

Artigo

Analgesia de parto e o direito da paciente gestante: uma análise da garantia de não ser submetida à tortura, a tratamento desumano ou degradante

Labor analgesia and the right of pregnant patients: an analysis of the guarantee against being subjected to torture or to inhuman or degrading treatment

Analgesia de parto y el derecho de la paciente gestante: un análisis de la garantía de no ser sometida a tortura, tratamiento inhumano o degradante

Felipe Rocha¹

Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF.

 <https://orcid.org/0009-0006-7582-5447>

✉ s.rochafel@gmail.com

Renata da Rocha²

Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP.

 <https://orcid.org/0000-0003-2454-7476>

✉ profrenatarocha@gmail.com

Aline Albuquerque³

Universidade de Brasília, Brasília, DF.

 <https://orcid.org/0000-0002-5568-0790>

✉ alineoliveira@hotmail.com

Submissão em: 07/04/25

Revisão em: 16/07/25

Aprovação em: 12/08/25

Resumo

Objetivo: analisar o tratamento da dor da gestante em trabalho de parto sob a perspectiva do direito humano de não ser submetida a tortura, a penas ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

Metodologia: trata-se de pesquisa teórica documental. Adotam-se como marcos teóricos os seguintes autores: Aline Albuquerque, Juan Méndez, Manfred Nowak, Joachim Boldt e Jonathan Herring. Utiliza-se também o referencial teórico-normativo dos Direitos Humanos dos Pacientes, enquanto componente prescritivo da Bioética do Cuidado em Saúde, além de embasar-se em referências bibliográficas sobre os Direitos Humanos, nos tratados internacionais de Direitos Humanos ratificados pelo Brasil, na jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos, e nos Comentários Gerais e Relatórios elaborados pela Organização das Nações Unidas. **Resultados:** o tratamento da dor do trabalho de parto é negligenciado no Brasil, havendo discrepâncias entre os sistemas público e privado. A parturiente encontra-se em situação de vulnerabilidade acrescida e negação ou omissão do tratamento da dor do trabalho de parto pode ser caracterizada como violação do seu direito de não ser submetida a tortura, a penas ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. **Conclusão:** a analgesia de parto é um direito da paciente gestante, correlato do seu direito humano de não ser

¹ Mestrando em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Anestesiologista, Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

² Doutora em Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Professora, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP, Brasil.

³ Doutora em Ciências da Saúde (Bioética), Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Professora, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

submetida a tortura, a penas ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Há obrigação estatal, majorada pela situação de vulnerabilidade acrescida da paciente, de promover medidas para disponibilizar acesso à analgesia de parto.

Palavras-chave: Direitos Humanos; Bioética; Dor do Parto; Gestante; Analgesia.

Abstract

Objective: to analyze the treatment of pain in pregnant women in labor from the perspective of the human right not to be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.

Methodology: this is a theoretical documentary research. The following authors are adopted as theoretical frameworks: Aline Albuquerque, Juan Méndez, Manfred Nowak, Joachim Boldt, and Jonathan Herring. The theoretical-normative reference of Patients' Human Rights is also used, as a prescriptive component of the Bioethics of Health Care, in addition to being based on bibliographic references on Human Rights, international Human Rights treaties ratified by Brazil, the jurisprudence of the Inter-American Court of Human Rights, and General Comments and Reports prepared by the United Nations Organization.

Results: the treatment of labor pain is neglected in Brazil, with discrepancies between the public and private systems. The parturient is in a situation of increased vulnerability, and the denial or omission of labor pain treatment can be characterized as a violation of her right not to be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.

Conclusion: labor analgesia is a right of the pregnant patient, correlated to her human right not to be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. There is a State obligation, increased by the patient's particular vulnerability, to provide access to labor analgesia.

Keywords: Human Rights; Bioethics; Labor Pain; Pregnant People; Analgesia.

Resumen

Objetivo: analizar el tratamiento del dolor de la gestante en trabajo de parto desde la perspectiva del derecho humano de no ser sometida a tortura, penas o tratamientos crueles, inhumanos o degradantes.

Metodología: se trata de una investigación teórica documental. Se adoptan como marcos teóricos los siguientes autores: Aline Albuquerque, Juan Méndez, Manfred Nowak, Joachim Boldt y Jonathan Herring. Se utiliza también el referencial teórico-normativo de los Derechos Humanos de los Pacientes, como componente prescriptivo de la Bioética del Cuidado en Salud, además de basarse en referencias bibliográficas sobre los Derechos Humanos, en los tratados internacionales de Derechos Humanos ratificados por Brasil, en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, y en los Comentarios Generales y Relatorios elaborados por la Organización de las Naciones Unidas.

Resultados: el tratamiento del dolor del trabajo de parto es negligenciado en Brasil, habiendo discrepancias entre los sistemas público y privado. La parturienta se encuentra en situación de vulnerabilidad aumentada y la negación u omisión del tratamiento del dolor del trabajo de parto puede ser caracterizada como violación de su derecho de no ser sometida a tortura, penas o tratamientos crueles, inhumanos o degradantes. **Conclusión:** la analgesia de parto es un derecho de la paciente gestante, correlato de su derecho humano de no ser sometida a tortura, penas o tratamientos crueles, inhumanos o degradantes. Hay obligación estatal, mayorada por la situación de vulnerabilidad aumentada de la paciente, de promover medidas para disponibilizar acceso a la analgesia de parto.

Palabras clave: Derechos Humanos; Bioética; Dolor de Parto; Personas Embarazadas; Analgesia.

Introdução

A experiência do trabalho de parto é um fenômeno particular de cada mulher, podendo ser um momento de dor intensa e sofrimento significativo^(1,2,3). No Brasil, o manejo da dor do trabalho de parto permanece insatisfatório, como é possível constatar a partir dos relatos de puérperas em pesquisas nacionais que descrevem a dor do trabalho de parto como “terrível”⁽⁴⁾, “insuportável”⁽³⁾ e “a pior coisa da vida”⁽²⁾.

Nesse contexto, o manejo inadequado da dor reflete a subutilização dos recursos analgésicos disponíveis para as parturientes, que podem ser classificados em não farmacológicos e farmacológicos. Os primeiros consistem em imersão em água, massagem, hipnose, aromaterapia, musicoterapia, termoterapia, bola suíça, acupuntura e acupressão, além do encorajamento à movimentação e adoção da posição de preferência da gestante^(5,6,7). Embora esses métodos tenham o potencial de aliviar a dor, eles podem ser insuficientes para proporcionar um nível de analgesia considerado satisfatório pela parturiente, sendo necessário recorrer, nessa situação, aos métodos farmacológicos⁽⁷⁾.

Os métodos farmacológicos para manejo da dor do trabalho de parto podem ser subdivididos em duas categorias: analgesia sistêmica e regional. A analgesia sistêmica, em sua forma mais comum, consiste na infusão venosa de opioides. A analgesia regional, por sua vez, consiste na injeção de fármacos no neuroeixo, ou seja, dentro do canal vertebral, por meio das técnicas de raquianalgesia ou peridural^(8,9,10).

Há baixa prevalência de utilização da analgesia farmacológica para manejo da dor do trabalho de parto no país, conforme corroborado por dois dos maiores estudos nacionais sobre o tema – a pesquisa “Nascer no Brasil”⁽¹¹⁾ e a pesquisa “Avaliação da Rede Cegonha”⁽¹²⁾. Segundo a análise desses dois estudos realizada por Leal *et al.*⁽¹³⁾, em 2011/2012, apenas 7,4% das mulheres submetidas a parto vaginal receberam analgesia farmacológica, enquanto em 2016/2017 a proporção subiu para 20%. Apesar do crescimento positivo nesse período, a prevalência parece ter estabilizado⁽¹⁴⁾. Para fins de comparação com a realidade brasileira, o estudo populacional de Butwick *et al.*⁽¹⁵⁾ relata que, em 2015, 73,1% dos partos normais nos Estados Unidos foram realizados com analgesia de neuroeixo. Ressalta-se também que há uma grande disparidade entre os sistemas público e privado no Brasil⁽¹⁶⁾, já que a oferta da analgesia de parto é maior no segundo (66%) do que no primeiro (16%)⁽¹⁷⁾.

Um dos maiores medos das mulheres em relação ao parto normal é o de sofrer as dores do trabalho de parto^(16,18), sendo que esse é um dos fatores que pode justificar a elevada incidência de partos cirúrgicos no país^(18,19). O desconhecimento dos métodos de manejo da dor ou a sua indisponibilidade aumentam o número de pacientes que solicitam a cesariana durante o trabalho de parto para cessar a dor desse período, mesmo que, previamente, elas não desejassem a resolução da gestação por via cirúrgica⁽²⁰⁾. Da mesma forma, outras gestantes decidem previamente pela cesariana como primeira opção de via de parto por medo de ter sua dor negligenciada durante o trabalho de parto⁽¹⁹⁾.

A partir dessa conjuntura, este artigo tem como objetivo analisar o manejo da dor da gestante em trabalho de parto sob a perspectiva do direito humano de não ser submetida a tratamento desumano ou degradante. De forma mais específica, objetiva-se caracterizar que a negação ou omissão do tratamento da dor durante o trabalho de parto é uma violação desse direito.

Metodologia

Trata-se de pesquisa teórica documental, cujo escopo consiste em desenvolver aportes teóricos concernentes a um campo do saber, de modo a consolidá-lo e a permitir a sua aplicação prática^(21,22). O marco teórico empregado nesta pesquisa se fundamenta nos seguintes autores: Aline Albuquerque, Juan Méndez, Manfred Nowak, Joachim Boldt e Jonathan Herring.

A escolha do marco teórico se justifica, pois Albuquerque foi pioneira na formulação do referencial dos Direitos Humanos dos Pacientes; os Relatórios de Juan Méndez e Manfred Nowak, na função de Relatores Especiais da Organização das Nações Unidas, contribuem para a fundamentação

de que a negação do tratamento da dor das parturientes pode ser considerado desumano ou degradante; os estudos de Albuquerque, Boldt e Herring sobre vulnerabilidade fundamentam o risco acrescido da parturiente de sofrer danos quando inserida em uma unidade de saúde e embasam o dever ético do profissional de promover a autonomia dessa paciente.

Ademais, adota-se como referencial teórico-normativo os Direitos Humanos dos Pacientes (doravante DHP), que integra a Bioética do Cuidado em Saúde, vertente bioética da prática clínica, que é objeto de estudo do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. A escolha do referencial dos DHP para este estudo decorre do fato de que a implementação dos direitos humanos nos cuidados em saúde é essencial para se demarcar ético-juridicamente a conduta dos profissionais de saúde e as ações e políticas públicas que devem ser adotadas pelos Estados. Particularmente quanto ao Estado brasileiro e ao tema deste artigo, destaca-se que o país ratificou, em 1991, a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes⁽²³⁾; em 1992, o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos⁽²⁴⁾, e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos⁽²⁵⁾; e em 2002, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher⁽²⁶⁾. Isso significa que as obrigações estatais presentes nesses tratados de direitos humanos impõem ao Estado brasileiro a obrigação de adotar políticas públicas e medidas legislativas visando proteger os pacientes de violações de direitos humanos, perpetrados por agentes estatais ou por terceiros.

A partir da análise do material, foram estabelecidas as seguintes categorias para discussão dos achados: a do direito humano de não ser submetido a tratamento desumano ou degradante; a da vulnerabilidade acrescida da gestante em trabalho de parto; e a do princípio da promoção da autonomia pessoal da gestante.

Desse modo, este estudo está dividido em três partes. Na primeira parte do artigo, serão apresentados os mecanismos fisiopatológicos básicos da dor do trabalho de parto e os métodos farmacológicos de analgesia, com ênfase na analgesia de neuroeixo, por ser o método mais difundido na prática clínica. Na segunda parte, será introduzido o referencial dos DHP e será argumentado, a partir dessa perspectiva, que a negação ou a omissão do tratamento da dor do trabalho de parto podem, em algumas situações, serem considerados como uma violação do direito humano de não ser submetido a tratamento desumano ou degradante. Na terceira parte será examinada a condição de vulnerabilidade acrescida da gestante e argumentado sobre o imperativo de promover a autonomia dessa paciente como condição de mitigação dessa vulnerabilidade.

Fisiopatologia da dor do trabalho de parto

A dor é definida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”⁽²⁷⁾. A dor é sempre uma experiência pessoal, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, cujo conceito é aprendido a partir das experiências de vida da pessoa⁽²⁸⁾.

Os órgãos e tecidos do corpo humano são inervados por nociceptores, que são neurônios sensíveis a estímulos mecânicos, térmicos ou químicos nocivos ao organismo⁽²⁹⁾. A ativação desses nociceptores provoca uma despolarização elétrica neuronal que é transportada por toda a extensão dessa fibra até atingir a medula espinhal, onde fará sinapse com neurônios de segunda ordem, os quais seguem em direção ascendente até o encéfalo, culminando na experiência da dor^(30,31).

O trabalho de parto é dividido em três fases clínicas⁽³²⁾. A primeira consiste no início das contrações e na dilatação do colo uterino para permitir a passagem do feto através do seu canal. A dor nessa fase é decorrente da despolarização de nociceptores que entram na medula espinhal nos níveis de T10 a L1, os quais foram ativados pelo estiramento de receptores mecânicos presentes no útero e no colo uterino, e pela isquemia dessas duas estruturas devido à compressão pelo feto durante as contrações^(10,33,34). A segunda fase corresponde ao período expulsivo, que se inicia com a dilatação completa do colo uterino (10 cm) e finaliza com a expulsão do feto⁽³²⁾. Nesse período, a dor decorre da distensão da vagina e do períneo, cujo estímulo nociceptivo entra na medula espinhal nos níveis de S2-S4, somando-se ao mecanismo de dor da primeira fase^(10,33,34). A terceira fase consiste no período desde a expulsão do feto até a expulsão da placenta, chamado de dequitação⁽³²⁾. Nessa fase a dor é menos significativa pois já houve expulsão fetal.

Métodos farmacológicos para analgesia de parto

O método mais utilizado na prática clínica e considerado padrão-ouro para a analgesia de parto é a analgesia de neuroeixo⁽⁸⁾, que consiste na injeção de anestésicos locais, com ou sem opioides, no canal medular. O objetivo desse método é interromper a despolarização neuronal originada da ativação de nociceptores presentes no útero, colo uterino e vagina, bloqueando, assim, a transmissão do estímulo nociceptivo para o encéfalo, sem impedir o esforço expulsivo^(10,35,36).

A analgesia de neuroeixo pode ser realizada por meio das técnicas de raquianalgesia ou de peridural, sendo que a principal diferença entre elas é o local onde o anestésico é depositado para realizar o bloqueio da transmissão nervosa. Na raquianalgesia o fármaco é depositado no espaço intratecal, ou seja, no espaço interno à dura-máter, dispersando-se no líquido cefalorraquidiano; na analgesia peridural, o anestésico é depositado sobre a face externa da dura-máter, por isso é também chamada de epidural⁽³⁶⁾. A raquianalgesia possui início de ação mais rápido, mas a peridural permite a instalação de um cateter no qual o anestésico pode ser reinjetado sem a necessidade de novas punções⁽³⁷⁾. Para aliviar a dor do trabalho de parto, ambas as técnicas podem ser utilizadas, combinadas ou isoladamente⁽³⁵⁾.

O objetivo de ambas as técnicas é bloquear de forma seletiva os nociceptores, permitindo que a paciente mantenha íntegros o tato e a força muscular, enquanto a dor é eliminada ou, ao menos, reduzida a níveis satisfatórios para ela. Os seus efeitos adversos mais comuns são hipotensão (por bloqueio de fibras simpáticas), náuseas e vômitos decorrentes principalmente da hipotensão não tratada e prurido por efeito opioide^(8,34,37).

Apesar de ser considerada padrão-ouro, existem algumas contraindicações à anestesia de neuroeixo, como distúrbio de coagulação, aumento de pressão intracraniana ou infecção lombar^(9,10). Na presença dessas comorbidades, deve-se recorrer a técnicas de analgesia sistêmica, sendo a infusão venosa de opioides o método alternativo mais comum⁽¹⁰⁾. Em comparação com a analgesia de neuroeixo, a analgesia venosa tem menores índices de controle de dor e maiores índices de náuseas, vômitos e tontura, além de maior risco de depressão respiratória materna^(8,10).

Embora ainda haja, na prática clínica, resistência na prescrição de analgesia de neuroeixo devido à preocupação com seus efeitos adversos, a modernização das técnicas de analgesia de parto, com uso de concentrações mais baixas de anestésicos locais, aumentaram a segurança para as pacientes e para os bebês. Uma revisão sistemática da Cochrane de 2018⁽³⁸⁾ concluiu que, nas mulheres submetidas a analgesia peridural, em comparação com aquelas que não receberam analgesia ou receberam outros

tipos de analgesia farmacológica e não farmacológica, não houve aumento na taxa de conversão para cesariana ou de dor lombar, assim como não houve diferença nos desfechos neonatais e na admissão em UTI neonatal.

Quanto à probabilidade de parto vaginal instrumentado (aquele que se utiliza de fórceps, vácuo extrator ou outros instrumentos para extração do feto), os autores não encontraram aumento de incidência nos estudos conduzidos após 2005, o que é atribuído a uma mudança da prática clínica relacionada com a utilização de concentrações mais baixas de anestésicos locais^(39,40).

Uma metanálise realizada em 2017 comparou os efeitos da analgesia peridural com anestésicos locais em baixa concentração (bupivacaína $\leq 0,1\%$ ou ropivacaína $\leq 0,17\%$) associado ou não a opioides com os efeitos da analgesia sistêmica e da analgesia não farmacológica nos desfechos de 1.809 partos⁽⁴¹⁾. Os resultados demonstram que não houve diferença na duração da primeira ou da segunda fases do trabalho de parto, assim como na taxa de cesarianas e parto instrumentado.

Esses achados foram parcialmente corroborados pela metanálise de Halliday *et al.*⁽⁴²⁾, que encontraram menor incidência de parto instrumentado e menor duração da segunda fase do trabalho de parto nos grupos que fizeram uso de concentrações mais baixas de anestésico local na peridural (bupivacaína $\leq 0,08\%$ ou ropivacaína $\leq 0,135\%$) em comparação com o grupo que fez uso de concentrações mais elevadas (bupivacaína $> 0,1\%$ ou ropivacaína $> 0,175\%$), embora não tenha havido diferença na taxa de cesariana entre os grupos.

Um dos efeitos adversos mais importantes da analgesia de neuroeixo é a bradicardia fetal, decorrente principalmente da infusão de opioides no neuroeixo, cuja incidência pode aumentar em até 2,3 vezes em comparação com partos sem analgesia⁽⁴⁰⁾. Um dos fatores que justifica esse efeito é a redução abrupta dos níveis plasmáticos de adrenalina devido à rápida analgesia induzida pelos opioides, o que pode induzir hiperatividade uterina e bradicardia fetal por redução de fluxo placentário, já que essa catecolamina exerce efeito inibitório na contração uterina^(39,40). Esse fenômeno ocorre normalmente nos primeiros 15 minutos após administração do anestésico, podendo ser manejado por meio da descontinuação da ocitocina, posicionamento em decúbito lateral esquerdo, administração de oxigênio suplementar para a gestante, correção da hipotensão materna ou administração de fármacos com efeito supressor da contração uterina⁽³⁹⁾. Apesar de ser um efeito que requer monitorização, ele geralmente é transitório e não está associado com aumento de parto instrumentado ou cesariana, ou com piora do escore Apgar em 1 e 5 minutos⁽⁴⁰⁾.

Direitos Humanos dos Pacientes

O referencial teórico-normativo dos DHP vem sendo desenvolvido, desde 2016, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Essa abordagem se fundamenta ética e juridicamente no conjunto do arcabouço teórico, normativo e jurisprudencial do Direito Internacional dos Direitos Humanos⁽⁴³⁾.

Os DHP constituem o componente prescritivo da Bioética do Cuidado em Saúde, vertente bioética dedicada às questões éticas que emergem da prática clínica, objetivando ofertar uma alternativa bioética ao principialismo, formulado por Beauchamp e Childress. A ideia de que é necessário apresentar uma alternativa ao principialismo para a reflexão e a prescrição sobre temas de bioética clínica parte da concepção de que: (a) o cuidado em saúde deve ser centrado no paciente; (b) os direitos humanos dos pacientes são prescrições ético-jurídicas imperativas para os profissionais de saúde, e, *prima facie*, devem preponderar quando confrontados com princípios bioéticos; (c) a

autodeterminação e o respeito à integridade corporal do paciente são marcadores que os situam numa posição ética distinta da dos profissionais de saúde, portanto os equivalentes morais propostos entre os pacientes e os profissionais de saúde se revelam inapropriados; (d) a assimetria de poder e de informação intrínseca à relação de cuidado em saúde deve ser modulada pelos direitos humanos dos pacientes; (e) historicamente, verifica-se a presença de abusos e a objetificação de pacientes nos cuidados em saúde⁽⁴⁴⁾. Outro ponto que integra a Bioética do Cuidado em Saúde e justifica o emprego dos DHP diz respeito à vulnerabilidade acrescida do paciente, que está relacionada com um grau de vulnerabilidade adicional da pessoa pelo mero fato de ela estar no papel de paciente⁽⁴⁵⁾.

O referencial dos DHP foi construído com base nas convenções, pactos e declarações internacionais de direitos humanos, além da jurisprudência internacional produzida pelos órgãos de monitoramento de direitos humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, do Sistema Europeu de Direitos Humanos e do Sistema Africano de Direitos Humanos. Esse referencial, que integra a Bioética do Cuidado em Saúde, particulariza a aplicação dos direitos humanos que se encontram expressos em normas abstratas ao contexto dos cuidados em saúde⁽⁴⁶⁾.

Existem quatro princípios norteadores do DHP: o princípio do cuidado centrado no paciente; da dignidade humana; da autonomia relacional; e da responsabilidade do paciente^(43,46). Além desses princípios, este artigo propugna a inclusão do princípio da promoção da autonomia pessoal com base nos estudos de Albuquerque, Boldt e Herring, que fundamentam a argumentação de que a vulnerabilidade acrescida do paciente pode mitigar a sua autodeterminação, implicando o dever do profissional de promover a sua autonomia para que o cuidado seja centrado no paciente e respeite a sua dignidade humana. Esses princípios são empregados para balizar a aplicação dos direitos humanos no contexto dos cuidados em saúde, a saber: direito à vida; direito de não ser submetido a tortura, nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes; direito à liberdade e segurança pessoal; direito ao respeito à vida privada; direito à informação; direito de não ser discriminado e direito à saúde⁽⁴⁶⁾.

O direito da paciente de não ser submetida à tortura nem a tratamentos desumanos ou degradantes

Para algumas mulheres, a dor do trabalho de parto é parte fundamental do seu processo de transformação em mãe^(16,47). Para elas, a dor é componente integrante da experiência de parir e da construção de si mesma; sua superação é fonte de empoderamento e a sua supressão reduz a totalidade da experiência do momento⁽⁴⁷⁾. Para outras, existe uma percepção ambivalente da dor: ao mesmo tempo em que a sensação dolorosa em si é ruim, ela está associada a felicidade e a positividade por estar atrelada ao nascimento do filho^(1,2,48). Para esse conjunto de mulheres, que reconhece a dor do parto como uma vivência positiva, a interpretação da omissão do tratamento da dor como uma questão de direitos humanos apresenta implicações que não serão objeto deste artigo. Assim, a análise que se segue está limitada àquelas parturientes que consideram a dor do trabalho de parto como uma experiência negativa.

A proibição contra a tortura, tratamento cruéis, desumanos ou degradantes está prevista no artigo 7º do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos⁽²⁴⁾ e no artigo 5º da Convenção Americana de Direitos Humanos⁽²⁵⁾, além de ser o escopo da Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos

ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes⁽²³⁾. Esse último documento define a tortura, em seu artigo 1º, como:

Qualquer ato pelo qual dores ou sofrimentos agudos, físicos ou mentais, são infligidos intencionalmente a uma pessoa a fim de obter, dela ou de uma terceira pessoa, informações ou confissões; de castigá-la por ato que ela ou uma terceira pessoa tenha cometido ou seja suspeita de ter cometido; de intimidar ou coagir esta pessoa ou outras pessoas; ou por qualquer motivo baseado em discriminação de qualquer natureza; quando tais dores ou sofrimentos são infligidos por um funcionário público ou outra pessoa no exercício de funções públicas, ou por sua instigação, ou com o seu consentimento ou aquiescência⁽²³⁾.

A Convenção Contra a Tortura não define tratamento desumano ou degradante, no entanto, conforme Albuquerque⁽⁴³⁾, pode-se considerar desumano tanto o tratamento que causa “intenso sofrimento físico ou psíquico” quanto aquele que “falha em prover cuidados em saúde” – seja por meio da negação do cuidado ou da demora em realizá-lo quando viável. Segundo essa mesma autora⁽⁴³⁾, o tratamento pode ser degradante se “provocar na vítima sentimentos de medo, angústia, humilhação ou retirar-lhe a possibilidade de resistir moral, psíquica ou fisicamente a uma situação adversa”.

O Comitê contra a Tortura da ONU, em seu Comentário Geral nº 2⁽⁴⁹⁾, reforça que a proibição contra a tortura e os maus-tratos (entendido como tratamento cruel, desumano ou degradante) é absoluta e inderrogável, diferindo da maior parte dos demais direitos humanos, que estão sujeitos a potenciais restrições⁽⁵⁰⁾. Estes podem ser limitados quando há conflito de direitos, desde que as hipóteses de limitação estejam previstas em lei, ou podem ser derogados de forma temporária em situações excepcionais, como estados de emergência pública^(51,50). No entanto, o direito de não ser submetido a tortura ou a tratamento cruel, desumano ou degradante não pode ser limitado ou derogado^(49,50,51). O caráter absoluto desse direito tem sido defendido pelos Relatores Especiais da ONU, como Juan Méndez⁽⁵²⁾ e Alice Edwards⁽⁵³⁾, pela Assembleia Geral das Nações Unidas⁽⁵⁴⁾, assim como pela jurisprudência das Cortes Interamericana de Direitos Humanos^(55,56) e da Corte Europeia de Direitos Humanos⁽⁵⁷⁾. Além disso, Comentário Geral nº 2⁽⁴⁹⁾ enuncia que as obrigações de prevenir cada uma das violações daquele direito são indivisíveis, interdependentes e inter-relacionadas, já que, na prática, os limites entre os maus-tratos e a tortura não são claros e as condições que levam ao primeiro facilitam o segundo.

A indiferença ou inação do Estado pode ser caracterizada como encorajamento ou permissão de fato para a violação dos direitos humanos⁽⁴⁹⁾, por isso o Estado possui a obrigação de proteger os direitos humanos dos indivíduos, prevenindo que a violação ocorra por terceiros⁽⁵¹⁾ e suprimindo as práticas violadoras desses direitos⁽⁵⁸⁾. A Corte Interamericana de Direitos Humanos estabeleceu que a responsabilidade pela violação de direitos humanos pode ser atribuída ao Estado quando ele falha em respeitar e garantir a efetividade desses direitos nas relações interpessoais⁽⁵⁸⁾. Assim, considerando que em uma instituição de saúde os pacientes estão sob os cuidados da equipe de saúde, cabe ao Estado garantir que os direitos humanos sejam respeitados na interação entre profissionais e pacientes, pois o Estado é o responsável, em última instância, pela proteção dos pacientes. O Relator Especial Contra a Tortura do Conselho de Direitos Humanos da ONU, Manfred Nowak, afirma que a obrigação do Estado se estende aos atos cometidos na esfera privada quando há falha na proteção dos indivíduos contra a tortura e os maus-tratos dentro da sua jurisdição⁽⁵⁹⁾, o que fundamenta que não deve haver diferenciação no tratamento da dor do trabalho de parto nos hospitais públicos ou privados.

Conforme as definições apontadas e o entendimento do Conselho de Direitos Humanos da ONU, por meio de seu Relator Especial Juan Méndez⁽⁵²⁾, cuidados em saúde que causem sofrimento grave sem razão justificável podem ser considerados desumanos ou degradantes. A negação do tratamento da dor, que está mais associada a uma omissão do que a uma ação, pode ser caracterizada como maus-tratos se levar a grave dor ou sofrimento, não sendo necessário que haja ação ou intenção, mas apenas a conduta puramente negligente que leve a tal desfecho. Além disso, o Relator afirma que a caracterização do tratamento desumano ou degradante somente ocorrerá quando três condições estiverem presentes: o sofrimento causado pelos cuidados em saúde deve ser grave e atingir “o limiar mínimo da proibição da tortura e dos maus-tratos”; o Estado está (ou deveria estar) ciente do sofrimento; e o Estado falhou em adotar todas as medidas razoáveis para proteger a integridade física e mental dos indivíduos.

A partir das pesquisas descritas na introdução desse artigo^(2,3,4,13,14,16,19,17), constata-se que é de conhecimento público a deficiência do manejo da dor do trabalho de parto, em especial no Sistema Único de Saúde (SUS), tornando inaceitável a alegação estatal de desconhecimento do sofrimento das parturientes. Dessa forma, se essa realidade dos serviços obstétricos permanece inalterada a despeito do conhecimento do Estado, vislumbra-se que as medidas razoáveis não foram tomadas para proteção das pacientes gestantes. Assim, dois dos três critérios enumerados pelo relator Juan Mendez foram preenchidos. Quanto ao primeiro critério, como determinar se a dor e o sofrimento da parturiente ultrapassaram o “limiar dos maus-tratos”?

Conforme discutido anteriormente, a dor é uma experiência subjetiva. Portanto, a forma prática de determinar se o limiar dos maus-tratos foi ultrapassado é por meio da manifestação da própria parturiente, ao expressar que sua dor se tornou muito intensa ou que o sofrimento decorrente dela se tornou insuportável. A partir do momento que essa dor transforma a experiência da parturiente, segundo a sua própria interpretação, em uma experiência de intensa angústia ou de sofrimento, e ela manifesta o desejo de diminuir a dor que está sentindo, constata-se a caracterização da transposição do limiar de tratamento desumano ou degradante. Nesse momento, torna-se obrigação dos profissionais que prestam os cuidados para a paciente escalonar as medidas de manejo da dor, dentro das opções terapêuticas aceitas por ela, com objetivo de reduzir a sua dor a níveis considerados aceitáveis por ela^(60,61).

A obrigatoriedade da oferta da analgesia farmacológica não deve estar condicionada, no entanto, à transposição de um limiar de dor considerado insuportável. O mero vislumbre, para a gestante, da iminência de transposição de tal limiar, ao imaginar que, em breve, a sua dor poderá atingir níveis insuportáveis para ela, já é potencial causa de intensa angústia, ansiedade e sofrimento, configurando a violação do seu direito de não ser submetida a tratamento desumano ou degradante. Por isso, sustenta-se que, sob a perspectiva dos DHP, a solicitação da gestante é indicação suficiente para realização de analgesia de parto. A negação ou a omissão em ofertá-la ao identificar um estado de dor intensa, ou a demora injustificada em fazê-lo, pode caracterizar violação do direito humano de não ser submetida a tratamento desumano ou degradante.

Esse entendimento é ratificado pelo Relator Especial da ONU, Juan Méndez, ao afirmar que o Estado pode violar o direito humano de não ser submetido a tratamento desumano ou degradante quando a sua falha em adotar medidas positivas para evitar a violação desse direito e condena o indivíduo a sofrimento desnecessário em decorrência do seu estado de dor⁽⁵²⁾. O mesmo Relator afirma expressamente que a “ausência de anestesia” no período periparto pode ser considerado maus-tratos e

uma violação do referido direito humano⁽⁶²⁾. A Corte Interamericana de Direitos Humanos parece estar em consonância com essa linha de pensamento, pois cita diretamente esse trecho de Juan Méndez, no caso *Brítez Arce v. Argentina*, ao sustentar que a falta de cuidados médicos adequados ou a falta de acesso a certos procedimentos pode violar a proibição da tortura, do tratamento desumano ou degradante⁽⁶³⁾. Brennan e Lohman asseveram que institutos e associações de saúde internacionais também tem reconhecido que o direito de acesso ao manejo da dor deriva do direito humano de não ser submetido a tortura ou a tratamento desumano ou degradante^(64,65,66).

Ressalta-se que a oferta ou a realização da analgesia farmacológica não exclui as medidas não farmacológicas, que devem estar disponíveis e serem utilizadas, conforme a vontade e preferências da gestante durante o trabalho de parto. Além disso, considerando o fato de que a analgesia farmacológica, sobretudo a analgesia de neuroeixo, está disponível apenas em ambiente hospitalar⁽⁵⁾, as opções terapêuticas para o manejo da dor devem ser discutidas durante a fase de pré-natal para que a gestante possa escolher seu local de parto conforme suas preferências, considerando essas circunstâncias. Assim, é imperativo que o SUS estabeleça para os serviços de saúde o direito à informação da paciente gestante, notadamente quanto ao manejo da dor durante o trabalho de parto.

Partindo do pressuposto de que a analgesia de parto deve ser um recurso disponibilizado universalmente para que os direitos humanos das pacientes gestantes sejam efetivados, passa-se ao exame da vulnerabilidade da gestante sob a perspectiva de Albuquerque, Boldt e Herring para, em seguida, argumentar que a promoção da sua autonomia pode mitigar essa vulnerabilidade.

Vulnerabilidade acrescida da gestante durante o trabalho de parto

Segundo Herring⁽⁶⁷⁾, existem duas dimensões da vulnerabilidade: a universal e a acrescida. A vulnerabilidade universal é aquela intrínseca a todos os seres humanos, decorrente da fragilidade corporal humana e da sua suscetibilidade a ser ferido; da interdependência física e psicológica do indivíduo em relação às outras pessoas e do fato de a própria definição do eu (*self*) ser construída a partir da relação com o outro. Esse é o ponto de partida, a condição basal de vulnerabilidade humana. No entanto, essa vulnerabilidade não é homogênea: em um dado contexto particular o indivíduo pode estar sujeito a um nível de vulnerabilidade além do basal, ou seja, submetido a uma vulnerabilidade acrescida.

Herring define que um indivíduo possui vulnerabilidade acrescida se preenche todos os três critérios a seguir: ele está sujeito a um risco; não possui recursos para evitar que o risco se materialize; e não possui meios para responder adequadamente ao dano, caso ele se materialize⁽⁶⁷⁾. Em suma, o indivíduo é particularmente vulnerável se ele está sujeito a um risco e não possui meios adequados de se proteger dele. A habilidade de proteção contra o risco é influenciada por diversos fatores como nível educacional, condição financeira, situação de saúde do indivíduo e o contexto político e social em que ele está inserido.

Albuquerque⁽⁴⁵⁾ e Boldt⁽⁶⁸⁾ afirmam que a vulnerabilidade acrescida se desdobra em vulnerabilidade física, emocional e cognitiva. A vulnerabilidade física do paciente decorre das próprias alterações e limitações corporais impostas pela doença; da dor que cria uma experiência de sofrimento relacionada ao corpo; da necessidade de ser puncionado para coleta de exames e injeção de medicamentos; e dos efeitos adversos da própria terapêutica utilizada para tratar a sua doença⁽⁴⁵⁾. A emocional decorre da exposição aumentada do paciente a emoções de valência negativa, como angústia, raiva ou medo relacionados à própria condição de saúde ou ao risco de morte, assim como

desconforto e insegurança por estar em uma unidade de saúde que impõe determinadas regras e rotinas⁽⁶⁸⁾. O paciente apresenta vulnerabilidade cognitiva quando a sua capacidade de buscar e compreender informações e serviços relacionados à sua condição de saúde, assim como a sua capacidade de tomada de decisão, estão limitadas⁽⁴⁵⁾. Essa vulnerabilidade ocorre porque, muitas vezes, o acesso às informações técnicas sobre a sua doença – como diagnóstico, prognóstico e opções terapêuticas –, que são essenciais para a tomada de decisão baseada na vontade e nas preferências da pessoa, é mediado pelos profissionais^(45,68).

A vulnerabilidade acrescida do paciente se manifesta em graus distintos, podendo ser maior ou menor a depender das condições do paciente ou do contexto em que ele se encontra⁽⁴⁵⁾, sendo que a apresentar maior vulnerabilidade de um subtipo pode predispor a maior vulnerabilidade de outro subtipo⁽⁶⁸⁾.

Embora a gestação não seja uma doença, não se pode ignorar o impacto que essa condição exerce sobre a mulher, e não se podem menosprezar as alterações singulares que o seu organismo sofre no contexto do trabalho de parto, que impõem à parturiente um potencial estado de vulnerabilidade acrescida que se expressa nas dimensões física, emocional e cognitiva. A sua vulnerabilidade física decorre da sua condição de gestante e próprio processo de parturição, que, temporariamente, a limita fisicamente e a submete, potencialmente, a uma experiência dolorosa que ela não pode evitar e nem pode mitigar por meios próprios⁽⁶⁹⁾.

Quanto à vulnerabilidade emocional da parturiente, ressalta-se que a própria gestação impõe uma carga emocional sobre a mulher, sendo potencialmente um período de maior ansiedade, medo e preocupação quanto às mudanças no próprio corpo, na vida e quanto à saúde do filho⁽⁷⁰⁾. O processo de parturição pode ser carregado de significado para a mulher^(16,47), o que, por si só, seria fonte potencial de significativa influência emocional sobre ela. No entanto, associam-se a esse momento as alterações hormonais, o desgaste físico, e, sobretudo, a dor desencadeada pelas alterações anatômicas e fisiológicas do trabalho de parto, a qual, a depender da intensidade e do nível de sofrimento que impõe à parturiente, a coloca em diferentes graus de vulnerabilidade emocional acrescida.

A parturiente está sujeita também a vulnerabilidade cognitiva acrescida. A dor do trabalho de parto, caso seja muito intensa, pode limitar a capacidade da paciente de compreender, apreciar e raciocinar sobre informações complexas^(71,72), notadamente, sobre as diversas opções de analgesia que, muitas vezes, são apresentadas para ela pela primeira vez apenas em fases avançadas do trabalho de parto, quando ela está sob dor intensa. Outro fator que contribui para majorar essa vulnerabilidade é o nível de educação formal da paciente, já que há uma correlação positiva entre a oferta de analgesia farmacológica e o nível de educação da parturiente^(15,73).

A própria relação de cuidado em um serviço de saúde contribui para o incremento de vulnerabilidade dos pacientes, pois, muitas vezes, o diagnóstico, prognóstico e o tratamento das suas doenças são condicionados a ações dos profissionais⁽⁷⁴⁾. Essa vulnerabilidade se apresenta de maneira extrema no contexto da gestante em trabalho de parto no qual houve falha dos métodos não farmacológicos para controle algico. Nessa situação, o tratamento da dor está condicionado à administração de fármacos venosos ou de neuroeixo, processo que requer a prescrição, dispensação, preparação e a administração dos fármacos por profissionais de saúde. A situação de vulnerabilidade acrescida da parturiente do SUS pode ser ainda maior do que a do sistema privado, já que, para a primeira, a oferta de analgesia para a realização de procedimentos dolorosos é reduzida e as chances recorrer à cesariana para evitar a dor do trabalho de parto são menores⁽¹⁹⁾.

O princípio da promoção da autonomia pessoal da gestante no contexto do parto

A autonomia pessoal é entendida como a autodeterminação do indivíduo, o autogoverno de sua vida e a possibilidade de determinar as suas escolhas e de se guiar por elas^(43,75). A perspectiva da autonomia relacional se contrapõe à visão tradicional de que o indivíduo toma as suas decisões isoladamente e conforme os seus melhores interesses, apartado das suas relações pessoais e do seu contexto social^(43,76).

A partir da visão relacional da autonomia, o indivíduo é visto como um membro da sociedade, que está inserido em um contexto econômico, cultural e social que influencia a sua tomada de decisão⁽⁴³⁾, pois a própria construção do eu (*self*) depende das relações interpessoais, em função da interdependência e conexão entre as pessoas⁽⁷⁶⁾. Dessa forma, no contexto dos cuidados em saúde, as decisões dos pacientes são influenciadas, dentre outros fatores, pelas relações deles com os seus familiares, cuidadores e profissionais de saúde.

A partir dessa perspectiva, considerando que as parturientes estão em situação de vulnerabilidade acrescida, não basta que se reconheçam, de maneira passiva, os fatores que levam a essa condição ou os elementos que influenciam a tomada de decisão das pacientes. Para atenuar a vulnerabilidade dessas gestantes, é necessário um imperativo de ação com objetivo de incrementar a sua autonomia e as suas habilidades decisórias⁽⁷⁵⁾. Nesse contexto, ressalta-se o papel fundamental da família na promoção da autonomia da mulher. Além do suporte físico e emocional, os familiares contribuem para a manutenção do senso de identidade da paciente e para o fomento da tomada de decisão compartilhada ao ajudá-la a compreender as opções terapêuticas para que possam ser implementadas de acordo com a sua vontade e preferências⁽⁷⁷⁾.

A promoção da autonomia da parturiente começa no pré-natal. Conforme apresentado anteriormente, o nível educacional da gestante e o fato de ela ser paciente do SUS diminuem a probabilidade de que ela receba analgesia farmacológica durante o trabalho de parto⁽¹⁹⁾. Assim, uma forma de promover a autonomia dessa paciente é por meio da inclusão de informações sobre os métodos farmacológicos para manejo da dor do trabalho de parto nas consultas de pré-natal⁽⁴³⁾. Além disso, o fato de a analgesia farmacológica somente estar disponível em ambiente hospitalar é fator que influencia a escolha do local onde o parto será realizado.

Destaca-se que a postura adotada por certos grupos, ao categorizar as parturientes que optam por métodos farmacológicos de manejo da dor como “reprimidas pelo aparato médico” ou pertencentes a uma “cultura ruim”, em oposição àquelas que optam pela não-intervenção farmacológica como pertencentes a uma “cultura boa” ou “empoderadas”⁽⁴⁷⁾, fazem o exato oposto de promover a autonomia da gestante. O que se propõe é que todas as mulheres possam decidir, da maneira mais autônoma possível, sobre a sua forma de parir, conforme a sua vontade e preferências, sem que se sintam constrangidas a agir de uma ou outra maneira.

Conforme Albuquerque⁽⁷⁵⁾, a vulnerabilidade universal ou acrescida não pode ser fator estigmatizante que conduza automaticamente à compreensão de que essas pessoas são, em razão dessa condição específica, frágeis e incapazes de assumirem o protagonismo das suas próprias vidas. A desconsideração da autodeterminação pessoal, pretensamente justificada pela vulnerabilidade acrescida da paciente, pode conduzir a práticas paternalistas nas quais os profissionais tomam as decisões pela paciente, ou a práticas negligentes decorrentes da desvalorização das necessidades dela. Assim, constatada a vulnerabilidade acrescida da paciente, aumenta-se a responsabilidade do Estado e

impõe-se a ele o dever de proteção dos direitos humanos da paciente⁽⁷⁴⁾, o qual deve ser ofertado à luz do princípio da promoção da autonomia pessoal, valor estruturante na abordagem dos DHP.

A efetivação do modelo de promoção da autonomia possibilitará que as pacientes gestantes, em razão da sua vulnerabilidade acrescida, possam realizar as suas escolhas e exercer, de fato, a sua autodeterminação durante o trabalho de parto, optando pela analgesia farmacológica se entenderem pertinente e não serem submetidas a tratamentos desumanos ou degradantes. Dessa forma, justifica-se a adoção de meios que apoiem a decisão de pessoas que se encontrem em situações de vulnerabilidade ou em contextos abusivos e opressivos⁽⁷⁵⁾, tal como pode ser o caso de parturientes em estado de intensa dor e sofrimento.

O direito de não ser submetido a tortura ou a tratamento desumano ou degradante impõe ao Estado uma obrigação não apenas negativa de abstenção de violação do direito, mas o dever positivo de adotar medidas para prevenir a sua violação dentro da sua jurisdição^(49,51,50). Assim, considerando a vulnerabilidade acrescida da gestante, sobretudo durante o trabalho de parto, configura-se o dever do Estado de proporcionar condições que assegurem à paciente o acesso aos métodos farmacológicos de analgesia.

Considerações Finais

A dor do trabalho de parto pode ser uma experiência de intenso sofrimento para a parturiente. Essa mesma dor, a partir de um determinado limiar subjetivo, pode situar a paciente, independentemente de outros fatores, em condição de vulnerabilidade acrescida. Isso se justifica com base nos três critérios de Herring, já que todas as parturientes estão sujeitas ao risco de dor intensa devido à própria fisiologia do trabalho de parto e, em um sistema de saúde no qual essa dor é sistematicamente negligenciada, a paciente não tem meios para evitar a sua manifestação nem a atenuar quando os métodos não-farmacológicos se tornam insuficientes para o controle algico. Assim, caso haja omissão ou negação da administração de analgésicos, a paciente é incapaz de reverter o sofrimento decorrente do estado doloroso do trabalho de parto, caracterizando tratamento desumano e degradante.

Dessa forma, conclui-se que a negação ou omissão do tratamento da dor, nesse contexto, configura violação do direito humano absoluto da paciente gestante de não ser submetida a tortura ou a tratamentos desumanos ou degradantes. O entendimento do direito de acesso ao manejo da dor como derivado do direito anteriormente citado já tem sido aceito pela ONU e por institutos e associações de saúde internacionais, além de haver uma sinalização da Corte Interamericana de Direitos Humanos no mesmo sentido. Dessa forma, com base no que foi argumentado neste artigo, propõe-se que o direito à analgesia de parto é, também, um direito humano correlato.

As metanálises citadas neste trabalho permitem concluir, com base na evidência atual, que não se justifica retardar ou negar a oferta da analgesia de parto para a gestante com a alegação de que essa técnica prolongará o trabalho de parto, aumentará as taxas de cesariana ou de admissão neonatal em UTI. Por isso, os profissionais de saúde e, em última instância, o Estado, devem adotar medidas para garantir que as parturientes não sofram violação do seu direito de não serem submetidas a sofrimento físico ou psíquico, o que implica também a promoção da sua autonomia pessoal.

A condição de vulnerabilidade acrescida da parturiente majora o dever do Estado de protegê-la contra o tratamento desumano ou degradante, assim como a sua obrigação de realizar medidas positivas que permitam que pacientes tenham acesso a métodos farmacológicos de manejo da dor. Garantir às gestantes o direito a um parto sem dor e sofrimento, em consonância com sua vontade e

preferências, é reconhecer a dignidade humana delas, permitindo que esse momento singular da vida seja pautado por uma conexão empática entre os profissionais e a paciente em um contexto de respeito aos seus direitos humanos.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição dos autores

Rocha F contribuiu para a concepção e redação do artigo. Da Rocha R contribuiu para a redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final. Albuquerque A contribuiu para a revisão crítica e aprovação da versão final.

Equipe editorial

Editora científica: Alves SMC

Editores assistentes: Cunha JRA, Lemos ANLE

Editores associados: Lamy M, Ramos E

Editor executivo: Teles G

Assistentes editoriais: Mendes DSGJ, Rocha DSS, Rodrigues MESN

Revisora de texto: Barcelos M

Referências

1. Albuquerque AS, Santos MSN, Rabelo SMF, Fialho AVM, Chaves EMC, Saraiva EMS, et al. A percepção das mulheres sobre a dor no trabalho de parto e parto. *Contribuciones a las ciencias Sociales* [Internet]. 2024 [citado em 3 nov. 2024];17(2):1-16. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/4756>
2. Jucá LA, Lago RR, Borges MFSO. A percepção de mulheres acerca da dor no parto normal. *Brazilian Journal of Development*. 2021 [citado em 3 nov. 2024]; 7(4):41956-75. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/28825>
3. Firmino KC, Lima EP, Correia TRL, Silva JCB, Albuquerque NLA. Percepção da mulher frente à dor do parto. *Revista Ciência Plural* [Internet]. 2020 [citado em 3 nov. 2024]; 1(6):87-101. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18387>
4. Oliveira ASS, Paiva DR, Guedes MVC, Felipe GF. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev Rene* [Internet]. 2010 [citado em 3 nov. 2024]; 11:32-41. Disponível em: <https://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4655>
5. Brasil. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 20 out. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
6. Mascarenhas VHA, Lima TR, Silva FMD, Negreiros FS, Santos JDM, Moura MAP, et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2019 [citado em 20 out. 2024]; 32(3):350-57. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/QPfVQVTpmczQgJL783B9bVc/?format=html&lang=pt>
7. Caughey A, Tilden E. Nonpharmacologic approaches to management of labor pain. In: Connor R, editor. *UpToDate* [Internet]. Waltham: Wolters Kluwer; 2024 [citado em 1 nov. 2024]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/nonpharmacologic-approaches-to-management-of-labor-pain>
8. Ashagrie HE, Fentie DY, Kassahun HG. A review article on epidural analgesia for labor pain management: a systematic review. *International Journal of Surgery Open* [Internet]. 2020 [citado em 1 nov. 2024]; 24:100-4. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405857220300280>
9. Warren D, Nelson K, Neal J. Neuraxial anesthesia. In: Longnecker D, Luckey S, Sandberg W, Zapol W, editores. *Anesthesiology*. 3ª ed. New York: McGraw Hill; 2018. p. 727-48.
10. Reale S. Pharmacologic management of pain during labor and delivery. In: Connor R, editor. *UpToDate* [Internet]. Waltham: Wolters Kluwer; 2024 [citado em 03 nov. 2024]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacologic-management-of-pain-during-labor-and-delivery>
11. Leal MC, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, Filha MMT, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reproductive Health* [Internet]. 2012 [citado em 1 nov. 2024]; 9(1):1-8. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-9-15>
12. Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EBAF, Gomes MASM, Bittencourt SDA, Gama SGN, et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da

Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [citado em 1 nov. 2024]; 26(3):789-800. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rCB3XqVPsbFpBgKN3TX54y/?format=html&lang=pt>

13. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Vilela MEA, Alves MTSSB, Neri MA, Queiroz RCS, et al. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [citado em 1 nov. 2024]; 26(3):823-35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n8nR78PnmfFQssDDgTgTjz/?format=html&lang=pt>

14. Calcagno JI, Iribarren S, Villarreal CF, Oliveira PS, Ávila AN. Prevalência de prescrição e efetividade da analgesia para o tratamento da dor do parto vaginal. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2024 [citado em 1 nov. 2024]; 77(5):1-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dVJvZtpwd6pw7N8DtN NkqPQ/?format=pdf&lang=pt>

15. Butwick AJ, Bentley J, Wong CA, Snowden JM, Sun E, Guo N. United States state-level variation in the use of neuraxial analgesia during labor for pregnant women. *JAMA Network Open* [Internet]. 2018 [citado em 1 nov. 2024]; 1(8):1-14. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/full/article/2719581>

16. Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, d'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2009 [citado em 1 nov. 2024]; 25(11):2480-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zXsFHVmqgKRDcdq7wnwzPdh/abstract/?lang=pt>

17. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRA, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2019 [citado em 1 nov. 2024]; 35(7):1-14. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/6985>

18. Rodrigues AV, Siqueira AAF. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2008 [citado em 1 nov. 2024]; 8(2):185-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/fM9WZ78wGxZ5hNMk6ZcSMqb/abstract/?lang=pt>

19. Rocha NFF, Ferreira J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate* [Internet]. 2020 [citado em 1 nov. 2024]; 44(125):556-68. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gv6DSVLwCqFZvxVDLCKTxhL/abstract/?lang=pt>

20. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2003 [citado em 1 nov. 2024]; 19(6):1611-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nBkJXGcgQRrsrGWspc36J9Q/?format=html&lang=pt>

21. Salina AP, Asbahr FSF. A pesquisa teórica a partir do método materialista histórico-dialético. *Germinal: marxismo e educação em debate* [Internet]. 2024 [citado em 1 nov. 2024]; 16(1):688-706. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/56130>

22. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 2017. 322 p.

23. Brasil. Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991. Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Presidência da República [Internet]. 1991 [citado em 28 nov. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0040.htm

24. Brasil. Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Presidência da República [Internet]. 1992 [citado em 28 nov. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm

25. Brasil. Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Presidência da República [Internet]. 1992 [citado em 28 nov. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm

26. Brasil. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. Presidência da República [Internet]. 2002 [citado em 28 nov. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm

27. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* [Internet]. 2020 [citado em 1 nov. 2024]; 161(9):1976-82. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32694387/>

28. DeSantana JM, Perissinotti DMN, Oliveira JO Jr, Correia LMF, Oliveira CM, Fonseca PRB. Definition of pain revised after four decades. *Brazilian Journal Of Pain* [Internet]. 2020 [citado em 1 nov. 2024]; 3(3):197-8. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/brjp/a/GXc3ZBDRc78PGktrfs3jgFR/?format=html&lang=en>

29. Stein C, Kopf A. Management of the patient with chronic pain. In: Gropper M, Cohen N, Eriksson L, Fleisher L, Johnson-Akeju S, Leslie K, editores. *Miller's Anesthesia*. 10ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2025. p. 1458-74.
30. Chapman R, Zeidan F. The psychophysiology of pain. In: Ballantyne JC, Fishman SM, Rathmell JP, editores. *Bonica's Management of Pain*. 5ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. p. 410-24.
31. Dubin AE, Patapoutian A. Nociceptors: the sensors of the pain pathway. *Journal of Clinical Investigation* [Internet]. 2010 [citado em 1 nov. 2024]; 120(11):3760-72. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2964977/>
32. Zugaib M, Francisco RPV. Fases clínicas do parto. In: Zugaib M, Francisco RPV, editores. *Zugaib Obstetrícia*. 4ª ed. Barueri: Manole; 2020. p. 329-35.
33. Labor S, Maguire S. The pain of labour. *Reviews in Pain* [Internet]. 2008 [citado em 1 nov. 2024]; 2(2):15-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26526404/>
34. Tsen L. Anesthesia for obstetric care and gynecologic surgery. In: Longnecker D, Luckey S, Sandberg W, Zapol W, editores. *Anesthesiology*. 3ª ed. New York: McGraw Hill; 2018. p. 1063-83.
35. Toledano R, Leffert L. Neuraxial analgesia for labor and delivery (including instrumental delivery). In: Connor R, editor. *UpToDate* [Internet]. Waltham: Wolters Kluwer; 2024 [citado em 08 nov. 2024]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/neuraxial-analgesia-for-labor-and-delivery-including-instrumental-delivery>
36. MacFarlane A, Hewson D, Brull R. Spinal, epidural, and caudal anesthesia. In: Gropper M, Cohen N, Eriksson L, Fleisher L, Johnson-Akeju S, Leslie K, editores. *Miller's Anesthesia*. 10ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2025. p. 1267-304.
37. Aragão FF, Aragão PW, Martins CA, Leal KFCS, Ferraz TA. Analgesia de parto no neuroeixo: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Anesthesiology* [Internet]. 2019 [citado em 1 nov. 2024]; 69(3):291-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/p49G8WMJp6jDbRXjZcybkwn/?lang=pt&format=pdf>
38. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018 [citado em 1 nov. 2024]; 5(5):1-123. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29781504/>
39. Maeda A. Adverse effects of neuraxial analgesia and anesthesia for obstetrics. In: Connor R, editor. *UpToDate* [Internet]. Waltham: Wolters Kluwer; 2024 [citado em 28 nov. 2024]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/adverse-effects-of-neuraxial-analgesia-and-anesthesia-for-obstetrics>
40. Grangier L, Martinez de Tejada B, Savoldelli GL, Irion O, Haller G. Adverse side effects and route of administration of opioids in combined spinal-epidural analgesia for labour: a meta-analysis of randomised trials. *International Journal of Obstetric Anesthesia* [Internet]. 2020 [citado em 38 nov. 2024]; 41:83-103. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31704251/>
41. Wang TT, Sun S, Huang SQ. Effects of epidural labor analgesia with low concentrations of local anesthetics on obstetric outcomes. *Anesthesia & Analgesia* [Internet]. 2017 [citado em 28 nov. 2024]; 124(5):1571-81. Disponível em: https://journals.lww.com/obstetricanesthesia/abstract/2017/12000/effects_of_epidural_labor_analgesia_with_low.4.aspx
42. Halliday L, Kinsella M, Shaw M, Cheyne J, Nelson SM, Kearns RJ. Comparison of ultra-low, low and high concentration local anaesthetic for labour epidural analgesia: a systematic review and network meta-analysis. *Anaesthesia* [Internet]. 2022 [citado em 28 nov. 2024]; 77(8):910-8. Disponível em: <https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.15756>
43. Albuquerque A. Direitos humanos dos pacientes. Curitiba: Juruá; 2016. 288 p.
44. Albuquerque A. Críticas ao Principlismo sob a ótica do novo paradigma ético nos cuidados em saúde: o protagonismo do paciente. *Revista Redbioética/UNESCO* [Internet]. 2022 [citado em 28 nov. 2024]; 13(25):12-25. Disponível em: <https://redbioetica.com.ar/criticas-ao-principlismo-sob-a-otica-donovo-paradigma-etico-nos-cuidados-emsau-de-o-protagonismo-do-paciente/>
45. Albuquerque A. Direito do paciente: fundamentos teóricos do novo ramo jurídico. *Revista Derecho y Salud* [Internet]. 2022 [citado em 28 nov. 2024]; 6(7):47-63. Disponível em: <https://revistas.ubp.edu.ar/index.php/rdys/article/view/353>
46. Albuquerque A, Queiroz G, Paranhos G, Santos M. Os direitos humanos dos pacientes como novo referencial da bioética clínica. *Revista Redbioética/Unesco* [Internet]. 2017 [citado em 28 nov. 2024]; 16(3):12-22. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327633816_Os_direitos_humanos_dos_pacientes_como_novo_referencial_da_bioetica_clinica_Revista_Redbioetica_UNESCO

47. Russo J, Nucci M, Silva FL, Chazan LK. Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. *Mana* [Internet]. 2019 [citado em 28 nov. 2024]; 25(2):519-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/MdfbtWf3vKpx7CWHjPGCdYs/?format=html&lang=pt>
48. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Representação de parturientes acerca da dor de parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2009 [citado em 28 nov. 2024]; 10(1):100-9. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7685>
49. United Nations. Committee Against Torture. General comment N° 2: Implementation of article 2 by States parties. United Nations [Internet]. 2008 [citado em 02 dez. 2024]. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/catcgc2-general-comment-no-2-2007-implementation>
50. Young K. Rights and obligations. In: Moeckli D, Shah S, Sivakumaran S, Harris D, editores. *International Human Rights Law*. Oxford: Oxford University Press; 2022. p. 129-48.
51. Albuquerque A, Barroso A. *Curso de direitos humanos*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2021. 608 p.
52. United Nations Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. United Nations [Internet]. 2013 [citado em 04 dez. 2024]. Disponível em: <https://docs.un.org/en/A/HRC/22/53>
53. United Nations. Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Alice Jill Edwards. United Nations [Internet]. 2022 [citado em 15 jul. 2025]. Disponível em: <https://docs.un.org/en/A/77/502>
54. United Nations. Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment: resolution adopted by the General Assembly. United Nations [Internet]. 2022 [citado em 15 jul. 2025]. Disponível em: <https://docs.un.org/en/A/RES/77/209>
55. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Case of Omar Humberto Maldonado Vargas et al. v. Chile. Judgment of September 2, 2015 (merits, reparations and costs). Corte Interamericana de Derechos Humanos [Internet]. 2015 [citado em 15 jul. 2025]. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_300_ing.pdf
56. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Case of Manuela et al. v. El Salvador. Judgment of November 2, 2021 (preliminary objections, merits, reparations and costs). Corte Interamericana de Derechos Humanos [Internet]. 2021 [citado em 15 jul. 2025]. Disponível em:
- https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_441_ing.pdf
57. European Court of Human Rights. Case of M.K. and Others v. Poland. European Court of Human Rights [Internet]. 2020 [citado em 15 jul. 2025]. Disponível em: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-203840%22%5D%7D>
58. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006 (mérito, reparações e custas). Corte Interamericana de Derechos Humanos [Internet]. 2006 [citado em 02 dez. 2024]. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf
59. United Nations Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak. United Nations [Internet]. 2008 [citado em 04 dez. 2024]. Disponível em: <https://docs.un.org/en/A/HRC/7/3>
60. Cousins MJ, Lynch ME. The Declaration Montreal: access to pain management is a fundamental human right. *Pain* [Internet]. 2011 [citado em 28 nov. 2024]; 152(12):2673-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21995880/>
61. Jukić M, Puljak L. Legal and ethical aspects of pain management. *Acta Medica Academica* [Internet]. 2018 [citado em 28 nov. 2024]; 47(1):18-26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29957968/>
62. United Nations Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. United Nations Human Rights Council. [Internet]. 2016 [citado em 15 jul. 2025]. Disponível em: <https://docs.un.org/en/A/HRC/31/57>
63. Case of Brítez Arce v. Argentina. Judgment of November 16, 2022 (merits, reparations and costs). Corte Interamericana de Derechos Humanos [Internet]. 2022 [citado em 15 jul. 2025]. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_474_ing.pdf
64. Lohman D, Schleifer R, Amon JJ. Access to pain treatment as a human right. *BMC Medicine* [Internet]. 2010 [citado em 15 jul. 2025]; 8(1):1-9. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-8-8>
65. Brennan F, Lohman D, Gwyther L. Access to pain management as a human right. *American Journal of Public Health* [Internet]. 2019 [citado em 15 jul. 2025]; 109(1):61-5. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6301399/>
66. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. *Anesthesia & Analgesia* [Internet]. 2007 [citado em 15 jul. 2025]; 105(1):205-

21. Disponível em:
https://journals.lww.com/anesthesia-analgnesia/abstract/2007/07000/pain_management_a_fundamental_human_right.37.aspx
67. Herring J. Vulnerable adults and the law. Oxford: Oxford University Press; 2016. 285 p.
68. Boldt J. The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine [Internet]. 2019 [citado em 15 jul. 2025]; 14(1):1-8. Disponível em: <https://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13010-019-0075-6>
69. Sheikh J, Allotey J, Kew T, Khalil H, Galadanci GJ, Hofmeyr GJ, et al. Vulnerabilities and reparative strategies during pregnancy, childbirth, and the postpartum period: moving from rhetoric to action. Clinical Medicine [Internet]. 2024 [citado em 15 jul. 2024]; 67:1-14. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38314056/>
70. Bjelica A, Cetkovic N, Trninic-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy: a psychological view. Ginekologia Polska [Internet]. 2018 [citado em 15 jul. 2025]; 89(2):102-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29512815/>
71. Biros M. Capacity, vulnerability, and informed consent for research. Journal of Law, Medicine & Ethics [Internet]. 2018 [citado em 15 jul. 2025]; 46(1):72-8. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6035898/>
72. Wada K, Charland LC, Bellingham G. Can women in labor give informed consent to epidural analgesia? Bioethics [Internet]. 2019 [citado em 15 jul. 2025]; 33(4):475-86. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30358905/>
73. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado em 15 jul. 2025]; 30(1):17-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWfGd/?format=html&lang=pt>
74. Albuquerque A, Paranhos D. Direitos humanos dos pacientes e vulnerabilidade: o paciente idoso à luz da jurisprudência da Corte Europeia de Direitos Humanos. Revista Quaestio Iuris [Internet]. 2017 [citado em 15 jul. 2025]; 10(4):2844-62. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/quaestioiuris/article/view/27401>
75. Albuquerque A. Capacidade jurídica e direitos humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2018. 336 p.
76. Herring J. Relational autonomy and family law. Cham: Springer; 2014. 62 p.
77. Le TD, Lin SC, Huang MC, Fan SY, Kao CY. Factors impacting the demonstration of relational autonomy in medical decision-making: a meta-synthesis. Nursing Ethics [Internet]. 2024 [citado em 15 jul. 2025]; 31(5):714-38. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37818823/>

Como citar

Rocha F, da Rocha R, Albuquerque A. Analgesia de parto e o direito da paciente gestante: uma análise da garantia de não ser submetida à tortura, a tratamento desumano ou degradante. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2025 jul./set.;14(3):96-113
<https://doi.org/10.17566/ciads.v14i3.1368>

Copyright

(c) 2025 Felipe Rocha, Renata Rocha, Aline Albuquerque.

