



NÚCLEO DE ESTUDOS DE GÊNERO
CADERNO ESPAÇO FEMININO



A importância do plano de parto como documento jurídico de autodeterminação da gestante na prevenção da violência obstétrica: uma pesquisa jurisprudencial

The importance of the birth plan as a legal document of pregnant women's self-determination in the prevention of obstetric violence: a jurisprudential research.

Maria Gabrielle Sousa¹

Emily Brandão Schuck²

Flávia Rosana Rodrigues Siqueira³

Jéssica Luciana Dos Santos Pereira⁴

Raquel Martins Ferraz⁵

RESUMO

O parto é um evento fisiológico e social que, com a institucionalização da assistência obstétrica, passou a ser reorganizado pela lógica técnico-hospitalar, redefinindo as relações entre profissionais de saúde e mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Esse processo ampliou o monitoramento clínico da gestação, mas também intensificou debates sobre autonomia, consentimento informado, padronização de intervenções e práticas capazes de produzir danos físicos e psicológicos às mulheres. Ao destacar a importância do plano de parto como documento jurídico de formalização da autodeterminação da gestante, pois registra previamente suas escolhas quanto ao parto, ao nascimento e às intervenções assistenciais, o estudo tem como objetivo geral analisar sua eficácia como ferramenta de garantia dos direitos da parturiente e de prevenção de práticas que configuram violência obstétrica.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Obstétrica. Plano de Parto. Direitos Reprodutivos.

¹ Bacharel em Direito. Mestranda em Ciências Sociais pela UFABC. Email: mariagfvs19@gmail.com

² Graduada em biomedicina – Email: emilybs.eb@gmail.com

³ Flávia Rosana Rodrigues Siqueira <http://lattes.cnpq.br/5181147626802669> Doutoranda Programa de Pós-graduação Ciências Farmacêuticas – UFMS Mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região do Centro Oeste – UFMS Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente Graduação – Turismo pela Estácio de Sá de Campo Grande.

⁴ Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Cosmopolita. Residência Multiprofissional em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer. Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde pela Faculdade Holística. Email: j.lucisp@gmail.com

⁵ Bacharel em Enfermagem pela FATEA. Mestre em inovação e tecnologia pela UNIFATEA. Doutoranda em Enfermagem pela USP. Email: quel_enfermeira@usp.br

ABSTRACT

Childbirth constitutes a physiological and social event that, with the institutionalization of obstetric care, came to be reorganized according to a technical-hospital logic, redefining the relationships between health professionals and women during the pregnancy-puerperal cycle. Although this process expanded the clinical monitoring of pregnancy, it also intensified debates on autonomy, informed consent, the standardization of interventions, and practices capable of causing physical and psychological harm to women. In this context, the birth plan stands out as a legal document for formalizing the pregnant woman's self-determination, as it previously records her choices regarding labor, birth, and healthcare interventions. The general objective of this study is to analyze the effectiveness of the birth plan as a tool for safeguarding the rights of the parturient woman and preventing practices that constitute obstetric violence.

KEYWORDS: Obstetric Violence. Birth Plan. Reproductive Rights.

* * *

Introdução

A reorganização histórica da assistência ao parto constitui fenômeno que ultrapassa a dimensão estritamente clínica da prática obstétrica, envolvendo transformações institucionais, epistemológicas e sociopolíticas que alteraram profundamente a forma como o nascimento passou a ser compreendido, administrado e juridicamente regulado nas sociedades contemporâneas. Durante extensos períodos históricos, o parto esteve inserido em dinâmicas comunitárias nas quais o conhecimento sobre o nascimento era produzido e transmitido por redes femininas de cuidado estruturadas sobretudo em torno da experiência das parteiras e da circulação de saberes empíricos construídos pela prática coletiva. Esse arranjo não correspondia simplesmente à ausência de medicina científica, mas a uma forma particular de organização social do cuidado reprodutivo na qual o corpo feminino permanecia integrado às experiências cotidianas da vida comunitária e às práticas culturais que orientavam a reprodução humana.

A partir da expansão do paradigma biomédico, entretanto, o nascimento passa a ser progressivamente redefinido como evento clínico passível de monitoramento técnico, deslocando-se do espaço doméstico para o ambiente hospitalar e sendo submetido a uma lógica institucional baseada na vigilância médica e na padronização de procedimentos obstétricos. Dos Santos e Khamis (2023) observam que esse processo acompanha a própria transformação das concepções de saúde e doença na modernidade, uma vez que o desenvolvimento da medicina científica ampliou a autoridade profissional sobre fenômenos anteriormente interpretados como experiências fisiológicas da vida social.

No contexto brasileiro, Nagahama e Santiago (2005) examinam como a institucionalização médica do parto se consolidou mediante a expansão das maternidades e da profissionalização da obstetrícia, produzindo rearranjo institucional que redefiniu a relação entre gestante e equipe de saúde. Wolff e Moura (2004) acrescentam que a hospitalização do nascimento introduziu rotinas clínicas que reorganizaram o tempo do trabalho de parto, a posição corporal da mulher e a sequência de intervenções médicas consideradas aceitáveis, estabelecendo estrutura assistencial orientada por critérios de previsibilidade e controle técnico. Nesse cenário, o corpo feminino passa a ser inscrito em dispositivos institucionais que condicionam a experiência do nascimento a protocolos clínicos previamente estabelecidos, circunstância que produz tensões persistentes entre a autoridade médica e a autonomia da gestante no interior do campo obstétrico.

A expansão desse modelo tecnocrático de assistência ao parto também deu origem a debates críticos acerca das consequências sociais, clínicas e éticas da medicalização do nascimento, especialmente no que se refere à crescente padronização de intervenções obstétricas e à redução da participação ativa da mulher no processo decisório que envolve o próprio corpo. A literatura contemporânea tem examinado de forma sistemática a maneira pela qual determinadas práticas institucionais passaram a naturalizar procedimentos invasivos realizados sem consentimento informado ou sem justificativa terapêutica consistente, fenômeno que passou a ser descrito sob a categoria analítica de violência obstétrica (Diniz et al, 2015). Diniz et al. (2015) argumentam que essa expressão emerge no campo da saúde pública para designar conjunto heterogêneo de práticas físicas, psicológicas e institucionais que incidem sobre o corpo da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, frequentemente associadas à realização de intervenções médicas desnecessárias ou à desconsideração da vontade da parturiente.

A análise epidemiológica desenvolvida por Leite et al. (2024) indica que tais práticas não constituem ocorrências isoladas, mas apresentam padrões recorrentes na organização dos serviços de saúde, evidenciando a presença de estruturas institucionais que favorecem a reprodução de condutas assistenciais potencialmente lesivas à integridade física e emocional das mulheres. Barbosa e

Germano (2025) observam que a experiência de desrespeito durante o parto pode produzir efeitos psicossociais duradouros, afetando não apenas a relação da mulher com o nascimento, mas também sua percepção sobre o próprio corpo e sobre o exercício da maternidade.

No campo jurídico, Arias e Stefanini (2023) interpretam a violência obstétrica como violação de direitos fundamentais relacionados à dignidade da pessoa humana, à integridade corporal e à autonomia reprodutiva, enquanto Paiva, Mello e Sento-Sé (2025) demonstram que o reconhecimento judicial desse fenômeno ainda ocorre de forma fragmentada, frequentemente condicionado à capacidade de traduzir experiências subjetivas de sofrimento em categorias jurídicas compatíveis com a estrutura probatória do processo civil. Essa articulação entre práticas médicas, direitos reprodutivos e regimes de responsabilização jurídica evidencia que a violência obstétrica deve ser compreendida como fenômeno que atravessa simultaneamente os campos da saúde, do direito e das relações de gênero.

Nesse contexto de tensionamento entre práticas obstétricas institucionalizadas e reivindicações contemporâneas por autonomia reprodutiva, emerge a discussão sobre instrumentos capazes de reequilibrar a relação entre gestante e equipe médica durante o processo de nascimento. O plano de parto surge nesse cenário como documento destinado a formalizar previamente as preferências, recusas e expectativas da mulher em relação às intervenções obstétricas, operando simultaneamente como mecanismo de comunicação clínica e como expressão documental de autodeterminação.

Barros, Ruviano e Richter (2017) discutem que a formalização das escolhas da parturiente pode contribuir para ampliar o reconhecimento da autonomia feminina no ambiente hospitalar, na medida em que transforma preferências subjetivas em registro escrito capaz de orientar a atuação da equipe assistencial. No debate contemporâneo sobre humanização do parto, Silva, Gomes e Ribeiro (2022) argumentam que a incorporação de instrumentos que valorizem a participação ativa da mulher nas decisões relacionadas ao nascimento constitui estratégia de reorganização das práticas obstétricas. Dias et al. (2019) observam que a construção de ambientes institucionais mais sensíveis à experiência da gestante depende da transformação das formas de comunicação entre profissionais

de saúde e pacientes. A circulação internacional de discursos sobre parto humanizado analisada por Picheth, Crubellate e Verdu (2018) contribuiu para difundir a ideia de que a experiência do nascimento deve ser orientada por princípios de respeito à autonomia feminina e de limitação de intervenções médicas desnecessárias. Contudo, a efetividade desses instrumentos permanece objeto de debate quando se examina a distância entre as diretrizes normativas que reconhecem os direitos da parturiente e as práticas institucionais que efetivamente estruturam a assistência obstétrica. A persistência de relatos de violência obstétrica, associada às dificuldades enfrentadas pelas mulheres para transformar essas experiências em demandas judiciais reconhecidas, sugere que a formalização documental da autonomia pode operar de maneira ambígua dentro das instituições de saúde, simultaneamente ampliando a visibilidade das escolhas da gestante e desencadeando conflitos interpretativos acerca dos limites da autoridade médica.

A necessidade de examinar de maneira sistemática esse conjunto de tensões institucionais conduz diretamente à formulação do problema investigativo que orienta o presente estudo, uma vez que a coexistência entre reconhecimento jurídico da autonomia reprodutiva e persistência de práticas obstétricas potencialmente violentas coloca em questão a efetividade dos instrumentos destinados a proteger os direitos das parturientes no interior das instituições de saúde. A análise da literatura e das transformações históricas da assistência obstétrica indica que a formalização das escolhas da gestante por meio do plano de parto constitui tentativa contemporânea de reorganizar a comunicação entre paciente e equipe médica, ao mesmo tempo em que busca fornecer base documental capaz de sustentar eventual responsabilização institucional em situações de violação da autonomia feminina. Entretanto, permanece em aberto a questão acerca do alcance real desse instrumento diante das estruturas institucionais que organizam o cuidado obstétrico e das interpretações produzidas pelo sistema judicial quando conflitos relacionados ao parto chegam ao âmbito do processo civil.

Nesse sentido, a reflexão desenvolvida ao longo da delimitação teórica conduz à necessidade de problematizar a eficácia concreta do plano de parto como mecanismo de proteção contra práticas abusivas, o que permite formular a seguinte indagação investigativa: de que maneira a implementação efetiva do plano de parto pode atuar como instrumento de salvaguarda da autonomia da

gestante e mecanismo de prevenção contra danos físicos e psicológicos decorrentes da violência obstétrica?

O objetivo geral desta pesquisa consiste em analisar a eficácia do plano de parto como ferramenta estratégica para a garantia dos direitos da parturiente e para a redução da incidência de práticas violentas e intervenções desnecessárias durante o ciclo gravídico-puerperal. Essa investigação busca compreender de que maneira a formalização documental das escolhas da gestante interfere nas dinâmicas institucionais da assistência obstétrica e como essa formalização é posteriormente interpretada no âmbito das decisões judiciais relacionadas à responsabilização por danos decorrentes da violência obstétrica.

No que se refere aos objetivos específicos, o estudo propõe identificar e categorizar as principais condutas e processos hospitalares que configuram violência obstétrica, compreender os danos biopsicossociais experimentados pelas vítimas dessas práticas institucionais e investigar a função mediadora do plano de parto na comunicação entre a gestante e a equipe de saúde, examinando como sua formalização documental pode influenciar o reconhecimento da autonomia feminina e a limitação de intervenções obstétricas abusivas.

A investigação desenvolve-se por meio de pesquisa jurisprudencial estruturada a partir da análise qualitativa de decisões judiciais relacionadas a episódios de violência obstétrica, tomando os julgados como corpus documental capaz de revelar padrões institucionais de interpretação jurídica acerca da autonomia da parturiente e da responsabilidade civil decorrente de práticas assistenciais lesivas. A análise concentra-se em processos judiciais que discutem danos decorrentes de intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto, abortamento ou puerpério, permitindo examinar comparativamente situações nas quais houve formalização do plano de parto e casos em que a vontade da gestante foi manifestada apenas verbalmente no contexto assistencial.

A relevância desta pesquisa decorre da necessidade de aprofundar a compreensão acadêmica e jurídica sobre as condições institucionais que permitem a persistência da violência obstétrica em contextos nos quais os direitos reprodutivos das mulheres já encontram reconhecimento normativo. A análise do plano de parto como objeto de investigação permite examinar como a autonomia feminina é traduzida em linguagem documental e como essa formalização interfere

na dinâmica institucional do parto e na forma pela qual conflitos decorrentes dessa experiência são posteriormente interpretados no sistema de justiça. Ao articular análise histórica, jurídica e institucional da assistência obstétrica, o estudo busca contribuir para ampliar o debate científico sobre os mecanismos que estruturam a violência obstétrica e sobre as possibilidades de transformação das práticas assistenciais e jurídicas relacionadas ao nascimento.

2. Referencial teórico

2.1 Evolução histórica e institucionalização do parto

A transformação histórica da assistência ao parto integra um processo mais amplo de reorganização das concepções sociais sobre o corpo feminino, a reprodução e o próprio significado do nascimento nas sociedades modernas, articulado a mudanças epistemológicas na medicina, rearranjos institucionais dos sistemas de saúde e disputas simbólicas acerca da autoridade sobre os processos reprodutivos. Durante extensos períodos históricos, o parto ocorreu predominantemente no espaço doméstico e foi conduzido por parteiras cujas práticas se apoiavam em saberes empíricos construídos pela experiência coletiva das mulheres e transmitidos entre gerações, circunstância na qual o nascimento permanecia integrado às dinâmicas comunitárias e familiares que estruturavam a vida social. Esse arranjo não representava apenas ausência de institucionalização médica, mas configurava uma forma própria de organização do cuidado baseada na experiência corporal feminina e em redes de sociabilidade entre mulheres. A transformação desse cenário intensifica-se com a expansão do paradigma biomédico e com a redefinição do nascimento como evento passível de controle técnico e vigilância institucional. Como discutem Dos Santos e Khamis (2023), a medicalização do parto acompanha a evolução das concepções de saúde ao ampliar progressivamente a autoridade profissional sobre fenômenos antes compreendidos como experiências fisiológicas da vida cotidiana. No contexto brasileiro, essa mudança foi acompanhada pela transferência gradual do parto do espaço doméstico para o ambiente hospitalar, processo analisado por Nagahama e Santiago (2005) ao examinarem a institucionalização médica do nascimento e a expansão das maternidades no país.

A institucionalização hospitalar do parto produziu uma reorganização profunda das práticas de assistência ao nascimento, redefinindo tanto a organização material do cuidado quanto as relações de poder que atravessam o campo obstétrico. A incorporação do parto ao ambiente hospitalar implicou a criação de rotinas clínicas, protocolos assistenciais e dispositivos tecnológicos que passaram a estruturar a experiência do nascimento segundo parâmetros biomédicos de controle e previsibilidade. Wolff e Moura (2004) observam que esse processo não se limita à mudança de local do parto, mas envolve uma transformação nas formas de compreender o nascimento, na medida em que a lógica clínica reorganiza a temporalidade do trabalho de parto, a posição corporal da mulher e os procedimentos empregados durante o processo obstétrico. Ao analisar essa reorganização institucional, Nagahama e Santiago (2005) indicam que a expansão das maternidades e a crescente especialização da obstetrícia consolidaram um modelo assistencial orientado por intervenções médicas padronizadas, circunstância que alterou significativamente a participação da mulher no processo de nascimento. Nesse contexto, o corpo feminino passa a ser inserido em rotinas hospitalares e procedimentos técnicos que frequentemente limitam a autonomia decisória da gestante, dinâmica discutida por Kappaun e Da Costa (2020) ao relacionarem a institucionalização do parto à reprodução de práticas que configuram violência obstétrica quando intervenções são realizadas sem consentimento informado ou sem justificativa clínica consistente.

Nas últimas décadas, críticas ao modelo obstétrico excessivamente intervencionista têm impulsionado transformações no campo da assistência ao nascimento, estimulando propostas que buscam ampliar a participação das mulheres nas decisões relativas ao parto. O debate sobre a humanização da assistência obstétrica emerge nesse contexto como tentativa de tensionar rotinas hospitalares e redefinir o lugar da gestante no processo de nascimento. Segundo Silva, Gomes e Ribeiro (2022), o movimento de humanização do parto articula reivindicações relacionadas à valorização da experiência corporal da mulher, à revisão de intervenções médicas rotineiras e à incorporação de práticas assistenciais que reconheçam o protagonismo feminino durante o trabalho de parto. Essa reconfiguração envolve também transformações no ambiente institucional onde o nascimento ocorre, aspecto discutido por Dias et al. (2019) ao

abordarem o conceito de ambiência obstétrica como estratégia para reorganizar o espaço hospitalar e favorecer experiências menos subordinadas à lógica tecnocrática. Paralelamente, a literatura examina a retomada de debates sobre modalidades alternativas de assistência, como o parto domiciliar planejado e os centros de parto normal, experiências que buscam ampliar as possibilidades de escolha das mulheres e reduzir a dependência de intervenções hospitalares padronizadas (Menezes; Portella; Bispo, 2012). Nesse cenário, discussões contemporâneas sobre autonomia reprodutiva e direitos fundamentais ampliam o questionamento das estruturas institucionais que historicamente condicionaram a experiência do nascimento, indicando que a assistência ao parto permanece atravessada por disputas conceituais e políticas acerca do controle sobre o corpo feminino e das formas de organização da assistência obstétrica nas sociedades contemporâneas.

2.2 Violência obstétrica: tipologias e marcos jurídicos

A compreensão contemporânea da violência obstétrica resulta de um processo de elaboração conceitual que atravessa os campos da saúde pública, da bioética e do direito, constituindo uma categoria analítica voltada à descrição de práticas institucionais que incidem sobre o corpo da mulher durante a gestação, o trabalho de parto e o pós-parto. Esse fenômeno não pode ser interpretado como simples ocorrência episódica de condutas abusivas isoladas, mas como expressão de dinâmicas estruturais presentes na organização da assistência obstétrica. A literatura identifica múltiplas formas de violência obstétrica que operam simultaneamente na produção de sofrimento e na limitação da autonomia feminina, abrangendo práticas físicas, psicológicas, simbólicas e institucionais que se manifestam na experiência da parturiente. Diniz et al. (2015) situam esse fenômeno no interior das transformações históricas da assistência ao parto, argumentando que a medicalização do nascimento contribuiu para a naturalização de intervenções clínicas realizadas sem consentimento ou sem justificativa terapêutica, deslocando o parto do campo da experiência corporal feminina para o domínio da autoridade técnica das instituições médicas. Nesse sentido, a tipologia da violência obstétrica inclui desde procedimentos invasivos realizados sem informação adequada até práticas verbais que desqualificam a experiência da

mulher durante o trabalho de parto. Barbosa e Germano (2025) indicam que tais práticas produzem impactos psicossociais duradouros, uma vez que experiências de desrespeito no momento do nascimento podem desencadear processos traumáticos associados à memória do parto e à vivência da maternidade. Leite et al. (2024) acrescentam que a violência obstétrica também pode ser compreendida como fenômeno epidemiológico que atravessa o sistema de saúde brasileiro, revelando padrões recorrentes de práticas institucionais que produzem desigualdades na assistência e atingem de forma mais intensa mulheres em situação de vulnerabilidade social.

A análise das tipologias de violência obstétrica envolve igualmente a investigação das estruturas jurídicas que condicionam o reconhecimento e a responsabilização dessas práticas. A literatura jurídica busca compreender de que maneira o ordenamento normativo brasileiro enfrenta essa problemática, sobretudo diante da ausência de tipificação penal específica para o fenômeno. Arias e Stefanini (2023) argumentam que a violência obstétrica configura violação de direitos fundamentais das mulheres, particularmente aqueles relacionados à dignidade da pessoa humana, à autonomia corporal e à integridade física e psicológica. Entretanto, a transformação dessas experiências em demandas judiciais efetivas encontra obstáculos, pois o sistema jurídico frequentemente exige a demonstração de erro médico individualizado ou de danos claramente mensuráveis, circunstância que dificulta o reconhecimento de práticas institucionais difusas. Farias e Paião (2025) indicam que a ausência de tipificação penal específica contribui para a invisibilização dessas práticas e para a dificuldade de responsabilização institucional. Paiva, Mello e Sento-Sé (2025) observam que o reconhecimento judicial da violência obstétrica ocorre de forma fragmentada, geralmente associado a demandas individuais que não capturam plenamente sua dimensão estrutural. A análise jurisprudencial realizada por Kraisch, Sousa e Mingote Junior (2026) reforça essa interpretação ao demonstrar que o sofrimento psicológico associado ao parto frequentemente permanece invisibilizado nos processos judiciais, dada a dificuldade de traduzir experiências subjetivas em categorias jurídicas reconhecidas pelos tribunais.

A complexidade da violência obstétrica também se manifesta na relação entre sistemas de informação em saúde, mecanismos institucionais de denúncia e

marcos normativos que regulam a notificação de episódios de violência durante a assistência ao parto. A produção de dados sobre esse fenômeno depende da existência de sistemas capazes de registrar as experiências das mulheres nos serviços de saúde, evidenciando a articulação entre vigilância epidemiológica e responsabilização institucional. Fernandes et al. (2026) discutem o papel dos sistemas de notificação compulsória no enfrentamento da violência obstétrica e argumentam que a subnotificação constitui obstáculo relevante para a compreensão da magnitude do problema e para a formulação de políticas públicas de prevenção. Essa dificuldade de registro está associada não apenas à ausência de mecanismos específicos de notificação, mas também às dinâmicas culturais e organizacionais presentes nos serviços de saúde, que frequentemente desencorajam a formalização de denúncias. A literatura também examina a relação entre violência obstétrica e princípios bioéticos que orientam a prática clínica, especialmente aqueles relacionados à autonomia, à beneficência e à não maleficência. Sousa Carvalho et al. (2019) discutem como determinadas práticas obstétricas entram em tensão com esses princípios ao subordinar a experiência da mulher às rotinas institucionais do cuidado hospitalar. Nesse horizonte, Barcellos (2025) argumenta que o reconhecimento jurídico da violência obstétrica como violação da dignidade feminina integra um movimento mais amplo de reconstrução das garantias relacionadas aos direitos reprodutivos e à autonomia corporal, debate que dialoga com investigações comparativas sobre intervenções obstétricas e cesarianas sem indicação clínica adequada, como examinado por Luna (2023) ao analisar dilemas contemporâneos da organização da assistência obstétrica.

3. Metodologia

A presente investigação configura-se como pesquisa jurisprudencial, modalidade de pesquisa jurídica que toma as decisões judiciais como corpus documental dotado de densidade empírica e passível de tratamento sistemático. Nessa perspectiva, a jurisprudência não é mobilizada como simples ilustração argumentativa de teses previamente estabelecidas, mas como material empírico cuja análise exige delimitação do universo decisório, definição de mecanismos de busca, explicitação de critérios de seleção e construção de categorias interpretativas capazes de revelar como os tribunais qualificam juridicamente

determinados conflitos. Lee (1998), ao tratar da pesquisa jurisprudencial inteligente, desloca o foco da mera localização de julgados para a construção de um percurso investigativo no qual busca, filtragem e leitura se subordinam a uma hipótese interpretativa. Em sentido convergente, Zitscher (1999) sustenta que a pesquisa jurídica somente adquire consistência quando o objeto é claramente delimitado e os procedimentos metodológicos são organizados segundo critérios verificáveis, advertência que assume particular relevância na análise de decisões judiciais, uma vez que o documento jurisdicional constitui simultaneamente texto normativo, narrativa institucional do conflito e produto de uma estrutura informacional específica.

Com base nessa moldura teórico-metodológica, o estudo foi estruturado a partir do recorte definido no tópico metodológico do documento de trabalho, delimitando um corpus composto por quatorze processos judiciais selecionados com o objetivo de examinar, no plano da responsabilidade civil, o lugar assumido pelo plano de parto como instrumento de salvaguarda da autonomia da gestante e como elemento potencial de contenção de práticas abusivas no ciclo gravídico-puerperal. O universo pesquisado foi circunscrito a ações indenizatórias relacionadas a danos morais, materiais ou estéticos decorrentes de falhas no atendimento obstétrico durante trabalho de parto, abortamento ou puerpério, desde que os autos apresentassem controvérsia vinculada à violação da autonomia feminina e à realização de intervenções não consentidas, como manobra de Kristeller, episiotomia de rotina, uso de fórceps, curetagem sem indicação devidamente justificada, negativa de analgesia ou separação entre mãe e recém-nascido. O corpus também foi delimitado pela presença da variável consentimento, abrangendo tanto processos em que a gestante formalizou plano de parto ou termo de consentimento livre e esclarecido quanto casos em que recusas e solicitações foram manifestadas verbalmente durante o atendimento, permitindo a comparação entre diferentes regimes probatórios de manifestação da vontade.

Em termos institucionais, o levantamento restringiu-se a processos em trâmite no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, abrangendo tanto o setor privado quanto o setor público e conveniado ao SUS, circunstância que possibilitou observar a circulação da controvérsia em ambientes assistenciais heterogêneos. Também integrou o critério de inclusão a materialidade do dano, compreendendo

hipóteses em que houvesse alegação ou comprovação de lesão física ou psíquica à parturiente ou ao recém-nascido. Em contrapartida, foram excluídos processos de erro médico desvinculados da obstetrícia, demandas meramente contratuais contra operadoras de saúde sem discussão de violência obstétrica, ações penais ou trabalhistas e feitos que não apresentassem lastro probatório suficiente para análise da conduta médica e da resposta judicial. O tratamento dos dados jurisprudenciais combinou anonimização, ordenação comparativa e leitura qualitativa dos autos, adotando-se sistema de codificação alfanumérica composto pelo prefixo “P”, numeração sequencial de 01 a 14 e ano de distribuição do processo, estratégia destinada a preservar o sigilo das partes e permitir a reconstrução temporal do material analisado.

A análise foi orientada por eixos derivados do problema de pesquisa, compreendendo, de um lado, a identificação das formas de violência obstétrica narradas nos autos e reconhecidas ou recusadas pelo Judiciário e, de outro, a investigação da eficácia jurídica do plano de parto como documento de formalização da autodeterminação da gestante. Nesse percurso foram examinados elementos como a prova de entrega do plano à instituição hospitalar, a presença ou ausência de justificativa clínica no prontuário, a distinção entre documento genérico e manifestação específica da vontade e os limites clínicos da autonomia em situações de risco. A opção por uma leitura qualitativa decorre da compreensão de que a decisão judicial não exprime apenas um resultado, mas uma racionalidade argumentativa que seleciona fatos, hierarquiza provas e enquadra juridicamente a experiência obstétrica. Nessa direção, a pesquisa dialoga com Castro e Tassigny (2020) ao tratar a jurisprudência como material de análise do funcionamento do sistema de precedentes e incorpora a advertência de Reis e Neto (2025) acerca dos riscos de inferências generalizantes extraídas de bases oficiais sem controle metodológico rigoroso. Assim, a análise subsequente volta-se menos à pretensão de exaustividade estatística e mais à reconstrução crítica dos padrões decisórios pelos quais a autonomia da parturiente, a violência obstétrica e a força normativa do plano de parto são produzidas no campo judicial.

4. Análise e discussão dos resultados

4.1 Plano de parto, violência obstétrica e padrões de intervenção: análise comparativa entre coerção institucional e mutilação física

A análise comparativa dos casos revela distinção material entre situações em que a parturiente ingressa na instituição sem formalização prévia de sua vontade e aquelas em que apresenta plano de parto como instrumento de delimitação do consentimento. O direito à presença de um acompanhante de livre escolha da parturiente durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato no Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Lei nº 11.108/2005, constitui um dos pilares de segurança e suporte emocional que viabilizam a aplicação do Plano de Parto.

O marco inicial da inserção do Plano de Parto na regulamentação do SUS deu-se pela Portaria nº 985/GM, de 5 de agosto de 1999, que instituiu os Centros de Parto Normal (CPN). Em seu Artigo 3º, inciso I, a portaria estabelece como atribuição do CPN o desenvolvimento de atividades educativas e de humanização com o objetivo específico de preparar as gestantes para o plano de parto e para o aleitamento materno. Essa medida descentralizou a tomada de decisão obstétrica e consolidou a necessidade de o serviço de saúde acolher as expectativas da parturiente antes da admissão clínica. A consolidação em gestações de alto risco ocorreu com a publicação da Portaria nº 1.020/GM/MS, de 29 de maio de 2013, que organizou a atenção à saúde nesse segmento. Em seu Artigo 9º, inciso II, a portaria determina expressamente que os estabelecimentos que realizam pré-natal de alto risco devem elaborar e atualizar, por meio de equipe multiprofissional, o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Parto da gestante. Essa exigência técnica demonstra que o planejamento de parto não é um privilégio restrito ao risco habitual, mas um componente obrigatório de segurança clínica e de gestão integrada do cuidado para gestações complexas. A sustentação científica e clínica do instrumento foi consolidada pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, aprovadas pela Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017, e recomendadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). As diretrizes estabelecem que mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso a informações baseadas em evidências e participar ativamente das tomadas de decisão sobre os cuidados clínicos aplicados a si e a seus bebês.

Nos processos sem esse documento, observa-se concentração de intervenções que ultrapassam o dissenso clínico e atingem diretamente a integridade anatômica da mulher. A laceração uretral com necessidade de sondagem em **P11-2022**, a perfuração vesical com fístula em **P13-2020**, a destruição da anatomia vaginal com incontinência fecal em **P02-2020** e a histerectomia total em **P03-2024** revelam padrão em que a ausência de manifestação documental da vontade coincide com maior permeabilidade do corpo feminino a procedimentos invasivos e ao uso intensificado de força física. Situação semelhante ocorre nas fraturas de costelas maternas em **P06-2017** e na fratura de clavícula da recém-nascida em **P09-2023**, episódios que evidenciam a naturalização de compressões e manobras de tração como extensões ordinárias da assistência. A esse quadro soma-se a negligência obstétrica em sua forma omissiva mais radical, perceptível nos abortamentos ocorridos em corredor ou recepção em **P05-2016** e **P10-2013**, circunstâncias que indicam regime institucional de desamparo no qual a mulher permanece à margem do cuidado no momento de maior vulnerabilidade. Nos casos sem plano de parto, portanto, a violência obstétrica tende a manifestar-se por meio de mutilações físicas, devastação anatômica e omissão assistencial, articulando excesso de intervenção e ausência de cuidado sob a mesma lógica institucional de apropriação do corpo feminino.

Nos processos em que havia plano de parto, o padrão lesivo sofre alteração em sua forma, embora não em sua estrutura de dominação. A presença do documento funciona como barreira parcial contra intervenções corporais previamente recusadas, sobretudo aquelas associadas a cortes, compressões e manobras mecânicas mais traumáticas. Entretanto, a contenção da mutilação não implica humanização da assistência, pois a resistência documental da mulher desloca a resposta institucional para modalidades de coerção e humilhação. Em **P12-2021**, o controle médico manifesta-se pela amarração das pernas em litotomia forçada, por toques vaginais repetidos e pela recusa de anestesia para sutura. Em **P08-2019**, a ameaça de acionamento policial converte a recusa da paciente em ato de insubordinação passível de repressão. Em **P14-2024**, a apresentação do plano é seguida pela exposição da parturiente nua em corredor, pela restrição ao aleitamento imediato e por verbalizações depreciativas da equipe de saúde. Nesses

casos, o vetor autoritário da assistência não desaparece, mas se converte em sanção dirigida à mulher que formaliza sua autonomia.

Apesar dessas diferenças, há um núcleo de violência que atravessa ambos os grupos. A agressão verbal, a invalidação da dor e a violação de direitos legalmente reconhecidos aparecem como práticas recorrentes na experiência obstétrica judicializada. A privação de acompanhante, observada em **P14-2024**, **P01-2022** e **P09-2023**, evidencia que a violação da Lei do Acompanhante funciona como mecanismo de isolamento da parturiente. A recusa de anestesia para suturas em **P07-2019** e **P12-2021**, bem como verbalizações que reduzem a dor a “frescura” ou expressões degradantes sobre a sexualidade da paciente, indicam que a violência obstétrica também se produz por meio de uma gramática moral de disciplinamento. A comparação entre os grupos permite concluir que o plano de parto parece restringir a incidência de danos corporais mais graves, funcionando como contenção parcial da violência física observada nos casos sem esse instrumento. Contudo, a barreira documental não rompe a lógica institucional subjacente, pois a objeção formalizada da mulher tende a ser respondida por mecanismos de coerção, exposição e intimidação. O plano de parto, portanto, altera a forma assumida pela violência, mas não elimina a matriz autoritária que estrutura a assistência obstétrica.

4.2 Comparação da violência psicológica (o impacto na mente)

A dimensão psíquica da violência obstétrica aparece, na análise dos casos, não como efeito secundário de práticas clínicas inadequadas, mas como mecanismo de submissão produzido pela desautorização da fala da parturiente, pela desqualificação de sua percepção da dor e pela transformação de sua experiência corporal em objeto administrado pela hierarquia médica. Nos casos em que a mulher não apresentava plano de parto e formulava apenas solicitações verbais, observa-se padrão recorrente de apagamento da vontade feminina, no qual a ausência de formalização documental serve de pretexto para neutralizar sua capacidade decisória. Em **P01-2022**, a equipe não apenas recusou escuta à paciente, mas mobilizou seu histórico de abortos espontâneos como instrumento de humilhação moral, sexualizando sua trajetória reprodutiva com a expressão “você gosta da coisa” e intensificando a intimidação quando o médico afirmou que

“rasgaria seu diploma” antes de atender ao pedido de cesariana. Em **P07-2019**, a sutura sem anestesia foi acompanhada de insultos públicos e da redução da dor a “frescura”, mecanismo discursivo que transforma o sofrimento feminino em exagero ou fraqueza moral. Em **P09-2023**, procedimentos invasivos, como o rompimento da bolsa e a curetagem, foram realizados sem comunicação prévia, radicalizando a experiência de invisibilidade e convertendo o corpo da mulher em superfície de atuação técnica. Nesses casos, a violência psicológica não decorre apenas do conteúdo ofensivo das palavras, mas da estrutura relacional que sustenta o atendimento obstétrico quando a fala da paciente perde eficácia, a dor é desacreditada e a intervenção médica ocorre sem informação ou anuência.

Nos casos em que havia plano de parto, a dinâmica institucional se reorganiza, não no sentido de reduzir o conflito, mas de modificar a forma de exercício da violência. A formalização prévia da autonomia parece deslocar a resposta médica da invisibilização espontânea para a retaliação direta contra a mulher que transforma sua vontade em documento. A apresentação do plano é percebida como ruptura da hierarquia que tradicionalmente atribui ao profissional de saúde a definição unilateral das condutas obstétricas. Em **P08-2019**, esse deslocamento aparece quando o médico ameaça registrar boletim de ocorrência contra a gestante em trabalho de parto, utilizando o medo da criminalização como instrumento de coerção para neutralizar sua resistência. Em **P14-2024**, a violência assume forma de humilhação degradante quando a médica ridiculariza a paciente ao afirmar que ela poderia “defecar na maca” porque depois alguém limparia, frase que simultaneamente desqualifica sua dignidade corporal, ridiculariza sua expectativa de cuidado e reafirma a soberania institucional sobre os limites do tolerável no ambiente obstétrico. A leitura comparativa sugere que o plano de parto não elimina a violência moral, mas altera seu padrão: na ausência do documento, ela se expressa pela indiferença e pelo silenciamento da vontade feminina; em sua presença, tende a assumir forma de confronto punitivo, ameaça e escárnio dirigido à mulher que registra por escrito sua autonomia.

A gravidade dessa dinâmica torna-se ainda mais evidente quando o desrespeito às recusas expressas ou documentadas aciona memórias traumáticas prévias e produz experiências análogas à revitimização sexual, hipótese particularmente evidente em **P12-2021**. Nesse caso, o rasgar do plano de parto não

representou apenas a destruição material de um documento, mas a anulação simbólica da vontade da gestante e a mensagem institucional de que sua palavra não teria força normativa dentro do espaço clínico. A isso se somaram toques vaginais invasivos realizados contra sua vontade em contexto de imobilização corporal, circunstância que reativou trauma de estupro sofrido na adolescência e converteu a cena obstétrica em gatilho de reorganização psíquica da violência anterior. O impacto prolongou-se após o parto, manifestando-se por sintomas compatíveis com estresse pós-traumático, flashbacks recorrentes das agressões, ideação suicida e depressão pós-parto persistente. A comparação entre os grupos permite, assim, formulação mais precisa do problema analítico: o plano de parto não impede a instalação do trauma psicológico nem neutraliza a dimensão moral da violência obstétrica, mas modifica o modo institucional pelo qual a agressão é produzida. Mulheres sem plano são submetidas a violência fundada na invisibilidade de sua voz e na surpresa procedimental, enquanto mulheres com plano enfrentam violência marcada por confronto direto, humilhação retaliatória e uso do medo como instrumento de quebra da autonomia formalizada. A diferença não reside na presença ou ausência do sofrimento psíquico, mas na gramática institucional que o produz.

4.3 O potencial preventivo do plano de parto e os requisitos para sua validade judicial

A análise dos processos em que o plano de parto está presente (**P08-2019**, **P12-2021** e **P14-2024**) revela que as decisões judiciais não são uniformes. Os juízes consideram o plano de parto um documento válido e garantidor de direitos, mas a sua eficácia na Justiça depende da comprovação cabal de que ele foi entregue à equipe médica e do contexto clínico do momento.

No processo **P12-2021**, o plano de parto foi considerado um documento plenamente válido e essencial para a comprovação do dano. A sentença de 1ª instância, amparada por um parecer favorável do Ministério Público, reconheceu a ocorrência de violência obstétrica justamente porque as diretrizes do plano foram ignoradas. A juíza do caso fundamentou a decisão destacando que a obstetrícia moderna valoriza a autonomia da gestante e, ao analisar as provas, concluiu que

as preferências da parturiente quanto à posição de parto não foram respeitadas, além de ter ocorrido a administração de medicação sem o consentimento adequado.

Por outro lado, no processo **P14-2024**, a ação indenizatória foi julgada totalmente improcedente. O Tribunal de Justiça afastou a validade do plano de parto neste caso específico porque a paciente não conseguiu provar que o documento foi efetivamente entregue ao hospital. Os desembargadores destacaram que o prontuário médico de admissão registrava expressamente a inexistência de um plano individual de parto. A decisão frisou que cabia à autora o ônus de provar que apresentou o plano à equipe para que o Judiciário pudesse apurar se houve, de fato, desrespeito às suas vontades.

Já no processo **P08-2019**, a ação também foi julgada improcedente. Neste caso, o médico plantonista indicou uma cesariana alegando "sofrimento fetal", o que contrariava a vontade da gestante. Diante da recusa da paciente (que desejava o parto normal), houve quebra de confiança e o médico a transferiu para outra profissional, que acabou realizando o parto normal com sucesso. Os juízes entenderam que não houve violência obstétrica nem ato ilícito, pois a divergência de conduta foi resolvida de forma adequada com a transferência da paciente para outra médica, o que, na visão do Judiciário, respeitou a autonomia e a discordância da parturiente.

Em suma, os juízes reconhecem o plano de parto como um documento válido e representativo da autodeterminação da mulher. Contudo, para que o seu descumprimento resulte em condenação judicial, é obrigatório que a vítima comprove materialmente que o hospital foi notificado da existência do documento no momento da internação.

4.3.1 Requisitos para sua Validade Judicial

A atribuição de força jurídica ao plano de parto nas decisões judiciais não decorre apenas de sua existência como manifestação da vontade da gestante, mas do cumprimento de requisitos formais e materiais que lhe conferem valor probatório no processo. A análise dos casos indica que o Judiciário tende a interpretar o plano não como declaração simbólica, mas como instrumento que, quando devidamente formalizado e integrado ao prontuário clínico, pode funcionar como parâmetro para avaliar a licitude das condutas adotadas pela equipe

assistencial. Esse reconhecimento, contudo, não ocorre automaticamente, pois os magistrados exigem prova concreta de que o documento ingressou efetivamente na esfera institucional do hospital e de que a equipe teve ciência de seu conteúdo antes da realização das intervenções obstétricas. A materialidade da entrega assume centralidade probatória, já que a autodeterminação da parturiente somente ganha relevância judicial quando existem elementos que permitam reconstruir o momento em que sua vontade foi comunicada ao serviço de saúde. Em **P14-2024**, por exemplo, o tribunal afastou a alegação de desrespeito ao plano de parto porque o prontuário não registrava a existência do documento e a autora não conseguiu demonstrar sua entrega à equipe médica. A decisão evidencia que, para o Judiciário, a eficácia do plano depende de sua inserção documental no circuito assistencial, pois a ausência de prova de comunicação impede que ele seja considerado referência obrigatória para a conduta profissional.

Outro elemento frequentemente mobilizado nas decisões diz respeito ao papel do prontuário médico como registro oficial da conduta assistencial e como instrumento capaz de documentar a relação entre a vontade da paciente e as justificativas clínicas apresentadas pela equipe. A validade jurídica do plano de parto passa, assim, a depender também da obrigação de registrar no prontuário as razões técnicas que eventualmente levem o profissional de saúde a afastar as escolhas previamente expressas pela gestante. Nos processos **P11-2022** e **P02-2020**, as decisões destacaram a incidência da Lei Estadual nº 17.137/2019, segundo a qual o médico deve consignar no prontuário as razões técnicas quando não observa a opção da parturiente. Essa exigência parte do entendimento de que a autonomia da paciente não constitui veto absoluto às decisões clínicas, mas impõe que eventuais intervenções contrárias às suas preferências sejam justificadas de forma explícita e documentada. No caso **P11-2022**, a ausência de registro técnico que explicasse o desrespeito à vontade da gestante foi interpretada como lesão ao direito de autodeterminação, pois a inexistência de justificativa no prontuário impediu o tribunal de identificar fundamento clínico capaz de legitimar a intervenção realizada.

Além da comprovação de entrega e da documentação adequada das justificativas clínicas, as decisões judiciais também exigem que o plano de parto apresente conteúdo claro, específico e acompanhado de formalidades mínimas que

garantam autenticidade ao documento. O Judiciário demonstra resistência em reconhecer validade jurídica a termos genéricos ou formulários padronizados que não descrevem com precisão quais procedimentos estão sendo autorizados ou recusados pela paciente. Essa preocupação aparece no processo **P11-2022**, no qual a Justiça considerou inválido um “Termo de Responsabilidade para Realização Cirúrgica” por se tratar de documento genérico que não mencionava os procedimentos específicos nem continha identificação e assinatura do médico responsável. A ausência desses elementos foi interpretada como violação ao dever de transparência informacional que orienta a relação médico-paciente. Assim, a análise dos casos revela que o reconhecimento judicial do plano de parto como instrumento vinculante depende da combinação entre prova de entrega à instituição, registro adequado das decisões médicas no prontuário e formulação clara e específica das escolhas da gestante, fatores que condicionam sua eficácia como parâmetro jurídico de avaliação da conduta obstétrica.

4.3.2. Requisitos Materiais (Conteúdo e Limite Clínico)

A análise das decisões indica que a validade jurídica do plano de parto depende de sua articulação com parâmetros normativos e técnicos reconhecidos no ordenamento jurídico e nas diretrizes da prática médica. O documento não é interpretado como manifestação isolada da vontade da gestante, mas como instrumento cuja legitimidade se fortalece quando dialoga com normas legais e resoluções profissionais que estruturam a autonomia reprodutiva. As decisões demonstram que o conteúdo do plano tende a ser reconhecido como juridicamente aceitável quando fundamentado em diretrizes que regulam o direito de escolha informada da mulher durante o processo gestacional e obstétrico. Nesse contexto, a Resolução CFM nº 2.144/2016 e a Lei Estadual nº 17.137/2019 aparecem como referências normativas recorrentes, sobretudo ao reconhecer que a gestante pode optar por determinadas modalidades de parto, inclusive a cesariana a pedido, desde que a decisão seja tomada após a 39ª semana e acompanhada de esclarecimento adequado sobre riscos e benefícios. Nos processos **P02-2020** e **P08-2019**, o Judiciário reconheceu a legitimidade da escolha da parturiente quando ficou demonstrado que ela havia recebido informações suficientes para compreender as implicações clínicas de sua decisão. Nessas circunstâncias, a

manifestação de vontade não pode ser simplesmente ignorada pela equipe médica, pois a recusa institucional em dialogar com a escolha informada da paciente é interpretada como violação do direito de autodeterminação no cuidado obstétrico.

A análise jurisprudencial também demonstra que a autonomia expressa no plano de parto não possui caráter absoluto, encontrando limites quando a conduta desejada pela paciente entra em conflito com a preservação da vida ou com a integridade da saúde materno-fetal. O exame do processo **P02-2020** explicita esse ponto ao afirmar que o profissional de saúde pode afastar a vontade da paciente apenas em situações de risco grave à vida ou à saúde da gestante ou do feto. Nesses cenários, o dever médico de preservação da vida assume precedência sobre a autodeterminação individual, redefinindo temporariamente os limites da autonomia reprodutiva no contexto clínico. Esse entendimento aparece também no processo **P08-2019**, no qual o tribunal invoca a Resolução CFM nº 2.232/2019 para discutir a recusa terapêutica durante a gestação. A decisão sustenta que a recusa de determinado procedimento pode ser juridicamente questionada quando a conduta expõe o feto a risco significativo, indicando que a autonomia da gestante deve ser interpretada dentro de uma estrutura de ponderação entre direitos. Assim, o Judiciário procura equilibrar o reconhecimento da autodeterminação feminina com a preservação das responsabilidades clínicas do médico.

Outro aspecto recorrente nas decisões refere-se à relação entre a autonomia da parturiente e a liberdade técnica do profissional de saúde, especialmente quando o médico entende que o procedimento solicitado contraria sua convicção técnica ou ética. A jurisprudência indica que o plano de parto não elimina o direito do profissional de manifestar objeção de consciência ou discordância técnica. Contudo, essa discordância não autoriza a imposição coercitiva de procedimento contrário à vontade expressa pela paciente. Nesses casos, a validade jurídica do plano depende do cumprimento do dever de encaminhamento, mecanismo pelo qual o profissional que não deseja realizar determinado procedimento transfere a paciente para outro médico ou equipe que aceite conduzir o parto conforme a escolha manifestada. O processo **P02-2020** ilustra a violação desse dever, pois a equipe optou por impor o parto normal em vez de encaminhar a gestante a outro profissional. Já em **P08-2019**, o médico discordou da conduta solicitada, mas encaminhou a paciente a outra médica que aceitou seguir o plano de parto,

circunstância que levou o tribunal a reconhecer a licitude de sua atuação. A comparação desses casos demonstra que a eficácia jurídica do plano de parto depende não apenas da existência do documento, mas de uma estrutura relacional que envolve informação adequada, justificativa clínica fundamentada e mecanismos institucionais capazes de compatibilizar a autonomia da mulher com a responsabilidade profissional do médico.

Considerações finais

As reflexões desenvolvidas nesta investigação permitem retomar o problema central do estudo: compreender de que modo a implementação do plano de parto pode atuar como instrumento de salvaguarda da autonomia da gestante e como mecanismo potencial de prevenção de danos físicos e psicológicos associados à violência obstétrica. A análise histórica da institucionalização do parto evidenciou que a transferência do nascimento para o ambiente hospitalar não representou apenas mudança organizacional, mas reconfiguração profunda das relações de poder que estruturam o cuidado obstétrico. Nesse cenário, o plano de parto surge como instrumento jurídico e comunicacional capaz de formalizar previamente a vontade da gestante, convertendo preferências individuais em manifestação documentada de autodeterminação mobilizável tanto no interior da instituição hospitalar quanto no plano posterior da responsabilização judicial. A investigação das decisões judiciais indicou que a existência desse documento altera a dinâmica institucional da assistência, pois introduz registro probatório que permite avaliar com maior precisão o grau de respeito ou de violação da autonomia feminina durante o atendimento obstétrico.

O exame do material jurisprudencial revelou padrões distintos de intervenção institucional associados à presença ou ausência do plano de parto. Nos casos em que a gestante ingressa no serviço de saúde sem documento que delimite previamente suas escolhas, observou-se maior incidência de intervenções invasivas associadas a danos físicos graves, incluindo lacerações, perfurações orgânicas, fraturas e procedimentos realizados sem consentimento adequado. Em contraste, quando o plano de parto foi apresentado, verificou-se redução relativa dessas intervenções fisicamente devastadoras, acompanhada de aumento de práticas

institucionais de coerção psicológica, intimidação e humilhação dirigidas à mulher que formaliza sua autonomia. Esse deslocamento indica que o plano de parto não elimina a lógica autoritária presente em determinados contextos obstétricos, mas modifica a forma pela qual ela se manifesta, funcionando como barreira parcial contra agressões físicas enquanto desencadeia reações institucionais de reafirmação da hierarquia médica. A resposta à pergunta de pesquisa, portanto, não conduz à conclusão de que o plano de parto seja solução suficiente para prevenir a violência obstétrica, mas sugere que sua principal eficácia reside na capacidade de tornar visível e juridicamente verificável a autonomia feminina.

A pesquisa também contribui para ampliar a compreensão teórica da violência obstétrica ao situá-la na intersecção entre práticas médicas, estruturas institucionais e regimes jurídicos de responsabilização. A utilização da pesquisa jurisprudencial como estratégia metodológica permitiu examinar como os tribunais interpretam conflitos envolvendo autonomia reprodutiva, consentimento informado e responsabilidade civil no contexto do parto. Nesse sentido, o plano de parto emerge não apenas como instrumento de comunicação clínica, mas como dispositivo jurídico que participa da construção normativa da assistência obstétrica. Os resultados indicam que sua eficácia depende de condições específicas, como formalização documental adequada, comprovação de entrega à instituição hospitalar, registro das decisões médicas no prontuário e clareza das recusas ou autorizações expressas pela gestante. Além disso, a existência de mecanismos institucionais de encaminhamento em casos de objeção técnica do profissional de saúde mostrou-se elemento relevante para compatibilizar a liberdade clínica do médico com o direito de escolha da parturiente.

Apesar dessas contribuições, o estudo apresenta limitações inerentes ao recorte metodológico adotado. A análise concentrou-se em corpus específico de processos provenientes de determinado tribunal estadual, o que significa que os padrões identificados refletem contexto institucional particular e não necessariamente representam a totalidade das experiências judiciais relacionadas ao fenômeno em âmbito nacional. Ademais, a pesquisa jurisprudencial depende das narrativas formalizadas nos autos, que podem não captar plenamente a complexidade das experiências vividas pelas mulheres durante o atendimento obstétrico, especialmente considerando que grande parte dos episódios de violência

obstétrica não chega a ser judicializada. Essas limitações indicam a necessidade de investigações futuras que combinem análise jurisprudencial com outras abordagens empíricas, incluindo estudos sobre práticas assistenciais em maternidades, investigações sobre a circulação do plano de parto nos serviços de saúde e análises comparativas entre diferentes sistemas jurídicos e modelos de assistência obstétrica.

Referências

ADAMI, C. T.; GUIMARÃES, M. A. C. Violência obstétrica: uma abordagem jurídica sobre a violação dos direitos da mulher e sua penalização. *Revista Brasileira de Educação e Inovação da Univel (REBEIS)*, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2021

ARIAS, L.; STEFANINI, M. R. Violência obstétrica e as violações aos direitos das parturientes. *Direito e Práxis: interfaces entre a norma jurídica e a realidade social*, v. 1, n. 1, p. 445-465, 2023

BARBOSA, A. S. S.; GERMANO, J. M. Impactos psicossociais e tipos de violência obstétrica: revisão narrativa da literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 8, n. 19, p. e082799-e082799, 2025

BARCELLOS, D. S. F. Direitos femininos na esfera privada: dignidade menstrual, proteção contra violência obstétrica e entrega para adoção. *Civilistica.com*, v. 14, n. 1, p. 1-19, 2025

BARROS, B. M. C.; RUVIARO, R.; RICHTER, D. A violação dos direitos fundamentais na hora do parto: uma análise da autonomia e empoderamento da mulher. *Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)*, v. 5, n. 1, p. 67-104, 2017.

BRASIL. *Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005*. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 8 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 985/GM, de 5 de agosto de 1999*. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 6 ago. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.020/GM/MS, de 29 de maio de 2013*. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Portaria n  353, de 14 de fevereiro de 2017*. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_norm_al.pdf. Acesso em: 19 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. **Portaria GM/MS nº 5.349, de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento da Rede Alyne. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Portaria SAES/MS nº 2.905, de 2025**. Atualiza as informações relacionadas à atenção à saúde materna e infantil para identificação da Rede Alyne no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e atualiza procedimentos na Tabela de SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Caderneta Brasileira da Gestante**. Versão Digital (Miniapp Meu SUS Digital). Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível via aplicativo de portabilidade Meu SUS Digital.

CASTRO, L. S. de; TASSIGNY, M. M. A utilização da jurisprudência na pesquisa jurídica: uma análise do sistema de precedentes. **Revista dos Tribunais**, v. 1012, n. 1, p. 295-310, 2020

DIAS, P. F.; MIRANDA, T. P. S.; SANTOS, R. D. P.; PAULA, E. M. D.; BEM, M. M. D. S.; MENDES, M. A. Formação do conceito ambiência para trabalho de parto e parto normal institucionalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. supl. 3, p. 348-359, 2019

DINIZ, S. G.; SALGADO, H. D. O.; ANDREZZO, H. D. A.; CARVALHO, P. D.; CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. D. A.; NIY, D. Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015

DOS SANTOS, A. B. G.; KHAMIS, R. B. M. Um paralelo entre a evolução histórica do conceito de saúde e o processo de medicalização do parto. **Unisanta Law and Social Science**, v. 12, n. 1, p. 79-88, 2023

FARIAS, G. P.; PAIÃO, O. S. Violência obstétrica e a ausência de tipificação: entre casos e danos no Estado do Amazonas. **Revista Delos**, v. 18, n. 74, p. e7478-e7478, 2025

FERNANDES, M. M. F. Q.; et al. Notificação compulsória e subnotificação: o papel dos sistemas de informação em saúde e da legislação sobre denúncia de violência obstétrica. In: BORGES, S.; et al. (org.). *Violência obstétrica: uma abordagem multidimensional*. São Paulo: Publique-se, p. 50-74, 2026

FERNANDES, M. M. F. Q.; et al. Violência obstétrica como violência de gênero e institucional. In: BORGES, S.; et al. (org.). Violência obstétrica: uma abordagem multidimensional. São Paulo: Publique-se, 2026, p. 6-31

KAPPAUN, A.; DA COSTA, M. M. M. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. **Revista Paradigma**, v. 29, n. 1, p. 71-86, 2020

KRAISCH, R. J.; SOUSA, M. G. F. V. de; MINGOTE JUNIOR, W. D. O trauma do parto: análise jurisprudencial da violência psicológica em casos de violência obstétrica. In: BORGES, S.; et al. (org.). Violência obstétrica: uma abordagem multidimensional. São Paulo: Publique-se, p. 32-49, 2026

LEE, R. W. Pesquisa jurisprudencial inteligente. **Revista da Faculdade de Direito**, v. 93, n. 1, p. 47-60, 1998

LEITE, T. H.; MARQUES, E. S.; CORRÊA, R. G.; LEAL, M. D. C.; OLEGÁRIO, B. D. C. D.; COSTA, R. M. D.; MESENBURG, M. A. Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, p. e12222023, 2024

LUNA, M. D. A. G. *Violência obstétrica e cesariana: dilemas e determinantes*. Monografia (Especialização em Saúde Materno Infantil) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2023

MENEZES, P. F. A.; PORTELLA, S. D. C.; BISPO, T. C. F. A situação do parto domiciliar no Brasil. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2012

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005

PAIVA, L. D. M. L.; MELLO, A. R.; SENTO-SÉ, I. V. A violência obstétrica no Poder Judiciário brasileiro: da (in)visibilidade à violação ao princípio da dignidade da pessoa humana. *Suprema: Revista de Estudos Constitucionais*, v. 5, n. 1, p. 455-487, 2025

PICHETH, S. F.; CRUBELLATE, J. M.; VERDU, F. C. A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, n. 4, p. 1063-1082, 2018

PINTO JUNIOR, M. E. Pesquisa jurídica no mestrado profissional. *Revista Direito GV*, v. 14, n. 1, p. 27-48, 2018

PONTES, M. G. DE A.; LIMA, G. M. B.; FEITOSA, I. P.; TRIGUEIRO, J. V. S. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, v. 12, n. 1, p. 71-80, 2014

REIS, U. L. S. dos; NETO, J. M. W. G. Quando a parte não representa o todo: mecanismos oficiais de consulta (“pesquisa”) jurisprudencial e os riscos de seu uso na pesquisa empírica quantitativa. *Revista Brasileira de Sociologia do Direito*, v. 12, n. 1, p. 9-33, 2025

SILVA CARVALHO, B. J. *Violência obstétrica em Portugal: prevalência, tipologias e impacto*. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Minho, 2024

SILVA, G. O.; GOMES, M. D.; RIBEIRO, M. S. DE J. Evolução histórica do parto humanizado. *Revista Gestão & Tecnologia*, v. 2, n. 35, p. 56-65, 2022

SOUSA CARVALHO, A. R. T. H. U. R.; PEDROGA, A. G. R.; RIBEIRO, C. M.; ASSIS, L. A. Y. A. R. A.; KALIL, J. H.; OLIVEIRA NASCIMENTO, E. S. Violência obstétrica: a ótica sobre os princípios bioéticos e direitos das mulheres. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2019

STREIT, L.; BUENO, M. S.; GUERBER, P. M. W. A violência obstétrica como violação dos direitos humanos das mulheres. *Academia de Direito*, v. 6, n. 1, p. 4231-4253, 2024

VEÇOSO, F. C.; PEREIRA, B. R.; PERRUSO, C. A.; MARINHO, C. M.; BABINSKI, D. B. de O.; WANG, D.; SALINAS, N. S. C. A pesquisa em direito e as bases eletrônicas de julgados dos tribunais: matrizes de análise e aplicação no Supremo Tribunal Federal e no Superior Tribunal de Justiça. *Brazilian Journal of Empirical Legal Studies*, v. 1, n. 1, p. 105-139, 2014

WOLFF, L. R.; MOURA, M. A. V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 8, n. 2, p. 279-285, 2004

ZITSCHER, H. C. Como pesquisar?. *Revista da Faculdade de Direito da UFRGS*, v. 17, n. 1, p. 75-92, 1999

Recebido em Maio de 2026.

Aprovado em Julho 2026.