uma estratégia fundamental para desnaturalizar o fenômeno e conectá-lo às suas determinações estruturais. Traduzir o conceito de "violência obstétrica" para o seu nome estrutural, **violência orçamentária e de gestão**, é um passo decisivo para que a sociedade compreenda que o problema não se reduz a condutas individuais, mas está enraizado em escolhas políticas e econômicas que definem a alocação de recursos públicos. O diálogo social deve empoderar movimentos sociais, conselhos de saúde e coletivos periféricos para que exijam nos tribunais e nas urnas o fim do estrangulamento das tabelas de repasse e dos tetos de gastos na saúde, que são os verdadeiros geradores da precarização (Oliveira & Albuquerque, 2018).

A **apropriação do histórico clínico contra a ruptura da continuidade do cuidado** é uma estratégia concreta de empoderamento das usuárias. Capacitar as mulheres para o controle e porte de seu próprio histórico de saúde (prontuário integrado) garante que a linha temporal do cuidado não seja rompida na transição do pré-natal para a maternidade, reduzindo o Índice de Ruptura na Continuidade do Cuidado (IRCC). Uma sociedade educada sanitariamente rejeita a Taxa de Intervenção por Conveniência Logística (TICL) porque compreende que a pressa do hospital viola a segurança do binômio e que a cesariana não é uma "solução" para problemas

logísticos, mas uma intervenção cirúrgica que deve ser realizada apenas quando clinicamente indicada (Leal *et al.*, 2014a).

A participação social na gestão da saúde é um princípio constitucional e uma diretriz do SUS, mas sua efetivação demanda a criação de mecanismos concretos de controle e monitoramento. A literatura sobre controle social em saúde aponta que os conselhos de saúde e as conferências de saúde são espaços importantes para a participação cidadã, mas que sua eficácia depende da capacidade técnica e política dos atores envolvidos (Barbosa *et al.*, 2021). A formação de lideranças comunitárias em direitos reprodutivos e em políticas de saúde é, portanto, uma estratégia fundamental para o fortalecimento do controle social e para a redução da violência obstétrica.

4.4 O Resgate da Confiança: Relações Terapêuticas em Solo Precarizado

A precarização da saúde destrói o tecido humano mais sensível do nascimento: a confiança mútua entre a parturiente e a equipe de saúde. Sob a lógica da linha de montagem, a paciente é induzida a enxergar o profissional como um agressor em potencial, e o profissional, acuado, enxerga a paciente como um processo judicial iminente. Este ambiente de desconfiança mútua inviabiliza a relação terapêutica e transforma o cuidado em um confronto, no qual ambas as partes saem perdendo. Os estudos sobre humanização do parto apontam que o fortalecimento da relação terapêutica é indissociável da variável tempo e da qualidade do vínculo estabelecido (Possati *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2021).

O **Tempo Assistencial Efetivo (TAEP)** deve ser reconhecido como um direito humano fundamental, e assegurar contratualmente que o profissional disponha dos minutos necessários para exercer a escuta ativa, o manejo humanizado da dor e o respeito à autonomia da mulher, sem a pressão do relógio institucional, é uma condição indispensável para a humanização do parto. A literatura tem demonstrado que a restrição de tempo, aliada à sobrecarga de trabalho, é um dos principais fatores que impedem os profissionais de aplicar os princípios da humanização na prática cotidiana (Possati *et al.*, 2017). Garantir o tempo necessário para o cuidado é, portanto, uma medida que beneficia simultaneamente parturientes e profissionais, contribuindo para a redução da violência obstétrica e para a melhoria da qualidade da assistência.

A **cultura justa e os espaços de mediação restaurativa** representam uma via promissora para a reconstrução da confiança e a superação da lógica punitivista. A instituição de comitês de *Near Miss* (quase-erro) anônimos e círculos restaurativos dentro das

maternidades, nos quais pacientes, familiares e trabalhadores possam debater as falhas sistêmicas e as dificuldades de infraestrutura de forma transparente e não punitiva, permite a aprendizagem organizacional e a construção de soluções coletivas. Este modelo, inspirado nas experiências de segurança do paciente na aviação e em serviços de saúde de outros países, representa uma alternativa à cultura da culpa e contribui para a criação de ambientes de cuidado mais seguros e humanos (Fonseca *et al.*, 2022).

O fortalecimento da relação terapêutica passa também pelo reconhecimento da autonomia técnica do profissional e pelo respeito à sua capacidade de tomar decisões clínicas baseadas em evidências. A sobrecarga de trabalho e a pressão por produtividade não apenas prejudicam a qualidade do cuidado, mas também desqualificam o profissional, reduzindo-o a um mero executor de protocolos e procedimentos. Estudos sobre a atuação do enfermeiro no parto humanizado apontam que a autonomia profissional é um fator central para a qualidade da assistência e para a satisfação do profissional com seu trabalho (Silva *et al.*, 2021). A defesa da autonomia técnica do profissional e a garantia da dignidade do corpo da mulher são, portanto, as duas faces da mesma moeda.

A defesa da autonomia técnica do profissional e a garantia da dignidade do corpo da mulher são as duas faces da mesma moeda monetária: nenhuma relação terapêutica floresce em solo precarizado. A reumanização do parto começa, obrigatoriamente, pela reumanização e garantia jurídica do trabalho em saúde, o que implica a garantia de condições materiais adequadas, a estabilidade dos vínculos trabalhistas e a proteção jurídica dos profissionais que atuam em situações de risco. A literatura sobre humanização do parto e violência obstétrica converge no reconhecimento de que a transformação do modelo assistencial exige uma abordagem integrada que considere simultaneamente as dimensões estrutural, institucional e relacional do cuidado (Diniz, 2005; Possati *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2021).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exame crítico da literatura sobre violência obstétrica e precarização da saúde, articulado à proposição das 11 variáveis métricas e à análise dos mecanismos de culpa institucional, permite afirmar que o colapso da assistência obstétrica no Brasil não é um fenômeno acidental ou fruto de falhas individuais isoladas, mas sim o resultado previsível e estatisticamente planejado de um modelo de gestão que prioriza a redução de custos e a produtividade em detrimento da segurança e da dignidade. A violência obstétrica, que atinge percentuais alarmantes de 65,3% das mulheres internadas por motivos de parto, revela-se como

a face mais cruel de um sistema que sistematicamente viola os direitos humanos das mulheres e dos profissionais de saúde, reproduzindo as desigualdades de raça e classe que marcam a sociedade brasileira. A evidência de que a violência obstétrica é seletiva, recaindo de forma desproporcional sobre mulheres negras e de baixa renda, revela o caráter estrutural e interseccional deste fenômeno.

A perpetuação deste cenário deve-se, em grande medida, à eficácia dos mecanismos de culpa institucional, que conseguem deslocar o foco da análise dos gestores e do Estado para o profissional da ponta, transformando a vítima em algoz e o erro sistêmico em falha individual. A inversão do ônus da prova, a responsabilização objetiva do topo da pirâmide administrativa e a implementação de gatilhos de saturação são medidas jurídicas e gerenciais indispensáveis para romper esta lógica perversa. No entanto, estas mudanças institucionais precisam ser acompanhadas por um movimento mais amplo de empoderamento comunitário, transparência e educação sanitária, que devolva à sociedade o controle sobre o cuidado em saúde e que instrumentalize as mulheres para a defesa de seus direitos.

A reumanização do parto, compreendida não como um discurso vazio ou um conjunto de procedimentos formalizados, mas como a garantia efetiva das condições materiais e jurídicas para que o nascimento seja um evento de segurança, acolhimento e dignidade, exige uma mudança paradigmática que transcenda as reformas cosméticas e ataque as raízes estruturais da precarização. Enquanto as instituições e o Estado não forem responsabilizados penal e financeiramente pela arquitetura de caos que promovem, a violência obstétrica continuará a ceifar vidas, ferir corpos e destruir a confiança no sistema de saúde. O nascimento, que deveria ser o ápice da segurança e do avanço biotecnológico, permanecerá um território de sobrevivência e medo, e não de dignidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Pollyanna Oliveira Nunes et al. **Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 16, n. 1, p. 29-37, jan./mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/>. Acesso em: 12 jul. 2026.

ARANTES, C. R. et al. **Violência obstétrica na sala de parto: tipos de violência e perfil das vítimas.** *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 8, p. 77964-77980, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n8-151>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/34046>. Acesso em: 12 jul. 2026.

BARBOSA, Gabriela Lopes Pereira; SILVA, Isabela Maria Ferreira; OLIVEIRA, Daniela Maria Carvalho. **Violência obstétrica no Brasil e prevenção quaternária: revisão integrativa.** *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 5143-5147, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-089>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/26130>. Acesso em: 12 jul. 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/>. Acesso em: 12 jul. 2026.

FONSECA, Gabriela Carvalho Dias et al. **Prevenção da violência obstétrica no âmbito do cuidado humanizado.** *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 9447-9460, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n3-015>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/47399>. Acesso em: 12 jul. 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/>. Acesso em: 12 jul. 2026.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5-S7, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/>. Acesso em: 12 jul. 2026.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo SUS em uma cidade do Sul do Brasil.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 11, n. 4, p. 415-425, out./dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000400008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/>. Acesso em: 12 jul. 2026.

NASCIMENTO, K. I. M. et al. **Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica.** *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 7362-7380, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-248>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/>. Acesso em: 12 jul. 2026.

OLIVEIRA, Livia Gonçalves Santos Machado; ALBUQUERQUE, Aline. **Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes.** *Revista CEJ*, Brasília, DF, v. 22, n. 75, p. 36-50, 2018. Disponível em: <https://www.cjf.jus.br/ojs2/index.php/revcej>. Acesso em: 12 jul. 2026.

POSSATI, Adriana Bittencourt et al. **Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras.** *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160366, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/>. Acesso em: 12 jul. 2026.

SILVA, Rafael Antunes et al. **A atuação do enfermeiro no parto humanizado e na luta contra violência obstétrica.** *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 6, p. 60010-

60029, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-404>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/31492>. Acesso em: 12 jul. 2026.

SIMÕES, Dhandara Albano da Silva Pires et al. **Parto humanizado e violência obstétrica no Brasil: revisão integrativa da literatura dos últimos 10 anos**. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, v. 18, n. 6, 2026. DOI: <https://doi.org/10.55905/cuadv18n6-029>. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/11003>. Acesso em: 12 jul. 2026.

VILAÇA, Julia Adriane Machado; MORAIS, Stephanie de Freitas Panzera; RANDOW, Raquel; CAMARGOS, Mirela Castro Santos. **Violência obstétrica: características e formas vivenciadas por parturientes durante o trabalho de parto até o parto**. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 4911-4921, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-074>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25988>. Acesso em: 12 jul. 2026.