

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA E SUBNOTIFICAÇÃO: O PAPEL DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E DA LEGISLAÇÃO SOBRE DENÚNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.



10.5281/zenodo.20014577

Matheus Rocha Garcez Macedo.

Graduado em Engenharia de Produção, Ciências Contábeis, Administração, Economia e Pedagogia, com formação realizada em instituições como Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Centro Universitário UNIBTA, Escola Técnica ETEP e Universidade Cruzeiro do Sul (2017–2019). Atua em áreas interdisciplinares, com interesse em gestão, processos organizacionais, educação e análise econômica, articulando conhecimentos das ciências exatas, sociais aplicadas e educacionais. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0379543158382217> E-mail: garcezejunior@gmail.com

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica, quando examinada a partir da saúde pública, dos direitos reprodutivos e da responsabilização institucional, revela uma forma específica de violação que não se esgota na inadequação técnica de determinados procedimentos, pois expressa uma gramática histórica de subordinação dos corpos femininos aos regimes de autoridade médica, às hierarquias de gênero e às formas institucionais de silenciamento da experiência das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Silva (2025), ao relacionar o desconhecimento da violência obstétrica à fragilização da proteção jurídica das mulheres, permite compreender que a persistência dessas práticas não decorre apenas da ausência de informação individual, mas de um arranjo social mais amplo em que a violência pode ser incorporada à rotina assistencial sob a aparência de conduta técnica, cuidado protocolar ou necessidade clínica. Nesse sentido, a violência obstétrica deve ser situada no ponto de tensão entre a medicalização do parto, a desigual distribuição do saber profissional e a negação da autonomia reprodutiva, uma vez que condutas como episiotomias sem indicação, manobras fisicamente invasivas, impedimento de acompanhante, recusas de analgesia, intervenções não consentidas, humilhações verbais e negligências assistenciais não apenas produzem sofrimento físico e psíquico, mas reconfiguram a mulher como objeto passivo da intervenção sanitária. Leite et al. (2022), ao tratarem os desrespeitos, abusos, maus-tratos e a violência obstétrica como desafio para a epidemiologia e a saúde pública brasileira, evidenciam que o próprio campo científico enfrenta dificuldades conceituais e metodológicas para nomear, mensurar e comparar esse fenômeno, o que demonstra que a invisibilidade não é apenas social ou jurídica, mas também classificatória, estatística e epistemológica. Assim, a introdução do debate exige reconhecer que a violência

obstétrica é simultaneamente uma questão assistencial, por ocorrer no interior dos serviços de saúde; uma questão de gênero, por incidir sobre mulheres em situação de vulnerabilidade reprodutiva; uma questão jurídica, por atingir direitos fundamentais; e uma questão informacional, porque sua existência pública depende da capacidade dos sistemas de registro de nomear aquilo que a cultura institucional frequentemente naturaliza.

A notificação compulsória ocupa posição estratégica nesse debate porque transforma a violência, antes confinada à esfera da vivência individual, em evento de interesse público, passível de registro, vigilância, análise epidemiológica e formulação de políticas. Carvalho, Laguardia e Deslandes (2022), ao analisarem os sistemas de informação sobre violência contra as mulheres, afirmam que esses dispositivos não são instrumentos neutros, pois as categorias que organizam a coleta e o processamento dos dados também expressam concepções de mundo, disputas políticas e regimes institucionais de visibilidade. Essa compreensão é decisiva para o estudo da violência obstétrica, visto que a ausência de uma categoria específica, estável e nacionalmente padronizada nos sistemas oficiais faz com que o fenômeno seja frequentemente absorvido por classificações mais amplas, como violência psicológica, física, sexual, institucional, negligência ou discriminação, perdendo densidade própria no plano estatístico. Ildefonso et al. (2025), ao discutirem a possibilidade de notificação da violência obstétrica na Ficha Individual de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, mesmo diante da inexistência de campo específico, demonstram que a notificação é tecnicamente possível, mas essa possibilidade formal não elimina os obstáculos que derivam da falta de capacitação profissional, da confusão entre denúncia jurídica e notificação sanitária, da resistência institucional e da dificuldade de enquadrar práticas obstétricas abusivas em instrumentos concebidos para violências mais facilmente reconhecidas. A notificação, portanto, não pode ser compreendida como simples ato administrativo de preenchimento de formulário, pois ela constitui uma operação política de reconhecimento: ao registrar a violência, o serviço de saúde admite que determinado fato não pertence ao campo da normalidade assistencial, mas ao campo das violações que exigem vigilância, prevenção, responsabilização e intervenção pública.

A subnotificação, nesse contexto, constitui uma das dimensões mais graves da problemática, porque impede que a magnitude da violência obstétrica seja conhecida com precisão e, ao mesmo tempo, preserva a aparência de normalidade de práticas reiteradas nos serviços de saúde. Soares (2023), ao estudar a mortalidade de mulheres com notificação de violência durante a gravidez, demonstra a potência da vigilância em saúde para articular eventos de violência, risco e desfechos graves no ciclo gestacional, o que reforça a necessidade de tratar a informação não como dado secundário, mas como componente constitutivo da

proteção à vida. Pinheiro (2025), ao discutir a subnotificação da mortalidade materna por erro de codificação, contribui para ampliar essa análise ao mostrar que as falhas classificatórias não são problemas meramente formais, pois interferem diretamente na capacidade estatal de reconhecer mortes, agravos e desigualdades evitáveis. De modo semelhante, Jacobs et al. (2022), ao analisarem dados de sistemas ambulatoriais, hospitalares e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde sobre interrupção legal da gravidez, evidenciam que os bancos oficiais podem revelar lacunas entre oferta, acesso e realização de procedimentos assegurados juridicamente, desde que sejam interrogados criticamente quanto às suas omissões, inconsistências e limites de cobertura. No campo da violência obstétrica, essa discussão adquire relevância específica porque muitos episódios sequer ingressam nos sistemas de informação, seja porque a mulher não reconhece a violação, seja porque o profissional não a identifica como notificável, seja porque o serviço não possui fluxo institucional claro, seja porque a própria cultura hospitalar interpreta a dor, a submissão e a obediência como atributos esperados da boa parturiente. A subnotificação, portanto, não é ausência casual de dados, mas efeito produzido por relações assimétricas de saber, poder e credibilidade.

A legislação sobre denúncia e notificação, embora indispensável, revela limites quando não se articula a instrumentos operacionais capazes de converter direitos abstratos em práticas institucionais efetivas. A Lei nº 10.778/2003 estabelece a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde, mas o enquadramento da violência obstétrica nesse regime ainda depende de mediações conceituais e institucionais que nem sempre estão consolidadas no cotidiano da assistência. Ribeiro (2025), ao discutir a comprovação e eventual punição da violência obstétrica, evidencia que a responsabilização enfrenta obstáculos probatórios importantes, especialmente quando a violência se realiza em ambientes hierarquizados, com prontuários lacônicos, ausência de testemunhas qualificadas e assimetria entre a palavra da mulher e a autoridade técnico-profissional. Castro et al. (2024), ao relacionarem a lacuna legislativa à interseccionalidade, aprofundam esse problema ao indicar que a ausência de normatização específica atinge de forma desigual mulheres situadas em posições sociais vulnerabilizadas, para as quais a dificuldade de denúncia se soma ao racismo institucional, à pobreza, à baixa escolaridade e à menor capacidade de acessar canais formais de reivindicação. Lima, Pimentel e Lyra (2021), ao analisarem disparidades raciais na violência obstétrica, reforçam que a produção da violência e sua invisibilização estatística não podem ser separadas das desigualdades raciais que estruturam a atenção à saúde no Brasil. Desse modo, a legislação só cumpre função protetiva consistente quando acompanhada de sistemas de informação sensíveis às desigualdades, protocolos de notificação claros, formação

permanente das equipes, canais seguros de denúncia e mecanismos de responsabilização que não reduzam a violência obstétrica a conflito interpessoal, mas a compreendam como falha institucional na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

O presente capítulo, diante desse quadro, tem por objetivo analisar como os sistemas de informação em saúde e a legislação sobre denúncia e notificação compulsória podem contribuir para o reconhecimento, o enfrentamento e a prevenção da violência obstétrica, sem desconsiderar os limites estruturais que ainda produzem invisibilidade estatística e impunidade institucional. Katz et al. (2020), ao problematizarem a resistência ao uso do termo violência obstétrica, indicam que a disputa em torno da nomeação do fenômeno não é secundária, pois aquilo que não pode ser nomeado também tende a não ser medido, responsabilizado ou transformado em prioridade pública. Ildefonso et al. (2025) ampliam essa discussão ao relacionar a notificação da violência obstétrica aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especialmente saúde e bem-estar, igualdade de gênero e redução das desigualdades, demonstrando que registrar o fenômeno não é apenas uma exigência burocrática interna ao sistema de saúde, mas uma condição para que o Estado brasileiro enfrente formas persistentes de violência de gênero no interior de suas próprias instituições assistenciais. Nessa direção, Bezerra et al. (2024), ao refletirem sobre registros de violência contra mulheres no SINAN, permitem observar que a qualidade da informação depende da forma como os serviços compreendem, registram e encaminham os casos, de modo que a fragilidade do dado expressa também a fragilidade da rede. Assim, a análise proposta parte da premissa de que a violência obstétrica permanece subnotificada não porque seja marginal ou episódica, mas porque seus modos de ocorrência desafiam categorias tradicionais de violência, atravessam práticas legitimadas pelo discurso técnico e exigem uma política informacional capaz de reconhecer que o direito à saúde materna não se realiza plenamente quando a mulher é atendida, mas silenciada, registrada, mas não escutada, submetida a procedimentos, mas privada de autonomia, convertida em usuária do sistema, mas excluída da condição de sujeito de direitos.

2. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO AGRAVO DE SAÚDE PÚBLICA E VIOLAÇÃO DE DIREITOS

2.1 CONCEITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS MÚLTIPLAS FORMAS DE MANIFESTAÇÃO

A conceituação da violência obstétrica exige ultrapassar a leitura restrita que a reduz a episódios isolados de conduta inadequada, pois sua especificidade reside justamente na articulação entre práticas assistenciais, relações hierárquicas de saber, desigualdades de gênero

e formas institucionais de apropriação do corpo feminino no ciclo gravídico-puerperal. Sturza, Nielsson e Andrade (2020) compreendem a violência obstétrica como negação dos direitos humanos e da saúde sexual e reprodutiva da mulher, permitindo situá-la não apenas no campo da responsabilidade profissional, mas na esfera mais ampla das violações que atingem a autonomia, a integridade e a dignidade da pessoa gestante. Essa perspectiva é reforçada por Teixeira et al. (2020), ao tratarem a violência obstétrica como violação do direito à saúde, uma vez que o cuidado obstétrico não pode ser juridicamente concebido como mera prestação técnica, dissociada do consentimento, da informação qualificada e do reconhecimento da parturiente como sujeito de decisão. Assim, a violência obstétrica compreende um conjunto de ações e omissões ocorridas no pré-natal, no parto, no puerpério, em situações de abortamento e também no atendimento neonatal, sempre que a assistência se organiza de modo a anular a palavra da mulher, submeter seu corpo a intervenções não pactuadas ou converter a vulnerabilidade própria do processo reprodutivo em oportunidade de dominação institucional. Nessa chave, Queiroz et al. (2020) qualificam o fenômeno como problema de saúde pública e violação de direitos humanos, formulação que desloca o debate da esfera moral ou meramente disciplinar para o campo da obrigação estatal de prevenir práticas assistenciais abusivas, garantir cuidado seguro e criar mecanismos de responsabilização quando o serviço de saúde, em vez de proteger, produz sofrimento evitável.

As manifestações da violência obstétrica são múltiplas porque não se limitam à agressão física evidente, embora esta seja uma de suas expressões mais reconhecíveis, incluindo também formas simbólicas, psicológicas, sexuais, institucionais e informacionais de constrangimento. Melo Ribeiro, Souza e Silva (2022), ao associarem a violência obstétrica à violação dos direitos fundamentais da mulher, evidenciam que o dano não se restringe à dimensão corporal, pois alcança o direito de decidir, compreender, consentir, recusar e participar ativamente do próprio processo assistencial. A violência verbal, por exemplo, aparece em comentários depreciativos, repreensões, ironias, ameaças e frases moralizantes que atribuem culpa à mulher pela gravidez, pela dor ou por sua conduta durante o trabalho de parto, produzindo um ambiente no qual a linguagem profissional deixa de mediar o cuidado e passa a operar como técnica de submissão. Valente (2023) observa que as consequências da violência obstétrica ultrapassam o momento do atendimento, podendo repercutir sobre a saúde mental, a experiência da maternidade e a confiança futura nos serviços de saúde, o que permite compreender que a humilhação, o silenciamento e a desqualificação da dor não são eventos acessórios, mas mecanismos efetivos de lesão à integridade psíquica. A negligência, por sua vez, manifesta-se na demora injustificada de atendimento, na recusa de escuta, na ausência de explicações, na privação de

analgesia quando indicada, na falta de monitoramento adequado e no abandono assistencial, práticas que revelam como a omissão pode ser tão violenta quanto a intervenção abusiva, sobretudo quando a mulher depende integralmente da equipe para garantir sua segurança e a do recém-nascido.

No plano dos procedimentos fisicamente invasivos, a violência obstétrica torna-se particularmente sensível porque a técnica médica, quando desvinculada da necessidade clínica, do consentimento informado e da proporcionalidade terapêutica, pode converter-se em instrumento de violação. Ferreira (2024), ao examinar modalidades fisicamente invasivas da violência obstétrica em comparação com a mutilação genital feminina, contribui para problematizar a tendência de naturalizar intervenções sobre o corpo reprodutivo da mulher quando legitimadas pelo ambiente hospitalar, ainda que produzam dor, lesão, constrangimento ou perda de autonomia. A episiotomia sem indicação precisa, os toques vaginais repetitivos e realizados por diferentes profissionais sem justificativa, a manobra de Kristeller, a contenção física, a administração indiscriminada de ocitocina, a imposição de posição litotômica e a realização de cesarianas coercitivas expressam uma racionalidade assistencial na qual o corpo da mulher é tratado como superfície disponível à intervenção, e não como corpo dotado de vontade juridicamente relevante. Nessa direção, De Brito, Oliveira e De Albuquerque Costa (2020), ao analisarem o olhar do Poder Judiciário brasileiro sobre a violência obstétrica e os direitos da parturiente, mostram que a dificuldade de reconhecimento jurídico dessas práticas decorre, em parte, da tensão entre deferência à autoridade médica e proteção da autonomia da mulher, tensão que se agrava quando o prontuário, a prova testemunhal e a linguagem técnica são mobilizados para neutralizar a narrativa da vítima. A intervenção obstétrica, portanto, só se legitima quando fundada em indicação clínica, comunicação compreensível, respeito à vontade da mulher e registro adequado, pois a necessidade terapêutica não pode servir como autorização genérica para suspender direitos fundamentais no interior da maternidade.

A recusa ou a restrição de acompanhante, a desconsideração da dor, a separação injustificada entre mãe e bebê e a imposição de condutas sem esclarecimento demonstram que a violência obstétrica também se produz por meio da organização institucional do cuidado. Oliveira et al. (2023), ao discutirem os desafios da saúde pública no contexto materno-infantil, permitem compreender que a precariedade dos serviços, a superlotação, a insuficiência de profissionais e a persistência de rotinas desatualizadas não apenas dificultam a humanização do atendimento, mas podem constituir condições de possibilidade para práticas violadoras. Todavia, reconhecer o peso das condições estruturais não significa diluir a responsabilidade institucional, pois a escassez de recursos não autoriza humilhação, negligência, omissão de

informação ou intervenção não consentida. Santos et al. (2025), ao abordarem o papel da enfermagem na prevenção e intervenção diante da violência obstétrica, indicam que a equipe de saúde ocupa posição ambivalente, já que pode tanto reproduzir práticas abusivas quanto atuar como mediadora da proteção, da escuta e do reconhecimento da parturiente. Essa ambivalência revela que a violência obstétrica não nasce apenas da ação de um profissional isolado, mas de uma cultura assistencial que pode tolerar o abuso como rotina, banalizar a dor como destino feminino e transformar a obediência da mulher em critério implícito de bom atendimento. Por isso, a conceituação do fenômeno precisa incorporar tanto as condutas individualizadas quanto os arranjos institucionais que produzem ambiente hostil, inseguro ou moralmente coercitivo.

A dimensão interseccional aprofunda a compreensão da violência obstétrica ao evidenciar que a violação da autonomia reprodutiva não incide sobre um sujeito abstrato, universal e homogêneo, mas sobre mulheres concretamente situadas em relações de raça, classe, território, idade, deficiência e escolaridade. Lima, Pimentel e Lyra (2021), ao analisarem disparidades raciais na violência obstétrica em mulheres negras, demonstram que a assistência ao parto no Brasil carrega marcas de desigualdades historicamente estruturadas, nas quais a dor de determinadas mulheres tende a ser menos considerada, sua palavra menos valorizada e sua autonomia mais facilmente substituída pela decisão institucional. Essa leitura é indispensável para evitar que a violência obstétrica seja apresentada apenas como falha técnica ou problema comunicacional, pois sua distribuição desigual revela a presença de hierarquias sociais no interior do cuidado. Castro et al. (2024), ao discutirem a lacuna legislativa sob o aspecto da interseccionalidade, indicam que a ausência de normas específicas e de instrumentos institucionais robustos agrava a vulnerabilidade de mulheres que já enfrentam barreiras de acesso à justiça e à saúde. Desse modo, a discriminação no atendimento obstétrico não é uma modalidade periférica do fenômeno, mas uma de suas expressões constitutivas, uma vez que raça, pobreza, juventude, migração, deficiência e baixa escolaridade podem interferir na forma como a dor é lida, a denúncia é acolhida, a informação é fornecida e a decisão da mulher é respeitada ou desconsiderada.

O conceito de violência obstétrica também deve abranger situações de abortamento e atendimento neonatal, pois a violação dos direitos sexuais e reprodutivos não se encerra no parto e tampouco se restringe à gestação desejada. Baigorria et al. (2025), ao analisarem dados do SINAN sobre violência sexual relacionada à gestação e aborto previsto em lei, evidenciam que a experiência reprodutiva pode ser atravessada por violências anteriores, simultâneas e posteriores ao atendimento em saúde, exigindo que os serviços reconheçam a complexidade

dos contextos que envolvem gravidez decorrente de violência, abortamento legal e cuidado pós-aborto. A recusa de atendimento, a imposição de juízos morais, a demora deliberada, a exposição indevida da mulher e a negação de informações sobre direitos legalmente assegurados configuram formas de violência institucional que reiteram o controle social sobre a sexualidade feminina. Silva Oliveira et al. (2025), ao discutirem o direito de decisão e de saúde das mulheres em situação de violência sexual no Maranhão, reforçam que o acesso ao aborto legal e ao cuidado em saúde não pode ser condicionado à moralidade do profissional ou à capacidade da vítima de insistir diante de obstáculos burocráticos. Nesse campo, a violência obstétrica assume contornos particularmente graves, pois o serviço de saúde deixa de ser espaço de acolhimento e reparação para converter-se em nova instância de violação, especialmente quando a mulher, já vitimada por violência sexual, encontra desconfiança, julgamento, omissão ou recusa institucional.

A amplitude conceitual da violência obstétrica, por fim, não deve ser confundida com imprecisão analítica, pois nomear suas diversas formas de manifestação é condição para diferenciá-la de eventos adversos inevitáveis, complicações clínicas ou desconfortos inerentes ao processo fisiológico do parto. Cavalcante (2023), ao examinar avanços e limitações dos direitos reprodutivos à luz do Projeto de Lei nº 2.082 de 2022, permite observar que a disputa normativa em torno do conceito reflete a dificuldade brasileira de transformar o reconhecimento social da violência obstétrica em categoria jurídica suficientemente operacional. Paula (2025), ao discutir os limites e desafios do enfrentamento estatal, contribui para essa análise ao indicar que o problema não reside apenas em definir a violência, mas em criar condições para preveni-la, registrá-la, provar sua ocorrência e responsabilizar seus agentes. Nesse ponto, Katz et al. (2020) oferecem uma contribuição crítica relevante ao mostrarem que a resistência ao termo violência obstétrica muitas vezes revela incômodo político com a nomeação de práticas historicamente toleradas pela assistência ao parto, de modo que a recusa conceitual pode funcionar como mecanismo de conservação institucional. Conceituar a violência obstétrica, portanto, significa reconhecer que o cuidado em saúde só é legítimo quando preserva a mulher como sujeito de direitos, e não apenas como paciente submetida à decisão técnica; significa, ainda, admitir que a dignidade no nascimento depende de uma assistência capaz de integrar evidência científica, consentimento, informação, escuta, equidade e responsabilização.

2.2 DA EXPERIÊNCIA INDIVIDUAL À QUESTÃO COLETIVA: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A passagem da violência obstétrica do campo da experiência individual para o domínio da saúde coletiva exige compreender que a dor relatada por mulheres durante o pré-natal, o parto, o puerpério, o abortamento e o atendimento neonatal não constitui mero episódio subjetivo, isolado ou contingente, mas sintoma de uma racionalidade institucional que frequentemente organiza o cuidado materno-infantil a partir da assimetria entre quem detém o saber técnico e quem vivencia corporalmente o processo reprodutivo. Pulhez (2022), ao discutir autonomia, consentimento e informação de qualidade nas controvérsias sobre a construção da violência obstétrica no Brasil, contribui para deslocar o problema da esfera da queixa individual para o campo das disputas sociais em torno da legitimidade da palavra da mulher, da autoridade biomédica e da definição pública do que pode ou não ser reconhecido como violência. Essa operação analítica é decisiva porque muitas práticas abusivas permanecem socialmente toleradas quando são interpretadas como desconfortos inevitáveis do parto, como exigências de segurança clínica ou como manifestações ordinárias da rotina hospitalar. Machado (2023), ao abordar a ausência de informação sobre os direitos das gestantes, permite perceber que a experiência individual da violência é frequentemente capturada por uma zona de indeterminação: a mulher sente que foi humilhada, coagida, ignorada ou submetida a intervenções que não compreendeu, mas nem sempre possui os instrumentos jurídicos, sanitários e simbólicos necessários para nomear a violação sofrida. Desse modo, a violência obstétrica torna-se questão coletiva no momento em que se reconhece que a dificuldade de nomeação, denúncia e reparação não deriva apenas da fragilidade informacional de cada vítima, mas da forma como os serviços de saúde, as instituições jurídicas e os sistemas de registro historicamente administram a credibilidade da experiência feminina.

A configuração da violência obstétrica como problema de saúde pública decorre, em grande medida, de sua capacidade de produzir danos que extrapolam o evento assistencial imediato, alcançando a saúde física, a integridade psíquica, a confiança nas instituições e a própria disposição das mulheres para buscar cuidados futuros. De Abreu Paz et al. (2025), ao examinarem os impactos da violência obstétrica na saúde da mulher, indicam que as consequências desse fenômeno não podem ser reduzidas ao trauma do parto, pois se prolongam em sofrimento emocional, medo de novas gestações, insegurança diante de profissionais de saúde e enfraquecimento do vínculo com os serviços. Essa leitura é convergente com Streit, Bueno e Guerber (2024), para quem a violência obstétrica, ao violar direitos humanos das mulheres, compromete a dignidade em um momento de intensa vulnerabilidade corporal e simbólica, produzindo efeitos que não cabem no registro estritamente biomédico da morbidade. O dano, portanto, não está circunscrito à ocorrência de lesões físicas, embora estas sejam

relevantes, mas inclui a desorganização subjetiva provocada pela sensação de ter sido desautorizada, exposta, infantilizada ou coagida no interior de uma instituição cuja função deveria ser proteger. Quando a mulher passa a associar o serviço de saúde à humilhação, à dor desconsiderada ou ao medo, a violência obstétrica converte-se em obstáculo à continuidade do cuidado, afetando a adesão ao pré-natal, a busca por assistência em gestações posteriores e a confiança em políticas públicas voltadas à saúde materna.

Essa dimensão coletiva torna-se ainda mais evidente quando se observa que a repetição das práticas abusivas nos serviços não pode ser satisfatoriamente explicada por desvios individuais de conduta, pois sua recorrência indica padrões organizacionais, protocolos naturalizados, culturas profissionais e formas de gestão do risco que frequentemente desconsideram a autonomia da mulher como elemento constitutivo da qualidade assistencial. Da Costa et al. (2024), ao relacionarem violência obstétrica e direito à saúde da mulher, reforçam que o atendimento obstétrico só pode ser considerado juridicamente adequado quando articula segurança clínica, consentimento informado, acolhimento e respeito à dignidade, de modo que a violação desses elementos configura falha pública e não simples inadequação relacional. Nessa mesma direção, Dos Santos e Alves (2024), ao caracterizarem a violência obstétrica como desafio para a saúde pública brasileira, apontam que o problema se reproduz em contextos nos quais o cuidado é organizado por rotinas que priorizam a conveniência institucional, a celeridade do procedimento e a autoridade profissional em detrimento da escuta, da singularidade clínica e da participação da mulher nas decisões. O aspecto decisivo, nesse ponto, é que a saúde pública não se ocupa apenas da soma de experiências individuais, mas da identificação de padrões evitáveis de adoecimento, sofrimento e violação, razão pela qual a violência obstétrica deve ser analisada como expressão de um modelo assistencial que necessita de regulação, monitoramento e transformação institucional.

A experiência individual da violência obstétrica também se converte em questão coletiva quando seus efeitos incidem sobre vínculos sociais, relações familiares, percepções comunitárias do parto e expectativas intergeracionais em torno da maternidade. Rojas Carmona (2024), ao analisar a violência obstétrica em ambientes virtuais do Brasil, evidencia que os relatos compartilhados em espaços digitais cumprem função sociopolítica relevante, pois transformam experiências antes fragmentadas e silenciadas em narrativas públicas de reconhecimento mútuo, denúncia e contestação da normalidade institucional. Esses ambientes não substituem os sistemas formais de notificação, nem resolvem o problema da responsabilização, mas revelam que muitas mulheres encontram fora das instituições a escuta que não obtiveram no serviço de saúde. Duarte (2023), ao tratar da violência obstétrica e da

participação social, permite compreender que a publicização dessas experiências, quando articulada a movimentos de mulheres, conselhos, coletivos e espaços de controle social, contribui para deslocar o fenômeno da esfera privada para a agenda pública, pressionando por protocolos, formação profissional, fiscalização e mudanças normativas. A narrativa da vítima, nessa perspectiva, deixa de ser apenas memória dolorosa e passa a operar como insumo político para a construção de respostas institucionais, desde que seja reconhecida como fonte legítima de conhecimento sobre as práticas de cuidado.

A saúde coletiva, entretanto, não pode tratar essa publicização como suficiente, porque a conversão da experiência em política pública depende da existência de sistemas capazes de registrar, comparar, interpretar e devolver à sociedade informações qualificadas sobre o fenômeno. Leal (2024), ao avaliar políticas públicas para mulheres violentadas a partir das notificações de violência interpessoal no âmbito da saúde no Ceará, demonstra que a notificação é um instrumento fundamental para conhecer perfis, territórios, recorrências e respostas institucionais, mas sua utilidade depende da qualidade do preenchimento, da regularidade dos fluxos e da capacidade dos gestores de transformar dados em ação. Mapa (2023), ao estudar a notificação da violência contra a mulher no Sistema Único de Saúde em Ouro Preto, reforça que a vigilância em saúde tem papel decisivo na articulação entre assistência e proteção, embora encontre entraves relacionados à capacitação das equipes, à compreensão da obrigatoriedade notificadora e à integração da rede. Essa discussão é particularmente relevante para a violência obstétrica, pois a ausência de registros específicos faz com que muitos episódios permaneçam dispersos em categorias genéricas, dificultando a identificação da magnitude do problema e a formulação de intervenções direcionadas. A experiência singular da mulher violentada, portanto, só adquire densidade coletiva quando encontra um sistema institucional capaz de reconhecê-la, classificá-la sem reduzi-la, protegê-la sem expô-la e transformá-la em evidência pública para prevenção.

O reconhecimento da violência obstétrica como problema de saúde pública também exige considerar que os impactos não se distribuem de maneira uniforme, pois as condições sociais de vida interferem tanto na exposição às práticas abusivas quanto na possibilidade de denunciá-las, registrá-las e obter reparação. Terceiro (2025), ao examinar o perfil de vítimas de violência sexual atendidas em ambulatório de saúde da mulher, permite ampliar a compreensão sobre como serviços especializados recebem trajetórias marcadas por vulnerabilidades acumuladas, nas quais violência, gravidez, adoecimento e acesso desigual à assistência se articulam. Da Silva Teixeira (2024), ao discutir os desafios da Atenção Primária à Saúde no atendimento a mulheres vítimas de violência, indica que o primeiro nível de atenção

pode ser espaço privilegiado para identificação precoce, acolhimento e encaminhamento, mas somente quando suas equipes estão preparadas para reconhecer sinais de violência e atuar de modo intersetorial. A violência obstétrica, nesse cenário, não aparece como evento desconectado de outras formas de violência de gênero, mas como parte de um continuum no qual a mulher pode ser desrespeitada em sua sexualidade, em sua capacidade decisória, em sua maternidade e em sua relação com os serviços públicos. A saúde pública, por isso, não deve responder apenas ao episódio final do parto violento, mas aos percursos assistenciais que antecedem e sucedem esse evento, incluindo pré-natal, atenção básica, serviços de urgência, maternidades, puerpério e redes de proteção.

A dimensão institucional do problema adquire maior gravidade quando se observa que a violência obstétrica pode produzir desfechos associados à morbidade, ao agravamento de riscos e à perda de oportunidades de cuidado, mesmo quando não aparece expressamente classificada como causa ou fator contribuinte nos sistemas oficiais. Silva et al. (2025), ao aplicarem ferramentas de machine learning à análise da morbi-mortalidade materna e suas relações com a Covid-19 no Brasil, indicam a relevância de metodologias capazes de detectar padrões complexos em grandes bases de dados, o que pode inspirar investigações futuras sobre a relação entre fragilidades assistenciais, desigualdades territoriais e eventos maternos adversos. Lucena (2025), ao analisar historicamente os Comitês de Mortalidade Materna no Brasil, reforça a importância de instâncias institucionais capazes de investigar mortes, identificar falhas assistenciais e produzir recomendações para evitar recorrências. Embora a violência obstétrica nem sempre apareça de modo explícito nos registros de mortalidade ou morbidade, sua presença pode se insinuar em condutas negligentes, atrasos no atendimento, recusa de escuta, ausência de encaminhamento oportuno e violações de protocolos de cuidado. Nesse sentido, a investigação de óbitos, eventos graves e notificações de violência precisa incorporar sensibilidade analítica para reconhecer que a desumanização da assistência não é apenas questão ética, mas componente potencial de risco sanitário.

A passagem da violência obstétrica ao campo da saúde coletiva, por fim, impõe deslocar o foco exclusivo da punição individual para uma arquitetura pública de prevenção, registro, responsabilização institucional e transformação das práticas de cuidado. Fujimoto et al. (2025), ao discutirem direitos humanos e estratégias de enfrentamento da violência obstétrica, apontam para a necessidade de respostas que combinem educação em direitos, qualificação profissional, fortalecimento da rede de proteção e mecanismos de denúncia acessíveis. Melo et al. (2025), ao proporem um diálogo entre sistemas de informação em saúde e enfrentamento das violências contra mulheres, reforçam que a produção de dados deve ser compreendida como prática

política de visibilidade, e não como expediente meramente administrativo. A violência obstétrica torna-se efetivamente problema público quando o Estado reconhece que sua ocorrência reiterada denuncia falhas sistêmicas na organização da assistência, na formação profissional, na escuta das usuárias, na vigilância epidemiológica e na responsabilização dos serviços.

2.3 MARCADORES SOCIAIS DA DESIGUALDADE E SELETIVIDADE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A análise da violência obstétrica a partir dos marcadores sociais da desigualdade permite deslocar o fenômeno de uma leitura abstrata da violação assistencial para uma compreensão mais rigorosa das formas pelas quais gênero, raça, classe social, idade, deficiência, território e escolaridade modulam tanto a exposição das mulheres às práticas abusivas quanto a possibilidade de reconhecimento institucional da violência sofrida. A maternidade, quando atravessada por estruturas de desigualdade, não se apresenta como experiência socialmente homogênea, pois o corpo que chega ao serviço de saúde é também lido pela instituição a partir de signos de pertencimento racial, condição econômica, idade, origem territorial, capacidade comunicativa e posição social. Nesse sentido, De Menezes et al. (2025), ao relacionarem violência obstétrica e invisibilidade social no contexto da saúde pública brasileira, contribuem para compreender que a violência não se manifesta apenas como ato pontual de desrespeito, mas como efeito de uma organização assistencial que tende a reconhecer de modo desigual a dor, a palavra e a autonomia das mulheres. A seletividade opera, assim, em diferentes planos: na suspeição lançada sobre determinadas usuárias, na menor disposição institucional para explicar procedimentos, na aceitação tácita de intervenções sem consentimento, no tratamento moralizante de adolescentes e mulheres pobres, na desqualificação da queixa de mulheres negras e periféricas e na fragilidade dos canais de denúncia para aquelas que dependem exclusivamente do próprio serviço que as violentou. A violência obstétrica, portanto, não se distribui aleatoriamente no tecido social, pois se inscreve em hierarquias históricas que definem quais mulheres são ouvidas com deferência, quais são tratadas como corpos disponíveis à intervenção e quais sequer conseguem converter a violação vivida em narrativa institucionalmente legítima.

A relação entre raça e violência obstétrica é particularmente decisiva para compreender a seletividade do cuidado, uma vez que o racismo institucional não se limita a atos explicitamente discriminatórios, mas atua por meio de expectativas clínicas, julgamentos

morais, negligências naturalizadas e assimetrias na credibilidade atribuída à experiência da mulher. A desconsideração da dor, a demora no atendimento, a ausência de escuta qualificada e a menor oferta de informações podem assumir aparência de falhas assistenciais genéricas, embora, em sua repetição socialmente marcada, revelem padrões de desigualdade racial e territorial. Dos Santos et al. (2025), ao examinarem a violência obstétrica na saúde materna e o papel da enfermagem na prevenção e intervenção, oferecem elementos para pensar que a equipe multiprofissional ocupa posição estratégica não apenas na execução de procedimentos, mas na mediação da escuta e na interrupção de práticas discriminatórias. Essa mediação, contudo, só se torna efetiva quando a formação profissional reconhece que o cuidado não é neutro e que a assistência materna pode reproduzir, em linguagem técnica, preconceitos socialmente sedimentados. Em mulheres negras, indígenas, migrantes, periféricas ou privadas de liberdade, a vulnerabilidade obstétrica tende a ser agravada pela expectativa institucional de submissão, pela dificuldade de acesso a informações claras e pela menor probabilidade de que sua denúncia seja acolhida como relato confiável. Desse modo, a seletividade não aparece apenas no momento da agressão, mas também na fase posterior, quando a mulher tenta narrar o ocorrido e encontra barreiras simbólicas, burocráticas e probatórias que reconstituem, no plano da denúncia, a mesma desigualdade que atravessou o atendimento.

A classe social e a escolaridade também são dimensões estruturantes da violência obstétrica, especialmente porque interferem na capacidade de acesso à informação, na compreensão dos direitos durante o ciclo gravídico-puerperal e na possibilidade de contestação das decisões tomadas pela equipe de saúde. Mulheres pobres, com baixa escolaridade ou residentes em regiões de menor oferta assistencial frequentemente enfrentam obstáculos cumulativos: dependem de serviços sobrecarregados, têm menor possibilidade de escolha institucional, encontram maior dificuldade para obter segunda opinião, desconhecem canais formais de denúncia e, muitas vezes, receiam retaliações no próprio território em que continuarão recebendo atendimento. A contribuição de Bezerra et al. (2024), ao refletirem sobre notificações de violência contra mulheres a partir dos registros no SINAN em José da Penha, permite ampliar esse debate ao evidenciar que o registro da violência depende de uma cadeia institucional que começa na identificação do caso, passa pelo acolhimento e alcança o preenchimento correto dos sistemas de informação. Quando essa cadeia é frágil, a subnotificação deixa de ser mero problema técnico e passa a expressar desigualdade política na produção da verdade pública sobre a violência. A mulher socialmente vulnerabilizada pode sofrer a agressão, não reconhecê-la como violação, não ser estimulada a narrá-la, não encontrar profissional disposto a registrar o caso e, por fim, desaparecer das estatísticas oficiais. A

ausência de dado, nessa perspectiva, não corresponde à ausência de violência, mas à incapacidade seletiva do Estado de registrar aquilo que acontece nos corpos e trajetórias das mulheres mais expostas à precariedade institucional.

A idade, a deficiência e a condição de vulnerabilidade territorial adensam a análise porque revelam que a violência obstétrica não opera apenas sobre o eixo mulher e serviço de saúde, mas sobre corpos diferentemente percebidos em sua capacidade de decidir, compreender e consentir. Adolescentes gestantes, por exemplo, podem ser submetidas a discursos punitivos que associam gravidez precoce à irresponsabilidade moral, o que favorece repreensões, infantilização, constrangimentos e menor reconhecimento de sua autonomia reprodutiva. Mulheres com deficiência, por sua vez, podem ser tratadas a partir de pressupostos capacitistas que deslegitimam sua sexualidade, sua maternidade e sua capacidade decisória, intensificando a mediação compulsória de terceiros e restringindo o consentimento informado. Mulheres de territórios rurais, periféricos ou distantes dos centros especializados enfrentam ainda a seletividade geográfica do cuidado, marcada por deslocamentos longos, descontinuidade do pré-natal, ausência de serviços de referência e dependência de redes assistenciais com baixa resolutividade. Dos Santos et al. (2024), ao analisarem a percepção de enfermeiros diante da prevenção e dos impactos da violência obstétrica, indicam que o reconhecimento profissional é indispensável para interromper práticas abusivas, mas também sugerem, ainda que indiretamente, que tal reconhecimento depende da capacidade de ler a usuária como sujeito de direitos e não como paciente a ser conduzida de maneira tutelar. A seletividade institucional nasce exatamente quando essa leitura se altera conforme idade, deficiência, origem social ou aparência corporal, produzindo gradações de respeito incompatíveis com o princípio da equidade.

A territorialidade da violência obstétrica também se expressa na desigual distribuição dos recursos assistenciais e na forma como a distância dos centros urbanos, a precariedade do transporte sanitário, a insuficiência de maternidades e a baixa integração das redes locais interferem na qualidade do atendimento. Nas regiões em que a oferta de serviços é escassa, a mulher dispõe de menor margem de recusa, menor possibilidade de escolha e menor capacidade de contestar práticas abusivas, pois a dependência institucional tende a reduzir a denúncia e a ampliar a tolerância forçada ao desrespeito. Dos Santos et al. (2025), ao proporem uma análise epidemiológica da violência obstétrica no Nordeste brasileiro nos últimos dez anos, ainda que a partir de um recorte regional específico, permitem pensar a importância de examinar a violência não apenas por sua definição jurídica ou clínica, mas por sua inscrição em desigualdades territoriais que condicionam o acesso à assistência humanizada. A experiência

de uma mulher atendida em serviço superlotado, com equipe insuficiente, poucos leitos e baixa fiscalização institucional não pode ser interpretada da mesma maneira que a experiência de uma mulher com maior poder de escolha, capital informacional e acesso a mecanismos privados ou especializados de cuidado. Essa diferença não justifica a violência, mas ajuda a compreender por que determinados grupos estão mais expostos a negligências, intervenções coercitivas e silenciamentos reiterados.

A subnotificação, nesse cenário, deve ser analisada como fenômeno igualmente seletivo, pois os mesmos marcadores que aumentam a vulnerabilidade à violência obstétrica reduzem a probabilidade de que a violação seja reconhecida, registrada e encaminhada. Costa e Alcoforado (2023), ao analisarem notificações compulsórias de violência sexual ao SINAN em Petrolina, oferecem uma chave relevante para a reflexão, pois mostram que os sistemas oficiais dependem da capacidade dos serviços de identificar e notificar violências que, muitas vezes, permanecem atravessadas por medo, vergonha, estigma, desinformação e barreiras institucionais. Embora o estudo trate de violência sexual, sua contribuição é pertinente ao campo obstétrico porque evidencia que a notificação não é um ato espontâneo, mas o resultado de uma relação complexa entre vítima, profissional, serviço e sistema de vigilância. Na violência obstétrica, essa complexidade é ainda mais acentuada, pois o agressor pode ser o próprio agente ou serviço responsável pelo cuidado, o que coloca a mulher em posição de dependência diante da instituição que deveria registrar a violação. Assim, mulheres negras, pobres, adolescentes, indígenas, migrantes, com deficiência ou residentes em territórios vulnerabilizados podem enfrentar dupla invisibilidade: primeiro, porque sua dor é menos reconhecida no momento da assistência; depois, porque sua denúncia encontra menor acolhimento nos canais institucionais de registro.

A seletividade na escuta e na validação da denúncia revela que a violência obstétrica não se encerra no procedimento abusivo, pois se prolonga nas formas de resposta institucional oferecidas à mulher após a violação. Quando o relato é minimizado, quando o prontuário não registra adequadamente o ocorrido, quando a equipe justifica a conduta pela urgência sem demonstrar indicação clínica, quando a ouvidoria não acolhe a reclamação ou quando o sistema de saúde não notifica o caso, a violência inicial é reinscrita em uma cadeia de desautorização. De Menezes et al. (2025), ao tratarem da invisibilidade social como desafio para a saúde pública, ajudam a compreender que o silenciamento não é apenas ausência de fala, mas resultado de mecanismos que impedem determinadas experiências de se converterem em problema público. A mulher pode falar e, ainda assim, não ser escutada; pode denunciar e, ainda assim, não ser registrada; pode sofrer dano e, ainda assim, não produzir efeito

institucional reconhecível. Essa dinâmica demonstra que a subnotificação expressa uma economia desigual da credibilidade, na qual certos relatos são rapidamente incorporados à linguagem administrativa, enquanto outros são tratados como exagero, incompreensão, ingratidão ou conflito interpessoal. A consequência é a manutenção de estatísticas parciais que, ao não captarem a seletividade social da violência, contribuem para reproduzi-la como se fosse ocorrência ocasional.

3. NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA, SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E DENÚNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

3.1 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: FUNDAMENTOS LEGAIS E SANITÁRIOS

A notificação compulsória da violência contra a mulher deve ser compreendida como tecnologia jurídico-sanitária de vigilância, e não como simples formalidade administrativa adicionada ao atendimento em saúde, porque sua finalidade consiste em converter situações de violência, muitas vezes confinadas ao sofrimento privado ou à narrativa fragmentada da vítima, em informação pública capaz de orientar ações de prevenção, monitoramento territorial, responsabilização institucional e formulação de políticas intersetoriais. A Lei nº 10.778/2003 instituiu, no território nacional, a obrigatoriedade de notificação dos casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde públicos ou privados, fixando uma inflexão normativa relevante ao reconhecer que a violência de gênero não pertence apenas ao campo penal ou doméstico, mas também ao domínio da saúde pública, da vigilância epidemiológica e da proteção integral. Brasil (2003), ao estabelecer essa obrigatoriedade, desloca o atendimento da posição passiva de mera resposta clínica para uma função ativa de produção de conhecimento sanitário sobre a violência, uma vez que o serviço de saúde passa a integrar a rede estatal de identificação de agravos que afetam a vida, a integridade e a dignidade das mulheres. Essa distinção é fundamental, pois a notificação não se confunde com denúncia policial, ação judicial, representação administrativa ou provocação de conselho profissional; enquanto estas últimas se orientam prioritariamente à responsabilização de agentes ou instituições, a notificação possui finalidade epidemiológica e protetiva, permitindo que o Estado reconheça padrões de ocorrência, grupos mais vulneráveis, recorrências territoriais e falhas assistenciais. Quando essa distinção não é assimilada pelas equipes, o medo de exposição da vítima, a insegurança jurídica do profissional e a falsa percepção de que notificar significa acionar automaticamente a persecução penal podem produzir omissões que enfraquecem a vigilância e preservam a invisibilidade institucional da violência.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a notificação de violências articula-se a um conjunto de normativas e instrumentos que organizam a coleta, o processamento e a disseminação de dados, com destaque para a Ficha Individual de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada e para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasil (2017), ao consolidar normas relativas aos sistemas e subsistemas do SUS, reafirma a importância da notificação compulsória como componente da vigilância em saúde, permitindo que eventos de relevância sanitária sejam comunicados de modo padronizado e analisados em diferentes escalas de gestão. Essa arquitetura normativa, contudo, só adquire efetividade quando a ficha deixa de ser vista como documento burocrático e passa a ser compreendida como instrumento de leitura institucional da violência. Baigorria et al. (2025), ao examinarem dados do SINAN sobre violência sexual relacionada à gestação e aborto previsto em lei, demonstram a relevância das bases de notificação para revelar situações em que violência, gravidez, assistência reprodutiva e direitos legalmente assegurados se entrecruzam, ainda que tais dados também exponham os limites do registro diante de barreiras morais, técnicas e institucionais. Essa contribuição é particularmente pertinente para o debate sobre violência obstétrica, porque mostra que a vigilância não apenas quantifica eventos, mas permite identificar zonas sensíveis nas quais o cuidado em saúde pode tanto proteger quanto reatualizar violações. A notificação, portanto, é uma operação classificatória e política: ao registrar um caso, o serviço reconhece que determinada experiência não deve permanecer no campo da normalidade assistencial, mas ingressar na esfera pública das violências que demandam prevenção, acompanhamento e resposta estatal.

A diferenciação entre notificação sanitária e denúncia jurídica torna-se ainda mais necessária no campo da violência obstétrica porque muitas mulheres sofrem práticas abusivas dentro de instituições que, simultaneamente, detêm o prontuário, controlam a linguagem técnica, administram os fluxos de atendimento e influenciam a produção probatória. Nesse cenário, a denúncia policial, judicial ou administrativa pode ser indispensável à responsabilização, mas não substitui a notificação compulsória, pois sua lógica é distinta e sua ativação depende de condições de acesso, confiança, informação e suporte que nem sempre estão disponíveis no momento da violação. Brasil (2016), ao orientar a notificação de violência interpessoal e autoprovocada, situa o registro no campo da vigilância e da proteção, exigindo que os profissionais reconheçam a ocorrência e alimentem o sistema sem reduzir a mulher a objeto de investigação ou expô-la indevidamente. De forma convergente, Leal (2024), ao avaliar políticas públicas para mulheres violentadas a partir das notificações de violência interpessoal no âmbito da saúde no Ceará, indica que os registros podem subsidiar a

compreensão de perfis, territórios e respostas institucionais, mas sua capacidade de orientar políticas depende da qualidade do preenchimento, da continuidade dos fluxos e da interpretação crítica dos dados pelos gestores. Essa perspectiva impede uma leitura ingênua da notificação como ato automaticamente protetivo: quando mal preenchida, incompleta ou desarticulada da rede de atenção, ela pode produzir dados frágeis e incapazes de orientar intervenções; quando qualificada, porém, permite reconhecer padrões de vulnerabilidade, localizar vazios assistenciais e fortalecer a integração entre saúde, assistência social, segurança pública, sistema de justiça e órgãos de controle.

A legislação sanitária sobre notificação compulsória revela sua força justamente porque amplia a noção de cuidado em saúde, incorporando ao atendimento a obrigação de identificar violências, produzir informação e acionar redes protetivas. Essa ampliação, todavia, tensiona práticas profissionais ainda marcadas por uma separação artificial entre clínica e direitos, como se a função do serviço se encerrasse na estabilização fisiológica ou na execução de procedimentos. Mapa (2023), ao estudar a notificação da violência contra a mulher no SUS de Ouro Preto, evidencia que a incorporação da notificação à rotina assistencial depende da capacitação das equipes, da existência de fluxos institucionais claros e da compreensão de que o registro não é um favor concedido à vítima, mas dever funcional vinculado à proteção coletiva. Essa leitura é reforçada por Da Silva Teixeira (2024), ao discutir os desafios da Atenção Primária à Saúde no atendimento a mulheres vítimas de violência, pois a autora demonstra que a identificação precoce, o acolhimento e o encaminhamento exigem profissionais capazes de reconhecer sinais que nem sempre aparecem como relato explícito ou lesão visível. No caso da violência obstétrica, essa exigência torna-se ainda mais complexa, pois muitas práticas abusivas são naturalizadas como rotinas obstétricas, e a própria vítima pode não dispor de informação suficiente para nomeá-las. A notificação, nesse ponto, não deve depender exclusivamente da iniciativa da mulher violentada, porque o dever sanitário inclui a responsabilidade profissional de reconhecer condutas que atentam contra a autonomia, a integridade e a dignidade no ciclo gravídico-puerperal.

A importância da notificação compulsória também se manifesta na capacidade de mapear territórios de maior vulnerabilidade e de revelar desigualdades que, sem registro sistemático, permanecem dissolvidas em narrativas individuais e estatísticas incompletas. Bezerra et al. (2024), ao analisarem registros de violência contra mulheres no SINAN em José da Penha, mostram que os dados locais são fundamentais para compreender a distribuição territorial dos casos, ainda que sua interpretação exija cautela diante da possibilidade de subnotificação e da dependência em relação à qualidade do preenchimento. Essa contribuição

é relevante porque evidencia que o município não é apenas unidade administrativa de execução de políticas, mas espaço privilegiado de observação das formas concretas de violência e das respostas institucionais que se articulam em rede. No campo obstétrico, a leitura territorial permite identificar serviços com maior recorrência de queixas, populações com menor acesso a canais de denúncia, regiões com insuficiência de maternidades, vazios de atenção especializada e contextos em que a distância geográfica se soma à fragilidade informacional. Costa e Alcoforado (2023), ainda que discutam notificações de violência sexual ao SINAN em Petrolina, contribuem para esse argumento ao demonstrar como os dados compulsórios podem revelar padrões locais de violência e orientar ações de vigilância, prevenção e proteção. O dado sanitário, quando produzido de forma rigorosa, permite que a política pública deixe de responder apenas a casos espetaculares ou judicializados e passe a atuar sobre padrões silenciosos, recorrentes e territorialmente situados de violação.

A notificação compulsória, entretanto, não pode ser pensada de modo isolado, pois sua efetividade depende da integração entre os sistemas de informação e a rede de proteção, sob pena de converter-se em registro sem consequência. Melo et al. (2025), ao defenderem um diálogo necessário entre sistemas de informação em saúde e enfrentamento das violências contra mulheres, contribuem para superar a visão meramente instrumental dos bancos de dados, ressaltando que a informação deve ser capaz de circular entre setores e sustentar decisões concretas. Essa circulação é decisiva para a violência obstétrica porque os casos podem envolver simultaneamente assistência hospitalar, atenção básica, ouvidorias, corregedorias, Ministério Público, Defensoria Pública, conselhos profissionais e serviços de apoio psicossocial. Sem integração, cada instituição captura apenas um fragmento da experiência da mulher, e o fenômeno permanece administrativamente disperso. A notificação sanitária, ao contrário, deve funcionar como ponto de entrada para uma resposta articulada que preserve o sigilo, respeite a autonomia da vítima, evite revitimização e possibilite acompanhamento. Nesse aspecto, a rede de proteção não se fortalece apenas pela existência formal de serviços, mas pela qualidade dos fluxos que conectam identificação, acolhimento, registro, encaminhamento, monitoramento e avaliação das respostas oferecidas. A legislação fornece o dever, os sistemas oferecem a infraestrutura informacional, mas a política pública só se materializa quando os dados retornam como intervenção organizada sobre os fatores que produzem a violência.

No caso específico da violência obstétrica, a notificação compulsória assume relevância adicional porque enfrenta uma forma de violência frequentemente legitimada por linguagens técnicas e por rotinas institucionais que dificultam sua identificação como agravo notificável.

Rojas Carmona (2024), ao analisar relatos de violência obstétrica em ambientes virtuais, permite observar que muitas mulheres encontram no espaço digital o reconhecimento que não obtiveram no atendimento formal, o que indica a insuficiência das instituições em acolher e registrar determinadas experiências. Essa lacuna entre relato social e dado oficial compromete a capacidade do Estado de mensurar a magnitude do problema e de formular políticas baseadas em evidências. A notificação compulsória, nesse sentido, não apenas registra a violência já reconhecida, mas pode disputar o próprio campo de reconhecimento, obrigando o serviço de saúde a rever práticas naturalizadas, nomear abusos e admitir que a assistência obstétrica também pode ser lugar de produção de violência de gênero. Ildefonso et al. (2025), embora já tenham sido mobilizados no debate sobre notificação e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, permanecem centrais para esse ponto ao demonstrarem que, mesmo sem campo específico para violência obstétrica, é possível registrá-la na ficha de violência interpessoal e autoprovocada. Essa possibilidade, contudo, exige uma leitura qualificada do instrumento, pois a inexistência de campo próprio não deve servir de justificativa para o silêncio estatístico, mas de argumento para o aperfeiçoamento dos sistemas e para a formação permanente das equipes.

3.2 O PAPEL DO SINAN E DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA VISIBILIDADE INSTITUCIONAL DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação ocupa lugar decisivo na construção da violência contra a mulher como objeto de vigilância em saúde, porque permite que eventos antes dispersos em atendimentos, prontuários, relatos familiares, boletins policiais ou reclamações administrativas sejam incorporados a uma base pública de registro, sistematização e monitoramento. No caso da violência obstétrica, entretanto, esse papel torna-se mais complexo, pois o fenômeno não se apresenta sempre sob formas facilmente classificáveis, nem possui, no âmbito nacional, uma categoria específica, inequívoca e padronizada que permita sua identificação direta nos sistemas de informação. Carvalho, Laguardia e Deslandes (2022), ao analisarem os sistemas de informação sobre violência contra as mulheres, oferecem uma chave teórica indispensável para esse debate ao afirmarem que tais sistemas não constituem instrumentos neutros, visto que suas categorias, seus campos de preenchimento e seus critérios de organização expressam escolhas políticas, visões institucionais e formas específicas de ordenar a realidade. Essa compreensão impede que o SINAN seja tratado apenas como repositório técnico de dados, pois sua capacidade de tornar a violência obstétrica visível depende da forma como o sistema permite nomear, registrar e interpretar práticas que, muitas vezes, aparecem diluídas sob classificações genéricas, como

negligência, violência psicológica, violência física, violência sexual, discriminação ou violência institucional. Assim, a ausência de uma categoria nacional específica não corresponde a uma lacuna meramente terminológica, mas a um limite de inteligibilidade pública, uma vez que aquilo que não encontra campo próprio de registro tende a ingressar nas estatísticas de modo fragmentado, impreciso e pouco útil à formulação de políticas dirigidas.

A Ficha Individual de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada constitui o principal instrumento de entrada desses casos no sistema de vigilância, e sua relevância decorre justamente da possibilidade de captar diferentes formas de violência vivenciadas por mulheres em serviços de saúde ou identificadas durante o atendimento. Contudo, quando se trata da violência obstétrica, a ficha revela simultaneamente potência e insuficiência: potência porque permite registrar aspectos relacionados ao tipo de violência, ao provável autor, ao local de ocorrência, à recorrência, aos encaminhamentos e às características da vítima; insuficiência porque não organiza, de maneira explícita, um campo próprio para o ciclo gravídico-puerperal como cenário de práticas abusivas institucionalizadas. Ildefonso et al. (2025), ao refletirem sobre a notificação da violência obstétrica para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, sustentam que é possível registrar esse tipo de violência mesmo sem campo específico, desde que os profissionais compreendam a ficha, identifiquem corretamente a situação e utilizem as categorias disponíveis de forma qualificada. Essa possibilidade, porém, não elimina a crítica estrutural ao sistema, pois a dependência da interpretação individual do profissional amplia a variação dos registros, favorece omissões e dificulta a comparabilidade dos dados. Leite et al. (2022), ao tratarem a violência obstétrica como desafio para a epidemiologia e a saúde pública, reforçam que a ausência de consenso conceitual e de instrumentos de mensuração validados compromete a precisão das estimativas, o que, aplicado ao SINAN, evidencia a necessidade de aperfeiçoar categorias, fluxos e instrumentos para que o registro não dependa apenas da sensibilidade ou da formação específica de cada equipe.

A visibilidade institucional da violência obstétrica não se constitui apenas pela existência formal de sistemas de informação, mas pela qualidade do percurso que leva a experiência da mulher até o dado público. Esse percurso começa no reconhecimento do fato como violência, passa pela escuta qualificada, pelo preenchimento adequado da ficha, pela inserção no sistema, pela consolidação dos dados, pela análise epidemiológica e, finalmente, pela sua utilização no planejamento de ações. Melo et al. (2025), ao discutirem os sistemas de informação em saúde no enfrentamento das violências contra as mulheres, defendem a necessidade de diálogo entre dados, assistência e políticas públicas, mostrando que a informação só adquire sentido sanitário quando retorna à rede como orientação para

intervenção, prevenção e avaliação institucional. No campo obstétrico, essa exigência é particularmente relevante porque muitas violações ocorrem dentro do próprio serviço responsável pelo cuidado, o que cria uma tensão entre registro e autoproteção institucional. Ribeiro (2025), ao discutir a comprovação e eventual punição da violência obstétrica, ajuda a compreender esse problema ao demonstrar que a prova da violência pode ser dificultada pela assimetria entre a narrativa da mulher, a autoridade profissional e os registros produzidos pelo próprio estabelecimento. Desse modo, quando o prontuário é lacônico, quando a ficha não é preenchida, quando a ouvidoria não sistematiza as reclamações e quando os sistemas hospitalares não dialogam com a vigilância, a violência obstétrica permanece administrativamente dispersa, ainda que tenha produzido dano concreto.

Os prontuários, os sistemas hospitalares, as ouvidorias, os canais administrativos de denúncia, os registros de conselhos profissionais, os dados ambulatoriais e hospitalares e as bases de estabelecimentos de saúde devem ser compreendidos como fontes complementares ao SINAN, não porque substituam a notificação compulsória, mas porque podem ampliar a compreensão da trajetória institucional da violência. Jacobs et al. (2022), ao analisarem a oferta e a realização da interrupção legal de gravidez no Brasil a partir dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, demonstram que diferentes bases públicas podem revelar descompassos entre previsão legal, oferta de serviços e acesso efetivo a procedimentos, indicando a importância de cruzar informações para identificar lacunas assistenciais. Essa lógica é igualmente produtiva para a violência obstétrica, pois um caso pode não aparecer explicitamente como violência no SINAN, mas deixar vestígios em registros de procedimentos, reclamações em ouvidorias, prontuários, encaminhamentos psicossociais, decisões administrativas ou ações judiciais. Baigorria et al. (2025), ao trabalharem com dados do SINAN sobre violência sexual relacionada à gestação e aborto previsto em lei, também evidenciam que a gravidez, o atendimento em saúde e a violência podem se entrelaçar em bases oficiais, exigindo leitura que ultrapasse a categorização simples do evento. A articulação entre sistemas, portanto, permite investigar não apenas a ocorrência da violência, mas os modos pelos quais a rede a reconhece, a desconsidera ou a reclassifica.

A ausência de uma categoria nacional específica para violência obstétrica no SINAN produz uma forma particular de invisibilidade, pois os casos podem ser notificados sem que a dimensão obstétrica apareça de maneira recuperável nas análises agregadas. Uma mulher submetida a humilhações durante o parto pode ser registrada em violência psicológica; outra, submetida a intervenção invasiva sem consentimento, pode ser enquadrada como violência

física; uma terceira, exposta a negligência no abortamento, pode aparecer apenas como omissão assistencial ou sequer ingressar no sistema. Essa fragmentação dificulta a produção de indicadores sensíveis ao ciclo gravídico-puerperal e impede que gestores identifiquem a extensão do problema em maternidades, serviços de pré-natal, unidades de urgência obstétrica e atenção básica. Pinheiro et al. (2025), ao analisarem a subnotificação da mortalidade materna por erro de codificação no Brasil, oferecem contribuição importante para esse debate, pois mostram que problemas de classificação e codificação não são falhas secundárias, mas fatores que alteram a própria percepção estatal sobre a magnitude de um fenômeno. No mesmo sentido, Soares (2023), ao estudar a mortalidade de mulheres com notificação de violência durante a gravidez, indica que a vigilância pode revelar vínculos relevantes entre violência, gestação e desfechos graves, desde que os dados sejam capazes de captar adequadamente essas conexões. A violência obstétrica, quando dissolvida em categorias amplas, perde capacidade de orientar políticas específicas, formação profissional e fiscalização institucional.

A discussão sobre sistemas de informação deve ainda considerar que a qualidade do dado é atravessada por desigualdades sociais e institucionais, pois nem todas as mulheres têm a mesma chance de serem escutadas, notificadas e reconhecidas como vítimas. Castro et al. (2024), ao abordarem a lacuna legislativa sob o aspecto da interseccionalidade, mostram que a ausência de marcos específicos pesa de maneira mais intensa sobre mulheres negras, pobres, periféricas e socialmente vulnerabilizadas, que já enfrentam barreiras adicionais de acesso à justiça e à saúde. Essa dimensão também se projeta sobre o SINAN, uma vez que a subnotificação pode expressar não apenas deficiência de fluxo, mas seletividade na escuta institucional. Terceiro (2025), ao traçar o perfil de vítimas de violência sexual atendidas em ambulatório de saúde da mulher, reforça que os serviços especializados recebem trajetórias marcadas por múltiplas vulnerabilidades, nas quais violência, desigualdade e acesso precário à informação se sobrepõem. Quando essas experiências chegam aos sistemas de informação de forma incompleta ou distorcida, o dado produzido tende a reproduzir a própria desigualdade que deveria revelar. Assim, o problema não é apenas quantos casos foram notificados, mas quais casos tiveram condições de ser reconhecidos, quais mulheres foram consideradas dignas de registro e quais narrativas permaneceram excluídas da linguagem administrativa do Estado.

A violência obstétrica também desafia os sistemas de informação porque muitas de suas expressões se alojam no interior de práticas que a instituição tende a considerar tecnicamente legítimas, o que torna o registro dependente de uma cultura profissional capaz de distinguir procedimento necessário de intervenção abusiva. Ferreira (2024), ao comparar modalidades fisicamente invasivas da violência obstétrica com a mutilação genital feminina, provoca uma

reflexão importante sobre a naturalização de intervenções corporais quando estas ocorrem sob a autoridade médica e dentro de espaços socialmente legitimados. Essa naturalização interfere diretamente no registro, pois o profissional que interpreta episiotomias rotineiras, manobras dolorosas, toques repetitivos ou cesarianas coercitivas como práticas ordinárias dificilmente as notificará como violência. Cavalcante (2023), ao analisar os direitos reprodutivos da mulher à luz do Projeto de Lei nº 2.082 de 2022, evidencia que a ausência de parâmetros normativos claros dificulta a delimitação do fenômeno e compromete sua operacionalização jurídica e sanitária. A insuficiência categorial dos sistemas, somada à imprecisão normativa e à naturalização assistencial, produz um círculo de invisibilidade: a violência não é nomeada porque não há campo específico, não é registrada porque não é reconhecida, e não se transforma em prioridade pública porque não aparece nos dados.

A leitura crítica do SINAN não deve, contudo, conduzir à desqualificação do sistema, mas ao reconhecimento de sua centralidade e de seus limites. Como instrumento público de vigilância, ele permite a identificação de padrões territoriais, perfis sociodemográficos, recorrências, tipos de violência e encaminhamentos realizados, o que o torna indispensável à formulação de políticas. Bezerra et al. (2024), ao refletirem sobre registros de violência contra mulheres no SINAN em José da Penha entre 2018 e 2023, demonstram que os dados locais podem subsidiar diagnósticos municipais, orientar ações preventivas e revelar fragilidades na rede de proteção, desde que sejam lidos com atenção às condições de produção da informação. Leal (2024), ao avaliar políticas públicas para mulheres violentadas no Ceará a partir das notificações de violência interpessoal, reforça que a notificação é uma ferramenta de planejamento, mas sua utilidade depende da capacidade de transformar estatísticas em decisões administrativas, formação de equipes, organização de fluxos e fiscalização dos serviços. No caso da violência obstétrica, o SINAN pode funcionar como ponto de partida para a vigilância, mas não pode ser o único instrumento, pois sua arquitetura atual não permite captar integralmente a especificidade do fenômeno. A resposta adequada exige integração entre registros de saúde, ouvidorias, prontuários, sistemas hospitalares, dados de judicialização e canais comunitários de denúncia.

A problematização da ausência de categoria específica para violência obstétrica deve conduzir a propostas de aprimoramento institucional, entre elas a criação de campos próprios na ficha de notificação, a inclusão de variáveis relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, a identificação do local de ocorrência em maternidades e serviços de pré-natal, o registro de práticas obstétricas abusivas, a padronização de fluxos e a capacitação obrigatória das equipes. Paula (2025), ao discutir os limites e desafios do enfrentamento estatal da violência obstétrica,

indica que a resposta pública não pode restringir-se ao reconhecimento discursivo do problema, devendo produzir instrumentos concretos de prevenção, identificação e responsabilização. Lucena (2025), ao analisar historicamente os Comitês de Mortalidade Materna no Brasil, contribui para pensar a importância de instâncias institucionais de investigação e aprendizagem, capazes de transformar eventos adversos, mortes e falhas assistenciais em recomendações preventivas. Essa lógica poderia ser aproximada do debate sobre violência obstétrica, especialmente se os dados de notificação fossem articulados a comitês, núcleos de segurança do paciente, ouvidorias e instâncias de controle social. A visibilidade institucional, portanto, não se esgota no registro, pois depende da circulação qualificada da informação e de sua conversão em mudança organizacional.

Por fim, o papel do SINAN e dos sistemas de informação na visibilidade da violência obstétrica deve ser compreendido como parte de uma disputa mais ampla sobre o que o Estado é capaz de ver, nomear e enfrentar no interior de suas próprias instituições de cuidado. Silva (2025), ao discutir o impacto do desconhecimento da violência obstétrica na proteção dos direitos das mulheres, mostra que a desinformação social e institucional contribui para a perpetuação de práticas abusivas, o que se conecta diretamente à fragilidade dos registros oficiais. Fujimoto et al. (2025), ao tratarem de direitos humanos e estratégias de enfrentamento da violência obstétrica, reforçam que a superação do problema exige ações integradas, nas quais informação, formação profissional, participação social e responsabilização não sejam tratadas como dimensões separadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão desenvolvida permite compreender que a violência obstétrica não pode ser interpretada como episódio isolado, restrito à conduta individual de um profissional diante de uma paciente em situação de parto, pré-natal, puerpério, abortamento ou atendimento neonatal. Trata-se de fenômeno mais amplo, estruturado por relações assimétricas de saber e poder, por hierarquias de gênero, por desigualdades raciais, territoriais e socioeconômicas, por práticas assistenciais historicamente naturalizadas e por uma cultura biomédica que, em determinadas circunstâncias, transforma a intervenção técnica em instrumento de silenciamento da autonomia feminina. Quando a mulher é submetida a procedimentos sem consentimento, tem sua dor desconsiderada, é impedida de compreender as decisões tomadas sobre seu corpo, sofre humilhações verbais, encontra resistência para exercer direitos legalmente assegurados ou percebe sua experiência invalidada pelo serviço de saúde, não se está diante de mero desvio relacional, mas de uma falha institucional que compromete a própria legitimidade ética e

jurídica do cuidado. A violência obstétrica, nesse sentido, expõe uma contradição profunda da assistência materno-infantil: o mesmo espaço destinado à proteção da vida pode converter-se em ambiente de vulnerabilização quando a segurança clínica é dissociada da dignidade, da informação qualificada, da escuta e da participação ativa da mulher nas decisões que atravessam sua experiência reprodutiva.

A notificação compulsória assume, nesse cenário, papel estratégico porque permite deslocar a violência obstétrica do plano da experiência individual para o campo da visibilidade pública, da vigilância em saúde e da formulação de políticas institucionais. Ao transformar o sofrimento vivido em dado registrado, a notificação não apenas documenta uma ocorrência, mas reconhece que determinada prática não pertence à normalidade assistencial e deve ser objeto de acompanhamento, análise, prevenção e responsabilização. Sua importância reside precisamente nessa capacidade de converter relatos dispersos em informação sistematizada, permitindo identificar padrões, territórios de maior vulnerabilidade, recorrências institucionais, fragilidades de fluxo, grupos mais expostos e lacunas na rede de proteção. No entanto, para que cumpra essa função, a notificação precisa ser compreendida pelas equipes de saúde como dever sanitário e não como procedimento facultativo, burocrático ou confundido com denúncia policial. A distinção entre notificar e denunciar é decisiva, pois a denúncia busca responsabilização jurídica, administrativa ou ética, enquanto a notificação possui finalidade epidemiológica e protetiva, voltada à produção de conhecimento público sobre agravos que afetam a saúde e os direitos das mulheres. Quando essa diferença não é assimilada, instala-se um campo de omissões que enfraquece a vigilância e perpetua a invisibilidade do fenômeno.

A subnotificação, por sua vez, revela uma das faces mais persistentes da violência obstétrica, pois demonstra que a ausência de dados não significa ausência de violações, mas, frequentemente, incapacidade institucional de nomear, registrar e enfrentar aquilo que ocorre no interior dos próprios serviços de saúde. Quando os sistemas de informação não dispõem de categorias específicas, claras e padronizadas para registrar a violência obstétrica, os casos tendem a ser diluídos em classificações genéricas, como negligência, violência psicológica, violência física, violência institucional ou discriminação, perdendo densidade analítica e dificultando a produção de diagnósticos precisos. Quando os profissionais não reconhecem determinadas práticas como violência, ou quando as interpretam como rotinas obstétricas inevitáveis, a notificação deixa de ocorrer e a experiência da mulher permanece confinada à memória individual, ao relato informal ou à denúncia isolada. A subnotificação, portanto, não é apenas falha técnica de preenchimento, mas expressão de uma economia institucional da invisibilidade, na qual determinados sofrimentos são reconhecidos como agravos e outros

permanecem neutralizados pela autoridade biomédica, pela precariedade dos fluxos, pelo desconhecimento normativo e pela baixa credibilidade atribuída à palavra da mulher.

O enfrentamento efetivo da violência obstétrica exige, portanto, uma resposta integrada, capaz de articular legislação, sistemas de informação, protocolos assistenciais, formação profissional, canais de denúncia, responsabilização institucional e compromisso substantivo com os direitos sexuais e reprodutivos. A existência de normas protetivas é indispensável, mas insuficiente quando não se traduz em práticas concretas de acolhimento, registro, fiscalização e reparação. Do mesmo modo, a existência de sistemas de informação não garante visibilidade quando os instrumentos são incompletos, os fluxos são frágeis e as equipes não estão preparadas para reconhecer a violência em suas formas explícitas e sutis. É necessário qualificar a escuta, padronizar o registro, fortalecer ouvidorias, integrar bases de dados, ampliar a formação em direitos humanos e saúde reprodutiva, responsabilizar instituições que toleram práticas abusivas e assegurar que a mulher seja reconhecida como sujeito de direitos em todas as etapas do cuidado. A humanização da assistência obstétrica não pode ser reduzida a um discurso normativo ou a uma diretriz abstrata, pois ela somente se realiza quando a autonomia, a dignidade e a integridade da mulher deixam de ser princípios retóricos e passam a orientar a organização concreta dos serviços. Assim, enfrentar a violência obstétrica significa disputar o modo como o sistema de saúde vê, escuta, registra e responde às mulheres, rompendo com a lógica que transforma a dor em rotina, o abuso em procedimento e o silêncio estatístico em forma de impunidade.

REFERÊNCIAS

BAIGORRIA, Judizeli et al. Violência sexual relacionada à gestação e aborto previsto em lei no Brasil: dados do SINAN entre 2016 e 2022. 2025.

BEZERRA, Maria Vanicleide Almeida et al. Notificações dos casos de violência contra as mulheres: reflexões a parti dos registros no sistema de informação e agravo de notificação (SINAN) na cidade de José da Penha/ RN entre os anos de 2018 a 2023. 2024.

CARVALHO, Erika Fernanda Marins de; LAGUARDIA, Josué; DESLANDES, Suely Ferreira. Sistemas de Informação sobre violência contra as mulheres: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1273-1287, 2022.

CASTRO, Renata Vitória Malta Porfírio et al. Violência obstétrica: o impacto da lacuna legislativa sob o aspecto da interseccionalidade. 2024.

CAVALCANTE, Thaís Sampaio. Avanços e limitações dos direitos reprodutivos da mulher: uma análise sobre a violência obstétrica no Brasil à luz do Projeto de lei nº 2.082 de 2022.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito)-Faculdade Nacional de Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

COSTA, Luan Bezerra; DA SILVA ALCOFORADO, Elizabeth. Uma análise sobre as notificações compulsórias de violência sexual ao SINAN em Petrolina-PE. **Serviço Social e Saúde**, v. 22, p. e023013-e023013, 2023.

DA COSTA, Wallace Veloso et al. Violência obstétrica e o direito à saúde da mulher. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 11, p. 3778-3789, 2024.

DA SILVA TEIXEIRA, Fabricia Voieta. Desafios no atendimento às mulheres vítimas de violência na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa de literatura. 2024.

DE ABREU PAZ, Yohanna et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS IMPACTOS NA SAÚDE DA MULHER. **Revista Eletrônica Ciência & Tecnologia Futura**, v. 1, n. 2, 2025.

DE BRITO, Cecília Maria Costa; OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de A.; DE ALBUQUERQUE COSTA, Ana Paula Correia. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. **Cadernos ibero-americanos de direito sanitário**, v. 9, n. 1, p. 120-140, 2020.

DE MELO RIBEIRO, Leticia; DE SOUZA, Luisa Geovanna; DA SILVA, Wyrajane Terra. Violência obstétrica: uma questão de saúde pública e a violação dos direitos fundamentais da mulher. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e331111436321-e331111436321, 2022.

DE MENEZES, Samara Araújo et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E INVISIBILIDADE SOCIAL: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA. **CIPEEX**, 2025.

DOS SANTOS, Gleiciane Silva; ALVES, Joniomá Evangelista. Violência obstétrica: um desafio para a saúde pública no Brasil. **Revista Sociedade Científica**, v. 7, n. 1, p. 5734-5745, 2024.

DOS SANTOS, Julio Henrique Vicente et al. a percepção do enfermeiro frente a prevenção e aos impactos referente a violência obstétrica. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 4, p. 2531-2551, 2024.

DOS SANTOS, Milena Caroline Pereira et al. ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO NORDESTE DO BRASIL NOS ÚLTIMOS 10 ANOS. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 11, p. 9743-9756, 2025.

DOS SANTOS, Raíssa Avelino Feliciano et al. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA SAÚDE MATERNA: O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 3, n. 02, p. 640-653, 2025.

DUARTE, Caroline Castanho. Violência obstétrica e participação social. **Ilhéus: Universidade Federal do Sul da Bahia**, 2023.

DUARTE, Caroline Castanho. Violência obstétrica e participação social. **Ilhéus: Universidade Federal do Sul da Bahia**, 2023.

FERREIRA, Laura Lombas. A violência obstétrica em suas modalidades fisicamente invasivas no Brasil: uma análise comparativa com a mutilação genital feminina. 2024.

FUJIMOTO, Thaís Ayumi Stedile et al. DIREITOS HUMANOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. **REVISTA FOCO**, v. 18, n. 11, p. e10511-e10511, 2025.

ILDEFONSO, Emmanuele Mainart et al. Violência obstétrica: reflexão sobre a notificação para alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, p. e20240523, 2025.

JACOBS, Marina Gasino et al. Oferta e realização de interrupção legal de gravidez no Brasil: análise de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2022.

KATZ, Leila et al. Quem tem medo da violência obstétrica?. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 623-626, 2020.

LEAL, Layane Maria. Avaliação de políticas públicas para mulheres violentadas: a contribuição das notificações de violência interpessoal, no âmbito da saúde, de 2013 a 2022, no estado do Ceará. 2024.

LEITE, Tatiana Henriques et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 483-491, 2022.

LIMA, Kelly Diogo de; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza Maciel. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4909-4918, 2021.

LUCENA, Fabiana Santos. **Comitês de Mortalidade Materna no Brasil: uma análise histórico-cultural**. 2025. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MACHADO, Brenda Host Vicente. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS GESTANTES EM RELAÇÃO AO TEMA. **Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso**, 2023.

MAPA, Lara de Souza Alves. Notificação da violência contra a mulher no Sistema Único de Saúde do município de Ouro Preto–MG. 2023.

MELO, Alice Cristina Medeiros et al. Sistemas de informação em saúde e o enfrentamento das violências contra as mulheres: um diálogo necessário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 59, p. e20240353, 2025.

OLIVEIRA, Paulo José de Andrade Lira et al. Violência obstétrica: os desafios da saúde pública no contexto da saúde materno-infantil. **Caderno Pedagógico**, v. 20, n. 8, p. 3022-3033, 2023.

PAULA, Letícia Oliveira. O enfrentamento da violência obstétrica pelo estado brasileiro na atualidade: os limites e desafios. 2025.

PINHEIRO, Ana Maria Pearce de Arêa et al. **Análise da subnotificação da mortalidade materna, por erro de codificação, no Brasil, no período de 2010 a 2021**. 2025. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

PULHEZ, Mariana Marques et al. **Autonomia, consentimento e informação de qualidade: controvérsias e disputas na construção da violência obstétrica no Brasil**. 2022. Tese de Doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

QUEIROZ, F. D. S. et al. Violência obstétrica: Um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos/Obstetric violence: a public health problem and a violation of human rights. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 14435-14445, 2020.

RIBEIRO, Yolanda Christine Lourenco Sousa. Violência obstétrica no Brasil: comprovação e eventual punição. 2025.

ROJAS CARMONA, Anabel. Violência obstétrica em ambientes virtuais do Brasil. 2024.

SILVA, Geane et al. Análise da morbi-mortalidade materna e suas relações com a Covid-19 no Brasil através do machine learning. 2025.

SILVA, Milena Láinne Costa. O impacto do desconhecimento da violência obstétrica na proteção do direito das mulheres. 2025.

SILVA, OLIVEIRA E. et al. O DIREITO DE DECISÃO E DE SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO MARANHÃO: O aborto legal em pauta. 2025.

SOARES, Marcela Quaresma. **Mortalidade de mulheres com notificação de violência durante a gravidez no Brasil: avaliação do risco e possibilidades de vigilância**. 2023. 176 f. 2023. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas Públicas, Programas e Serviços de Saúde)-Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Belo Horizonte.

STREIT, Leticia; BUENO, Mariza Schuster; GUERBER, Patricia Minini Wechinewsky. A violência obstétrica como violação dos direitos humanos das mulheres. **Academia de Direito**, v. 6, p. 4231-4253, 2024.

STURZA, Janaína Machado; NIELSSON, Joice Graciele; DE ANDRADE, Estela Parussolo. Violência Obstétrica: uma negação aos Direitos Humanos e a saúde sexual e reprodutiva da mulher. **Juris Poiesis-Qualis B1**, v. 23, n. 32, p. 389-407, 2020.

TEIXEIRA, Lara Azevedo et al. A violência obstétrica como violação do direito à saúde da mulher: uma revisão narrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 65, 2020.

TERCEIRO, Karina Lage Vianna. Perfil das vítimas de violência sexual atendidas pelo ambulatório de saúde da mulher da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. 2025.

VALENTE, Lucimar Barbosa. Violência obstétrica como violação dos direitos humanos e suas consequências. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 5, p. 2390-2409, 2023.