

## **Importância do reconhecimento dos diferentes tipos de violência obstétrica**

### **Importance of recognizing different types of obstetric violence**

DOI:10.34117/bjdv9n1-398

Recebimento dos originais: 02/01/2023

Aceitação para publicação: 30/01/2023

#### **Luiza Vieira Milo**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV) - Campus Aparecida de Goiânia  
extensão Goiânia

Endereço: Avenida T13, Qd. S 06, Lts 08/13, Setor Bela Vista, Goiânia - GO,  
CEP: 74823-440

E-mail: luizavmilo@academico.unirv.edu.br

#### **Ana Paula Alves Cunha Vasconcelos**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Endereço: Av. Augusto Franco, 2340, Siqueira Campos, Aracaju - SE, CEP: 49075-470

E-mail: annapaulavasconcelos2@hotmail.com

#### **Brenda de Oliveira Tertuliano**

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade São Leopoldo Mandic Araras (SL-MANDIC)

Endereço: Av. Dona Renata, 71, Centro, Araras - SP, CEP: 13606-134

E-mail: brenda\_tertuliano@hotmail.com

#### **Cinthia Ferreira Regis**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Endereço: Av. Augusto Franco, 2340, Siqueira Campos, Aracaju - SE, CEP: 49075-470

E-mail: cinthiaregis@outlook.com

#### **Deise Gonçalves do Nascimento**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Endereço: Av. Augusto Franco, 2340, Siqueira Campos, Aracaju - SE, CEP: 49075-470

E-mail: deisegsp@gmail.com

#### **Giovanna Marques Resende**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV) - Campus Formosa

Endereço: Avenida Brasília, 2016, St Formosinha, Formosa - GO, CEP: 73813-10

E-mail: gimarquesresende18@gmail.com

**Julia Rocha Franzosi**

Graduanda em Medicina

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)

Endereço: Av. Nossa Sra. da Penha, 2190, Bela Vista, Vitória - ES, CEP: 29027-502

E-mail: jurfranzosi@gmail.com

**Laryssa Thompson Vieira Caires**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Endereço: Av. Augusto Franco, 2340, Siqueira Campos, Aracaju - SE, CEP: 49075-470

E-mail: laryssa.thompson2@gmail.com

**Maria Luiza Lopes de Souza**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Maurício Gama (UNINASSAU)

Endereço: R. João Fernandes Vieira, 584, Boa Vista, Recife - PE, CEP: 50050-200

E-mail: souzaluiza2003@gmail.com

**Márcio Elon Ferreira de Souza Filho**

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Maurício Gama (UNINASSAU)

Endereço: R. João Fernandes Vieira, 584, Boa Vista, Recife - PE, CEP: 50050-200

E-mail: marcio.souza663@gmail.com

**Renata Dantas Arruda Cansação**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário (CESMAC)

Endereço: Rua Cônego Machado, 917, Farol, Maceió, Alagoas, CEP: 57051-160

E-mail: renatadantasarruda@gmail.com

**Simone Araújo de Oliveira Papaiz**

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade São Leopoldo Mandic Araras (SL-MANDIC)

Endereço: Av. Dona Renata, 71, Centro, Araras - SP, CEP: 13606-134

E-mail: simone\_papaiz@gmail.com

**RESUMO**

O parto é considerado um momento transformador na vida de uma mulher, onde se encontra numa nova fase, com diversos significados, sendo um momento singular na vida de cada uma, a partir das suas diferentes culturas. Com a evolução da medicina e seus avanços, todo o processo que antes era natural, sofreu diversas alterações, tornando-se um processo hospitalar e medicamentoso. Num contexto geral, existem diversos tipos de violências consideradas pela Organização Mundial de Saúde, relacionado a violência obstétrica (VO) é caracterizada principalmente por um conjunto de atos de desrespeitos, abusos da pessoa humana e negligências contra a mulher e contra o bebê durante todo o processo do parto. Grande parte das mulheres acreditam que parte das práticas de VO, fazem parte do processo normal do parto, embora seja um tema comum de ser abordado, nota-se que diante da fragilidade feminina do momento, a VO inicia-se de forma institucional a partir de maus tratos por atendentes. Uma assistência bem realizada, que

conta com profissionais capazes de executar um acompanhamento adequado, tem sido um fator de grande importância na redução de mortalidade materna. Notou-se que problemas psicológicos associados no pós-parto, não refletem apenas na mãe, mas sim em todos a volta que colaboram no suporte para a mãe e o bebê, a partir deste contexto, faz-se necessária a assistência pré-natal de forma qualificada e humanizada, por meio de um trabalho acolhedor, informativo e orientado, gerando promoção, prevenção e cuidados em geral, este papel vem sendo executado pela atenção primária a saúde.

**Palavras-chave:** parto humanizado, prevenção quaternária, parto normal, violência obstétrica.

## ABSTRACT

Childbirth is considered a transforming moment in a woman's life, where she finds herself in a new phase, with different meanings, being a unique moment in the life of each one, from her different cultures. With the evolution of medicine and its advances, the entire process that was previously natural, underwent several changes, becoming a hospital and drug process. In a general context, there are several types of violence considered by the World Health Organization, related to obstetric violence (OV) is characterized mainly by a set of acts of disrespect, abuse of the human person and negligence against the woman and the baby throughout the childbirth process. Most women believe that part of the OV practices are part of the normal process of childbirth, although it is a common theme to be addressed, it is noted that given the female fragility of the moment, OV begins institutionally from mistreatment by attendants. A well-performed assistance, which has professionals capable of carrying out an adequate follow-up, has been a factor of great importance in the reduction of maternal mortality. It was noted that associated psychological problems in the postpartum period do not reflect only on the mother, but on everyone around her who collaborate in supporting the mother and the baby, from this context, it is necessary to provide prenatal care in a way that qualified and humanized, through welcoming, informative and oriented work, generating promotion, prevention and care in general, this role has been performed by primary health care.

**Keywords:** humanized birth, quaternary prevention, normal birth, obstetric violence.

## 1 INTRODUÇÃO

O parto é considerado um momento transformador na vida de uma mulher, onde ela se encontra numa nova fase, com diversos significados, sendo um momento singular na vida de cada uma, a partir das suas diferenças culturais. Em tempos mais antigos, os nascimentos não eram um processo médico, onde estes aconteciam no domicílio da própria parturiente, acompanhados de uma parteira, e a mulher agia conforme a natureza permitia, podendo expressar seus sentimentos em geral junto à sua família (MATOS et al, 2013).

A partir da evolução da medicina, todo o processo que antes era natural, sofreu diversas alterações, tornando-se um processo hospitalar e medicamentoso. Desde então,

passaram a ocorrer diversas situações no momento do parto, onde em alguns destes a mulher não obtém a atenção devida às suas necessidades, e são expostas a atos que por vezes afetam sua integridade física e moral (CUNHA, 2015).

É sabido que o trabalho de parto e o nascimento são considerados momentos bastante significativos na vida de uma mulher, por conta disto, fenômenos ocorridos durante este processo, podem se tornar experiências traumáticas, onde a mulher se sente agredida e desrespeitada, talvez até mesmo violentada pelos profissionais que deveriam lhe trazer tranquilidade e confiança. A violência obstétrica (VO) é definida como uma apropriação do corpo em processos reprodutivos das mulheres por profissionais da área de saúde, por um atendimento não humanizado (ESTUMANO et al, 2016).

O termo “violência obstétrica” se utiliza para apresentar ou unir diferentes formas de danos e violências sofridas pela parturiente durante o atendimento do profissional obstetra e sua equipe. Dentre estes danos estão inclusos os maus tratos psicológicos, físicos e até mesmo verbais, bem como também uso de procedimentos não necessários e danosos, tais como a episiotomia, clister, tricotomia e ocitocina de rotina, restrição ao leite no pré-parto, assim como a ausência de um acompanhante. Por conta disto, o Brasil encontra-se em uma linha crescente de cesarianas há décadas (RATTNER et al, 2009).

Em uma pesquisa nacional que deu grande visibilidade ao atual problema em questão, foi visto que 1 a cada 4 parturientes, sofreram de alguma forma violência obstétrica, onde metade das que sofreram um processo de aborto, também relatam ter passado pelo processo de violência. Entende-se este fato apenas como início de um problema muito maior, no qual a sociedade e profissionais de atenção primária a saúde (APS), convivem de forma passiva (VENTURI et al, 2013), utilizando-se de uma prevenção quaternária, sendo esta, uma importante forma de atitude para ação e identificação de riscos, inclusive medicamentosos, evitando assim ações desnecessárias e não danosas (BENTZEN, 2003).

É de extrema importância dizer que a VO pode ser cometida por qualquer profissional que negligencie seus atos durante a assistência, inclusive atuando de forma a ferir os princípios de direitos individuais da mulher, contribuindo com atos que possa trazer complicações e efeitos indesejáveis para a mesma (ANDRADE et al, 2016). Assim, ao fazer um direcionamento dos cuidados médicos, antes, durante e após o parto, é importante o reconhecimento da mulher com seus direitos legais, onde deve ser respeitada e atendida de forma humanizada, recebendo as devidas informações, dando

seu consentimento ou recusa nos procedimentos que lhe serão ofertados (RODRIGUES et al, 2015).

Num contexto geral, existem diversos tipos de violências consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e em se tratando de VO é caracterizada principalmente por um conjunto de atos de desrespeitos, abusos da pessoa humana e negligências contra a mulher e contra o bebê durante todo o processo do parto (OMS, 2014). Esta Organização considera que as cesarianas não devem exceder um total de 15% de todos os partos por apresentarem riscos tanto para a mãe quanto para o bebê, entretanto, não é o atual quadro do Brasil, sendo por tanto, VO um tema de muita relevância, considerado atualmente um problema de saúde pública (DINIZ et al, 2015).

Por certo, o presente artigo tem como objetivo apresentar as diversas formas de violências sofridas pelas mulheres durante todo o processo do parto, do início ao fim, onde efeitos pós-partos se apresentam de forma significativa, como danos e traumas físicos e psicológicos, refletindo de maneiras negativas nas vidas das parturientes.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

Em termos gerais a violência contra mulheres vem de muito tempo atrás, sucedido a partir de diversos contextos, principalmente os sociais, como a inferiorização feminina, com isto é cada vez mais comum na sociedade, a ocorrência de VO (OLIVEIRA et al, 2016). Apesar de constante crescimento registrado, o Brasil não tem nenhuma lei que criminalize este ato. De acordo com a Fundação Perseu Abramo, 1/4 das mulheres sofre ou já sofreu VO, e por este caso, a constante luta pela humanização do parto (RIBEIRO et al, 2016). As taxas de incidência de cesáreas no Brasil em hospitais particulares, numa pesquisa realizada pela FIOCRUZ revelam que 88% dos partos são cirúrgicos, onde a OMS indica que deveriam ser de 15% numa proporção recomendada, portanto os números são considerados alarmantes (RODRIGUES. 2022).

A maioria das mulheres acreditam que algumas das práticas de VO, fazem parte do processo normal do parto (ALMEIDA et al, 2018), embora seja um tema comum de ser abordado, nota-se que diante da fragilidade feminina do momento, a VO inicia-se de forma institucional a partir de maus tratos por atendentes, seguido da equipe de enfermagem e médicos (SILVA et al, 2017), onde encontra-se uma importante necessidade de mudanças no modelo de assistência obstétrica, durante a formação dos profissionais atuantes nessa área, bem como devidas informações sobre o que é de direito da mulher (DE MEDEIROS et al, 2016).

Já utilizaram diversas expressões para distinguir o processo de VO, dentre elas, o quadro 1, proposto por Bowser e Hill, demonstra as principais categorias de desrespeito e abuso por parte dos profissionais de saúde, associando aos seus devidos direitos, onde resta demonstrada a superposição entre VO e dano iatrogênico durante o processo do parto (BOWSER et al, 2010).

Quadro 1 – Categorias de VO, direito e exemplos.

<b>Categoria</b>	<b>Direito correspondente</b>	<b>Situações exemplares</b>
Abuso físico	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. Imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”
Imposição de intervenções não consentidas. Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa, e respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o atendimento de maternidade	Mulheres que verbalmente e por escrito, não autorizam uma episiotomia, mas esta intervenção é feita à revelia da sua desautorização. Recusa à aceitação de planos de parto. Indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40a semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais”, etc.). Não informação dos danos potenciais de longo prazo dos modos de nascer (aumento de doenças crônicas nos nascidos, por exemplo).
Cuidado não confidencial ou privativo	Confidencialidade e privacidade.	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para desrespeitar o direito a acompanhantes
Cuidado indigno e abuso verbal.	Dignidade e respeito.	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda. Humilhações de caráter sexual, do tipo “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”.
Discriminação baseada em certos atributos.	Igualdade, não discriminação, equidade da atenção.	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casadas, com gravidez planejadas, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis, etc.) depreciando as que têm atributos considerados

		negativos (pobres, não-escolarizadas, mais jovens, negras, e as que questionam ordens médicas)
Abandono, negligência ou recusa de assistência.	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.	Estudos mostram o abandono, a negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, descompensadas ou demandantes, e nos casos de assistência ao aborto incompleto, frequentemente são deixadas por último, com riscos importantes à sua segurança física.
Detenção nos serviços	Liberdade, autonomia.	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços. No Brasil e em outros países, começam a ocorrer detenções policiais, como no caso narrado no início deste artigo.

Fonte: BOWSER et al, 2010, adaptado.

Com o intuito de facilitar a visibilidade dos danos para gerar uma melhor forma de segurança para a parturiente de maneira ponderada, criada pelo *National Health Service (NHS)* (TESSER et al, 2015), registrou medidas de forma individualizada, servindo como um termômetro de assistência materna, onde é apresentada no quadro 2, podendo estes indicadores serem utilizados pela vigilância sanitária, para aferência de determinada região e seu serviço de saúde, onde a prevenção quaternária torna-se indissociável do cuidado que se baseia em evidências científicas no combate às violências com enfoque no parto humanizado, que encontra-se atualmente como uma prioridade na questão sanitária (SOUZA et al, 2014).

Quadro 2 – Termômetro de segurança do NHS.

Dano perineal (laceração e episiotomia)
Trauma abdominal (cesariana ou laparotomia)
Hemorragia pós-parto
Infecção (trato urinário, mastite, ferida perineal, de cesária, laparotomia ou uterina)
Desfechos do bebê: apgar < 7 (5° min)
Transferência do serviço ou internação em UTI neonatal
Segurança emocional da mãe (separação mãe-bebê, ser deixada sozinha pela equipe quando preocupada, preocupação sobre segurança durante assistência levada em consideração, dúvida que não foi sanada)

Fonte: National Health Service (NHS), adaptado.

O Ministério da Saúde (MS) menciona que várias vítimas deste tipo de abuso são inconscientes do ato que sofreram, podendo ter sido ela física ou psicológica, este fato, atinge boa parte das parturientes e seus filhos em todo o Brasil, sendo o ato, responsável por vezes nos resultados de sequela ou até mesmo a morte. Por este motivo, o MS criou

em 2011 a Rede Cegonha, com intuito de gerar mudanças na assessoria obstétrica, em busca de uma abolição das VO num contexto geral, e sua implementação conta com capacitações e diversos incentivos sociais (Portaria GM/MS n. 1.459 de 24 de junho de 2011).

Em 2017, uma Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal foi publicada, objetivando o incentivo ao parto normal, onde os profissionais de são têm papel fundamental e oportuno de colocar o seu conhecimento no bem-estar da mulher e do bebê, sabendo reconhecer momentos críticos e intervir apenas com o necessário, assegurando a saúde de ambos, minimizando dor e gerando conforto a partir de orientações e colaborando para um momento digno (BARBOSA et al, 2021).

Quando necessária, a cirurgia cesariana pode salvar vidas e evitar morbidades, tanto para a parturiente quanto para o concepto. A constante evolução da medicina, das técnicas cirúrgicas e anestésicas deveriam ter o principal intuito nos momentos de adversidades nesta área, o que não vem sendo realidade no país, principalmente por conta de vagas escassas em redes públicas, sendo assim, o aumento de taxas de cesariana, não tem impedido ou se quer reduzido a mortalidade perinatal, por tanto, não de deve condicionar a cesariana ao menor risco de mortalidade, porém deve-se considerar cuidados no pré-natal e atenção adequada ao recém nascido (RN) e a partir disto, sim, existe um decréscimo de mortalidade, não pela cirurgia em si mas pelos cuidados adequados aos assistidos (LEBEDENKO et al, 2021).

As violências sofridas por mulheres no estado gestacional, iniciam-se muito antes do processo do parto em si, a partir do momento que elas têm seus direitos negligenciados por serviços de saúde sem se quer ter o conhecimento de que já estão sofrendo um VO. A vulgarização das formas de violências vividas pelas parturientes durante o procedimento do parto, tem tornado-as reféns do medo de perder o seu filho ou até mesmo de morrer, desta forma o sentimento de constrangimento e coação são abafados pelo silêncio (PÉREZ et al, 2015).

De acordo com a OMS, uma assistência bem realizada, que conta com profissionais capazes de executar um acompanhamento adequado, tem sido um fator de grande importância na redução de mortalidade materna. Dentro deste quadro de profissionais qualificados para este tipo de trabalho os médicos, obstetizes e enfermeiras (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al, 2011). No Brasil, as associações médicas demonstram preocupações com partos de riscos atendidos por obstetizes e enfermeiras obstetras, onde alegam maior risco tanto para a mãe quanto para o bebê, tornando esta



alegação inverdade de acordo com literatura (MOUTA et al, 2009). Infelizmente dentro desta lista de profissionais capacitados, existem os maiores fatores de influencia que agem como forças que geram o aumento de cesariana, principalmente por questões de conveniência, tempo, receio de processos por má “atuação” e agenda do profissional (BARROS et al, 2011).

Notou-se que os problemas psicológicos associados no pós-parto, não refletem apenas na mãe, mas sim em todos a volta que colaboram no suporte para a mãe e o bebê (DE JESUS et al, 2017), a partir deste contexto, faz-se necessária a assistência pré-natal de forma qualificada e humanizada, por meio de um trabalho acolhedor, informativo e orientado, gerando promoção, prevenção e cuidados em geral. Além disto o Pré Natal Psicológico (PNP), tornou-se uma nova forma que humaniza os processos de gestação. Iniciado em Brasília-DF, o programa faz integração da gestante com os familiares, contando com encontros de grupos e psicoterapia preparando todo o psicológico com a prevenção para o processo pós-parto, como o desgaste e depressão por exemplo (ARRAIS et al, 2014).

A partir de toda a complexidade do tema atual, a prevenção quaternária se divide em dois tipos de ações, as individuais, familiares e comunitárias, que são realizadas na APS, e contam com assessoria pré-natal; e as ações em escala maior, que contam com a parte social, política e institucional. Apesar se alta cobertura estima-se que apenas 40% das mulheres tenham recebido orientações adequadas sobre as práticas do trabalho de parto benéficas (KLEIN et al, 2011). Embora esta prevenção nascida em ambientes para cuidados clínicos, é importante ir além disto, para que ocorra uma construção organizacional social, que significa a importante redução de danos, além do mais, a prevenção quaternária no País vem reformar práticas obstétricas, com a inserção de qualificadas profissionais e boas práticas obstétricas durante todo o processo onde a mulher se encontra e pelo que vai passar durante e após o parto (GERVAS et al, 2005).

O parto normal/natural demonstra que o poder hospitalar não é notado nos aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais, como foi criado no decorrer de vários anos por sociedades médicas, políticas e as forças que ambos detêm (SILVA et al, 2021). O parto que antes era visto como um momento familiar, foi modificado com o passar do tempo, mesmo quando não há motivos para uma intervenção médica ou hospitalar, sendo estas intervenções, possíveis ações que não consideram os direitos da mulher e sua família, desqualificando a assistência prestada durante o processo do parto. Sendo assim, orientar, ouvir, estabelecer contatos e acolher a parturiente em seus

momentos de atenção necessária, são aspectos básicos e necessários para um cuidado humanizado (POSSATI et al, 2017).

### 3 CONCLUSÃO

São diversos os tipos de VO existentes e praticados frequentemente nos serviços que praticam o procedimento de partos, dentre as mais vistas, encontram-se a episiotomia, manobra de Kristeller, uso indevido de ocitocina, posição de litotomia e cirurgia cesárea sem uma indicação devida. Apesar em constante crescimento, ainda é um tema pouco falado, principalmente por medo de parte das mulheres que o sofreram e tornaram-se traumatizadas. Além disto, a realidade social e hospitalar torna as mulheres reféns desta situação, também pela falta de conhecimento e assistência adequada, facilitando assim o risco e tornando-as vulneráveis. Restou claro também no estudo que nem todas as formas de VO são de conhecimento das mulheres, por estas acharem que fazer parte do procedimento normal. Com isto, o aumento constante e significativo de cesáreas não necessárias, tem se tornado uma questão de saúde pública, gerando assim mais risco para a saúde tanto para a mulher quanto do bebê.

No geral, foi possível compreender reflexos adquiridos pelas mulheres no pós parto, bem como aspectos emocionais, psicológicos e resultados negativos por conta de violências físicas, repercutindo não apenas na parturiente, como no bebê e seus familiares. A humanização do parto se mostra segura, se for bem assistida, por profissionais qualificados, reduzindo riscos num contexto geral. Com isto torna-se fundamental a atuação da APS na assessoria humanizada pré, durante e pós-parto, onde a mulher se sente segura, respeitada e melhor orientada, sobre todo o processo e seus direitos. A atenção psicológica contribui de forma eficaz no combate à violência, com a atuação dos profissionais de saúde no meio hospitalar e fora dele. Por fim o papel de protagonista no ato do parto deve ser exclusivo da mulher, além de permitir a mesmas verdadeiras emoções e recordações.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA1A, Mayron Moraes et al. Vivência e saberes das parturientes acerca da violência obstétrica institucional no parto. Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health ISSN, v. 2178, p. 2091, 2018.

ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. Revista brasileira de saúde materno infantil, v. 16, p. 29-37, 2016.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves; FRAGALLE, Bárbara. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. Saúde e Sociedade, v. 23, p. 251-264, 2014.

BARBOSA, Gabriela Losano Pais; DA SILVA, Isabelly Motta Figueredo; DE OLIVEIRA, Denise Mary Costa. Violência obstétrica no Brasil e prevenção quaternária: revisão integrativa. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 2, p. 5143-5147, 2021.

BARROS, Aluísio JD et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. Revista de saude publica, v. 45, p. 635-643, 2011.

BENTZEN, Niels et al. Wonca dictionary of general. Family Practice, 2003.

BOWSER, Diana; HILL, Kathleen. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001;

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais. 2015.

DE JESUS, Maria Aparecida Santos. O Pré-natal psicológico e a relação com a prevenção na depressão puerperal. 2017.

DE MEDEIROS, Nathália Costa Melquiades; MARTINS, Edmara Nóbrega Xavier; DE FARIAS CAMBOIM, Francisca Elidivânia. Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal. 2016.

DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. J Hum Growth Dev, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

ESTUMANO, Vanessa Kelly Cardoso et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: CASOS CADA VEZ MAIS FREQUENTES: OBSTETRIC VIOLENCE IN BRAZIL: INCREASINGLY FREQUENT CASES. Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem, v. 7, n. 19, p. 83-91, 2017.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, p. 150-173, 1991.

GÉRVAS, Juan; PÉREZ FERNÁNDEZ, Mercedes. The scientific basis for the gatekeeping role of general practitioners. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, p. 205-218, 2005.

KLEIN, Michael C. et al. Family physicians who provide intrapartum care and those who do not: Very different ways of viewing childbirth. *Canadian Family Physician*, v. 57, n. 4, p. e139-e147, 2011.

LEBEDENKO, Elizaveta Yu et al. Caesarean section—global trends (literature review). *VF Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology*, v. 8, n. 1, p. 20-25, 2021.

MATOS, Greice Carvalho de et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 870-878, 2013.

MOUTA, Ricardo José Oliveira; PROGIANTI, Jane Márcia. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 18, p. 731-740, 2009.

NATIONAL Health Service (NHS). NHS Safety Thermometer 2013.

OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de A.; COSTA, Mônica Josy Sousa; SOUSA, Eduardo Sérgio Soares. Feminicídio e violência de gênero: aspectos sociojurídicos. *TEMA-Revista Eletrônica de Ciências (ISSN 2175-9553)*, v. 16, n. 24; 25, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014.

POSSATI, Andrêssa Batista et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. *Escola Anna Nery*, v. 21, 2017.

PORTARIA REDE CEGONHA, nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

PÉREZ, Bárbara Angélica Gómez; OLIVEIRA, Edilaine Varjão; LAGO, Mariana Santos. Percepções de puérperas vítimas de violência institucional durante o trabalho de parto e parto: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 4, n. 1, 2015.

RATTNER, Daphne. Humanizing childbirth care: pondering on public policies. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 759-768, 2009.

RIBEIRO, Daniella Borges. Resenha da Obra: MULHERES BRASILEIRAS E GÊNERO NOS ESPAÇOS PÚBLICO E PRIVADO. *Perspectivas em Políticas Públicas*, v. 9, n. 1, p. 195-200, 2016.

RODRIGUES, Karine. Tese faz análise histórica da violência obstétrica no Brasil. In: Tese faz análise histórica da violência obstétrica no Brasil. [S. l.], 20 maio 2022.

RODRIGUES, D. P. et al. ALVES, VH, PENNA, LHG, PEREIRA, AV, BRANCO, MBLR LUANA & SILVA, A.(2015). A peregrinação no período reprodutivo: Uma violência no campo obstétrico. Rev. Esc Anna Nery, v. 19, n. 4, p. 614-620.

SILVA, Rachel Moreira Lima. O sofrimento psíquico das mulheres vítimas de violência obstétrica: uma revisão de literatura. 2021.

SILVA, Raylla Albuquerque. Violência obstétrica à luz da declaração universal sobre bioética e direitos humanos: percepção dos estudantes da área da saúde. 2017.

SOUZA, João Paulo; PILEGGI-CASTRO, Cynthia. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. Cadernos de saude publica, v. 30, p. S11-S13, 2014.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

VENTURI JUNIOR, Gustavo; GODINHO, Tatau. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado uma década de mudanças na opinião pública. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Reducción de la mortalidad materna: Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Organización Mundial de la Salud, 1999.