

## **Violência obstétrica: características e formas vivenciadas por parturientes durante o trabalho de parto até o parto**

### **Obstetric violence: characteristics and forms experienced by women in labor through childbirth**

DOI:10.34119/bjhrv4n2-074

Recebimento dos originais: 04/02/2021

Aceitação para publicação: 01/03/2021

#### **Julia Adriane Machado Vilaça**

Graduanda de Enfermagem

Instituição de atuação atual: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Endereço completo: Escola de Enfermagem, Av Alfredo Balena 190, Santa Efigênia, CEP: 34000000 - Belo Horizonte, MG - Brasil

E-mail: juliamvilaca@gmail.com

#### **Stephanie de Freitas Panzera Moraes**

Graduanda de Gestão de Serviços de Saúde

Instituição de atuação atual: Departamento de Gestão em Saúde, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Endereço completo: Escola de Enfermagem, Av Alfredo Balena 190, Santa Efigênia, CEP: 34000000 - Belo Horizonte, MG - Brasil

E-mail: stephpanzera@gmail.com

#### **Raquel Randow**

Mestranda em Demografia. Graduada em Gestão de Serviços de Saúde

Instituição de atuação atual: CEDEPLAR - UFMG

Endereço completo: Escola de Enfermagem, Av Alfredo Balena 190, Santa Efigênia, CEP: 34000000 - Belo Horizonte, MG - Brasil

E-mail: raquelrandowb@gmail.com

#### **Mirela Castro Santos Camargos**

Doutorado em Demografia

Instituição de atuação atual: Departamento de Gestão em Saúde, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Endereço completo: Escola de Enfermagem, Av Alfredo Balena 190, Santa Efigênia, CEP: 34000000 - Belo Horizonte, MG - Brasil

E-mail: mirelacsc@gmail.com

### **RESUMO**

Objetivo: identificar as formas de violências obstétricas vivenciadas por mulheres durante o trabalho de parto até o parto em hospitais/maternidades brasileiras. Metodologia: revisão narrativa de literatura realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando os descritores: “violência obstétrica” e “parturiente” na primeira busca e “violência obstétrica”, “maternidade” e “mulheres” na segunda busca, além da inclusão das referências das referências. Foram utilizados 24 estudos na pesquisa. Resultados: as

formas de violência obstétrica relatadas nos estudos selecionados na metodologia foram agrupadas em 9 categorias, são elas: a peregrinação e a negação do atendimento, procedimentos médicos e de enfermagem desnecessários, falta de liberdade de posição e movimentação, imposição da cesárea, ausência de acompanhante, negação de algum alívio para dor, julgamento moral das escolhas das mulheres, abusos físicos e verbais por profissionais e o desconhecimento pelas parturientes para identificar tal violência. Conclusão: atualmente, a assistência obstétrica ofertada e apropriada durante o processo parturitivo é vista como um desafio a ser alcançado, dado que contraria os direitos das mulheres a um padrão de saúde digno e respeitoso, sendo comum as práticas de violência obstétrica no cotidiano de um elevado número de parturientes.

**Palavras-chave:** Gestantes. Parto Humanizado. Violência Contra a Mulher

### **ABSTRACT**

Objective: to identify the forms of obstetric violence experienced by women during labor and delivery in Brazilian hospitals/maternity hospitals. Methodology: Narrative literature review conducted in the Virtual Health Library (VHL) using the descriptors: "obstetric violence" and "parturient" in the first search and "obstetric violence", "maternity" and "women" in the second search, in addition to the inclusion of the references of the references. Twenty-four studies were used in the search. Results: the forms of obstetric violence reported in the studies selected in the methodology were grouped into 9 categories, as follows: the pilgrimage and denial of care, unnecessary medical and nursing procedures, lack of freedom of position and movement, imposition of cesarean section, absence of a companion, denial of some pain relief, moral judgment of women's choices, physical and verbal abuse by professionals and the lack of knowledge by parturients to identify such violence. Conclusion: currently, the obstetric care offered and appropriate during the parturient process is seen as a challenge to be achieved, since it contradicts the rights of women to a dignified and respectful health standard, being common obstetric violence practices in the daily life of a high number of parturients.

**Keywords:** Pregnant Women. Humanized Childbirth. Violence Against Women

## **1 INTRODUÇÃO**

A violência obstétrica é definida como violência física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, no período da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, assim como no atendimento ao abortamento. Além disso, expressa-se em negligências, discriminações e/ou práticas excessivas, prejudiciais e sem indícios científicos, impedindo as mulheres de exercerem seu protagonismo e controle sob seus corpos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Em estudo realizado por Diniz e colegas (2015), destacou-se que a violência obstétrica é compreendida como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher por parte dos profissionais de saúde, que se exprime mediante relações desumanizadas, com o abuso de medicamentos e práticas

desnecessárias e indevidas e de patologização de processos naturais. Essas práticas refletem na perda da autonomia para a decisão sobre seu corpo.

Toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014). No ano de 1985, ocorreu o lançamento de propostas, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a fim de incentivar o parto vaginal, bem como o contato pele a pele posteriormente ao parto, estimular o aleitamento e a presença de um acompanhante ao longo do parto e, também, no pós-parto. Ademais, enfatizavam, em relação à condução dos partos vaginais de risco habitual, a relevância das enfermeiras obstétricas nesse processo (DINIZ *et al.*, 2015).

No âmbito nacional, há diversas políticas públicas voltadas para estimular e incentivar uma assistência mais humanizada no processo de parto e nascimento. Destaca-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, criado em 2000, que objetiva melhorias durante a assistência ao parto e ao recém-nascido, por meio de condutas que priorizam a humanização e acolhimento digno a mulher, seus familiares e ao bebê (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Embora a maternidade seja compreendida por uma parcela das mulheres como o começo de uma nova etapa, capaz de consagrar a amplitude do papel feminino, a maioria das parturientes a relaciona com dor e sofrimento (GALLO *et al.*, 2011). Segundo o estudo de Leal *et al.* (2014), há indícios de que diversas práticas na assistência à gestação e ao parto, como um cuidado obstétrico adequado, propiciam melhores resultados e são eficazes para a diminuição de desfechos perinatais indesejáveis. Em contrapartida, a realização de intervenções desnecessárias e invasivas podem acarretar danos para a mãe e bebê. Dentre as diversas formas de violência obstétrica, constatou-se que a insuficiência de informações, a falta de orientação e de escuta clínica, o desrespeito por parte dos profissionais durante o período gravídico com relações marcadas por desconfiança e conflito, principalmente se tratando de pacientes socioeconomicamente desfavorecidas, foram as mais citadas pelas parturiente (RODRIGUES *et al.*, 2017; FERNANDES *et al.*, 2019).

Sendo assim, a presente revisão objetiva identificar as diversas formas de violências obstétricas vivenciadas por parturientes durante o trabalho de parto até o momento do parto em hospitais/maternidades brasileiras.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura narrativa. Para tal, realizou-se uma busca entre os meses de setembro e outubro de 2019 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram feitas duas pesquisas: na primeira, empregou-se a estratégia de busca por descritores: “violência obstétrica” e “parturiente”; na segunda usou-se “violência obstétrica”, “maternidade” e “mulheres”. Ambas as buscas foram combinadas empregando-se o operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão foram: estudos em língua portuguesa, publicados entre 2009 e 2019, disponíveis integralmente, realizados no Brasil. As bases de dados *online* dos artigos selecionados correspondem à Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram detectados 12 artigos referentes à primeira busca, sendo ao final utilizados 04 artigos. Em relação à segunda busca, resultou-se em 23 artigos, sendo 11 úteis para a pesquisa. As publicações duplicadas (3) foram consideradas apenas uma vez. Também foram incluídas referências das referências, totalizando ao final 24 publicações empregadas no estudo.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, após a análise, destaca-se como formas de vivenciar a violência obstétrica: a peregrinação e negação do atendimento, os procedimentos médicos e de enfermagem desnecessários (soro, toque, episiotomia, manobra de Kristeller), a falta de liberdade de posição e movimentação, a imposição da cesárea, a negação do direito ao acompanhante, a negação de algum alívio para dor, o julgamento moral das escolhas das mulheres, abusos físicos e verbais por profissionais e o desconhecimento pelas parturientes para identificar tal violência (SALGADO, 2012; LEAL *et al.*, 2014; MAFETONI e SHIMO, 2014; RODRIGUES, 2014; DINIZ *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2015; BISCEGLI *et al.*, 2015; OLIVEIRA, 2016; SOUZA *et al.*, 2016; VARGENS *et al.*, 2016; CARVALHO e BRITO, 2017; PEDROSO e LÓPEZ, 2017; POSSATI *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; SÁ *et al.*, 2017; INAGAKI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018; NIY, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2019; FERNANDES *et al.*, 2019; NIY *et al.*, 2019; ARRUDA *et al.*, 2020; CAMPOS *et al.*, 2020; VIEIRA *et al.*, 2020).

A peregrinação e negação do atendimento no período reprodutivo, foram apontadas pelas entrevistadas no estudo realizado por Fernandes *et al.* (2019), Sá *et al.* (2017), Inagaki *et al.* (2018) e Rodrigues *et al.* (2015). A precariedade e o acesso restrito a serviços, relatos de insultos, humilhações, discriminação e culpabilização foram

motivos que fizeram com que as parturientes procurassem outros locais para parirem. Ademais, no caso de gestantes de fetos anencéfalos, que conseqüentemente necessitavam de um centro de referência capaz de acompanhar essa gestação mediante um serviço especializado, também sofreram com a peregrinação até conseguirem um atendimento, uma vez que não eram todas as maternidades que aceitavam assistir uma gestação desse tipo (FERNANDES *et al.*, 2019). Nesse contexto, a peregrinação é vista como um grave problema de saúde pública, que resulta inclusive, na manutenção dos índices de mortalidade materna no Brasil (FERNANDES *et al.*, 2019).

Embora as regras e procedimentos privilegiem exclusivamente a organização dos serviços de saúde em detrimento ao respeito à dignidade da parturiente (SOUZA *et al.*, 2016), nos diversos estudos, foram relatadas queixas em relação aos procedimentos médicos e de enfermagem relacionados ao parto, como soro com ocitocina, toque vaginal, episiotomia e manobra de Kristeller, sendo comum a utilização desses, não reconhecidos como violação (ARRUDA *et al.*, 2020). Ao entrar na sala de parto, as parturientes costumavam ser imediatamente submetidas ao soro para hidratação venosa com adição de ocitocina, capaz de acelerar ou induzir o parto. Como consequência, ocorre o aumento da dor. Neste caso, o soro tornava-se um fator de invasão e interferência dos mecanismos próprios da fisiologia do organismo durante o trabalho de parto (LEAL *et al.*, 2014; DINIZ *et al.*, 2015; VARGENS *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2017; PEDROSO e LÓPEZ, 2017; INAGAKI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018; ARRUDA *et al.*, 2020). O toque vaginal foi relatado como causa de dor e incômodos, invasão corporal, agravado pela frequência do exame e a forma como era realizado (BISCEGLI *et al.*, 2015; VARGENS *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2017; PEDROSO e LÓPEZ, 2017; ARRUDA *et al.*, 2020). Já a episiotomia, era considerada uma prática invasiva que propiciava a dor, poderia trazer complicações no puerpério, maior trauma na região perineal e maior tempo de recuperação (LEAL *et al.*, 2014; DINIZ *et al.*, 2015; BISCEGLI *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2016; VARGENS *et al.*, 2016; PEDROSO e LÓPEZ, 2017; INAGAKI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018; ARRUDA *et al.*, 2020). Não há indícios que comprovem a utilidade da manobra de Kristeller. A pressão exercida sobre o abdômen da parturiente pode ser arriscada para o útero, além de acarretar traumas em outros órgãos internos, bem como pode acarretar prejuízos à segurança do bebê. Logo, essa prática não é recomendada pelos seus variados riscos, visto que, de acordo com o Ministério da Saúde, é considerada prejudicial e, portanto, deve ser eliminada (LEAL *et*

*al.*, 2014; DINIZ *et al.*, 2015; BISCEGLI *et al.*, 2015; INAGAKI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018; ARRUDA *et al.*, 2020).

A falta de liberdade de posição e movimentação é outra violência sofrida frequentemente pelas mulheres. Embora os profissionais da saúde frequentemente aleguem que a mulher possui direito decidir a posição desejada, esse posicionamento só é confirmado em raras exceções. A posição litotômica, considerada mais difundida e instintiva pelos profissionais de saúde, foi reforçada e imposta no cotidiano da assistência (LEAL *et al.*, 2014; CARVALHO e BRITO, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; INAGAKI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018; NIY *et al.*, 2019; ARRUDA *et al.*, 2020). O parto fora do local ou da posição prescrita faz com que a equipe tenha que “mudar de posição”, sair da zona de conforto das posições habituais para prestar assistência. Notou-se também que, as parturientes que possuíam conhecimento sobre os direitos da mulher, fisiologia do parto, organização do serviço da assistência, recebiam um tratamento diferenciado (NIY *et al.*, 2019). Ademais, a ignorância se fez presente no tratamento quando as mulheres encontravam dificuldade em se manterem na posição desejada pelos profissionais, além de sofrerem pressão psicológica em relação à responsabilização por algum possível dano com o bebê. Isso demonstra um cenário construído em prol dos profissionais, em detrimento à mulher, sendo que, comumente, a posição litotômica é a única oferecida para as mulheres parirem (CARVALHO e BRITO, 2017). Com base nos estudos realizados por Niy *et al.* (2019) e Niy (2018), verificou-se que a liberdade da mulher foi vinculada à alguma prescrição para que ela saísse do leito, ou seja, apenas se houvesse alguma recomendação, mesmo com a existência de um espaço físico e de equipamentos responsáveis por auxiliarem no alívio não farmacológico da dor.

O parto cesáreo surgiu com o intuito de salvar vidas. A partir da evolução tecnocientífica, passou a ser considerado como o método mais seguro para nascimento, além de assumir outras possibilidades como evitar as dores ao parir e conseqüentemente diminuir a insegurança e o medo (SILVA *et al.*, 2018). Por esse e outros fatores, no Brasil, o percentual de cesarianas se sobressai ao de partos normais, tanto na rede pública, quanto privada. Conforme a OMS, o Brasil é um caso preocupante pelas altas taxas de cesariana, que gera a prematuridade fetal e o aumento na morbimortalidade materna (SILVA *et al.*, 2018). Identifica-se também a imposição pela alternativa da cesárea pelos profissionais da saúde. Há a imposição pela escolha da cesárea em desrespeito à opção da parturiente pelo parto natural por meio de práticas inapropriadas no pré-natal, como a persuasão provinda do obstetra pelo opto da cesárea com dados distorcidos e repassados à gestante

de forma grosseira e o descaso com o conforto físico e mental (SALGADO, 2012; OLIVEIRA, 2016; SILVA *et al.*, 2018).

A mulher tende a apresentar um melhor desempenho durante o parto e pós-parto, se receber apoio e segurança de um acompanhante. No entanto, mesmo com a existência da Lei do Acompanhante, ainda há muito a ser construído para que haja o respeito a essa lei que assegura a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente. A resistência é de alguns profissionais que consideram que a sala de parto vaginal não é lugar para acompanhante, por não estar preparado emocional e psicologicamente. Em diversas experiências, o acompanhante tem que exigir para entrar na sala e participar do parto (DINIZ *et al.*, 2015; BISCEGLI *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2016; VARGENS *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2017; SÁ *et al.*, 2017; INAGAKI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018; NIY, 2018). Nessa perspectiva, no estudo feito por Inagaki *et al.* (2018), constatou-se que, mulheres que tiveram algum acompanhante se sentiram com mais liberdade para fazer perguntas, demonstrando que a presença dele no processo de parturição reforça a comunicação e o vínculo com as outras pessoas por possibilitar que se manifestem com mais segurança, enquanto que a solidão as torna frágeis.

A negação de qualquer tipo de auxílio para alívio de dores é recorrente entre as queixas em relação à violência obstétrica (BISCEGLI *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2018; FERNANDES *et al.*, 2019; ARRUDA *et al.*, 2020), o que não é compreensível pelo fato de existir variados métodos não farmacológicos disponíveis e encorajados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Dentre eles, evidenciam-se o suporte contínuo, mobilidade materna, deambulação, exercícios respiratórios, massoterapia, bola suíça, banho de imersão e de chuveiro, eletroestimulação nervosa transcutânea (ENT), técnicas de relaxamento, o relaxamento muscular, a hidroterapia, a crioterapia e a assistência da doula, entre outros, responsáveis por promoverem benefícios tanto para a instituição quanto para a parturiente (MAFETONI e SHIMO, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2015). Para justificar a má assistência e a banalização das dores da parturiente, os profissionais alegam que se trata de algo a ser suportado em silêncio. Culturalmente, essa condição seria aceita por ser vista como punição relacionada ao primeiro pecado, cometido no Jardim do Éden, expresso na bíblia. Outro pretexto é que a dor corresponde ao preço pago pelo suposto prazer vivenciado no ato sexual originário da gestação (FERNANDES *et al.*, 2019).

Foram apontados abusos físicos e verbais, como xingamentos, humilhações, uso de jargões, atitudes de fundo discriminatório, falta de transmissão de informações

relativas aos procedimentos realizados, recusa de tratamentos, contrariando o direito da mulher de estar livre de procedimentos desnecessários, maus-tratos e de receber um cuidado digno e respeitoso (SALGADO, 2012; BISCEGLI *et al.*, 2015; DINIZ *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2016; INAGAKI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018; FERNANDES *et al.*, 2019, ARRUDA *et al.*, 2020; VIEIRA *et al.*, 2020). Além disso, múltiplas formas de violências obstétricas se baseiam em certos atributos, na qual observa-se um tratamento diferenciado conforme particularidades consideradas positivas como mulheres casadas, gravidez planejada, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis, em contraposição com as negativas que seriam mulheres pobres, não escolarizadas, mais jovens, negras e as que questionam ordens médicas (RODRIGUES, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2015; SOUZA *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2018; INAGAKI *et al.*, 2018; FERNANDES *et al.*, 2019; NIY *et al.*, 2019). O julgamento moral também é reportado como violência obstétrica. Isso foi demonstrado mediante recriminação e desrespeito tanto pelos profissionais da saúde, quanto pelos familiares. Essas atitudes estão permeadas pela relação desigual de poder entre o profissional de saúde e o paciente, em que a medicina detém o saber legítimo em nossa sociedade e o paciente é tratado como vulnerável (FERNANDES *et al.*, 2019).

Por fim, embora a violência obstétrica verifica-se na patologização, ou seja, intervir, tratar como "doença" os processos naturais de parto (SOUZA *et al.*, 2016), os estudos realizados por Oliveira *et al.* (2019) e Vieira *et al.* (2020) mostraram que existem mulheres que não souberam ao certo identificar a violência obstétrica, o que ela significa e de que forma sofreu a agressividade. Evidenciou-se que as parturientes ficaram assustadas, com medo e inseguras no ambiente da maternidade (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Em consonância, em seu estudo, Arruda *et al.* (2020), destaca que os profissionais de saúde relatam o desconhecimento por parte das parturientes como sendo um elemento vulnerável quanto à tal violência. Essa diluição na percepção da violência sofrida durante o parto pode acontecer devido a felicidade sentida pela gestante em ter o bebê, o que oculta os sofrimentos desse processo, além da influência do senso comum de que apenas a velocidade do parto e o estado de saúde do neonato estão associados à qualidade do parto. Isso propicia a aceitação social de intervenções que não deveriam ser realizadas e a passividade da mulher quanto à manipulação do seu corpo, seja por medo de interrogar o médico sobre os procedimentos adotados por ele ou por ausência de explicações sobre as condutas (VIEIRA *et al.*, 2020).

A partir da exposição das formas de violência obstétrica vivenciadas pelas parturientes durante o trabalho de parto até o parto, destaca-se o parto humanizado, que procura a adaptação do parto em um meio menos hospitalar e medicalizado, englobando a mãe e o bebê numa perspectiva mais acolhedora, valorizando os verdadeiros protagonistas de todo o processo (CAMPOS *et al.*, 2020). Em consonância, Possati *et al.* (2017), destaca que, as enfermeiras entrevistadas no estudo consideraram que a humanização do parto envolve condutas, bem como atitudes, posturas baseadas no diálogo e no acolhimento, sem a presença de julgamentos; informar e orientar sobre as condutas adotadas e valorizar a parturiente, de acordo com suas escolhas e individualidades. Ademais, ressalta-se a realização de procedimentos que, de fato, são positivos à saúde materno-infantil e a abdicação de técnicas como episiotomia e os toques vaginais sucessivos, citados neste estudo como violência obstétrica, sendo esses invasivos e dispensáveis. Entretanto, observa-se, também, a humanização do parto como um desafio na prática profissional, mesmo essa sendo reconhecida como uma política pública de saúde.

#### **4 CONCLUSÃO**

No Brasil, as altas taxas de cesarianas em relação aos partos normais tanto em rede pública, quanto privada e as múltiplas maneiras de se identificar violências obstétricas permite concluir que, atualmente, a assistência obstétrica apropriada durante o processo de parturição é visto como um desafio para ser alcançado, visto que contraria o direito das mulheres a um padrão digno de saúde. Dentre todas as categorias elencadas como violências obstétricas, a ocorrência de procedimentos médicos e de enfermagem invasivos, a interferência desnecessária, abusos físicos e verbais e múltiplas violências obstétricas baseadas em certos atributos discriminatórios, foram as agressões mais reportadas nos estudos utilizados na pesquisa. Dessa forma, destaca-se a necessidade de avaliação constante da assistência obstétrica oferecida pelos profissionais de saúde e pacientes, e a implementação e o monitoramento de políticas públicas já existentes focadas na priorização da humanização, que podem possibilitar a melhor experiência das parturientes e do seu bebê.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, R. S. et al. Obstetric violence in Brazil: an integrative review. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 44712-44723, jul. 2020.

BISCEGLI, T. S. et al. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. **Rev Cuid**, v. 9, n. 1, p. 18-25, jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109-111.

CAMPOS, E. S.; PAIM, J. T. A.; CARVALHO, J. D.; HIRANO, M. D. O. F.; LUCAS, W. J. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas e a atenção humanizada dos profissionais de enfermagem durante o trabalho de parto. **Rev. Saberes**, v. 12, n. 1, 2020.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Enferm Glob**, v. 16, n. 47, p. 71-97, 2017.

DINIZ, S. G. et al. Violência Obstétrica como questão para saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, v. 35, n. 3, p. 377-376, 2015.

FERNANDES, IB, São Bento PAS, Xavier RB. Experiências de mulheres no gestar e parir fetos anencéfalos: as múltiplas faces da violência obstétrica. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 23, p. e170757, ago. 2019.

GALLO, R. B. S. et al. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, v. 39, n. 1, p. 41-8, jan. 2011.

INAGAKI, A. D. M. et al. Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública. **Rev Enferm UFPE On line**, v. 12, n. 7, p. 1879-86, jul. 2018.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. sup., p. 17-47, 2014.

MAFETONI, R. F.; SHIMO, A. K. K. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **REME Rev Min Enferm**, v. 18, n. 2, p. 505-512, 2014.

NIY, D. Y. **Desafios para implementação de uma assistência “amiga da mulher”: a presença de acompanhantes e a mobilidade no parto em uma maternidade do SUS em São Paulo**. 2018. Tese (Doutorado em Ciências, Programa de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

NIY, D. Y.; OLIVEIRA, V. C.; OLIVEIRA, L. R.; ALONSO, B. D.; DINIZ, C. S. G. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 23, p. e180074, 2019.

OLIVEIRA, M. S. S. et al. Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. **Arq Bras Ciênc Saúde**, v. 44, n. 2, p. 114-119, 2019.

OLIVEIRA, V. J. **O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

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

PEDROSO, C. N. L. S.; LÓPEZ, L. C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Rev Saúde Colet UFEF (Online)**, v. 27, n. 4, p. 1163-1184, 2017.

POSSATI, A. B. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017.

RODRIGUES, D. P. **Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: percepção de mulheres/puérperas**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

RODRIGUES, D. P. et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 614-620, out. 2015.

RODRIGUES, F. A. C. et al. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Bol Soc Bras Reprod Humana**, v. 32, n. 2, p. 78-84, mai. 2017.

SÁ, A. M. P. et al. O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: ótica das mulheres. **Rev Enferm UFPE On line**, v. 11, n. 7, p. 2683-90, jul. 2017.

SALGADO, H. O. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVA, M. C. et al. Parto e nascimento na região rural: a violência obstétrica. **Rev Enferm UFPE On line**, v. 12, n. 9, p. 2407-17, set. 2018.

SOUZA, A. B.; SILVA, L. C.; ALVES, R. N.; ALARCÃO, A. C. J. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Rev ciênc méd (Campinas)**, v. 25, n. 3, p. 15-128, set. 2016

VARGENS, O. M. C.; NUNES, S.; SILVA, C. M.; PROGIANTI, J. M. Procedimentos invasivos no cuidado à parturiente sob a perspectiva de gênero. **Rev Enferm UERJ**, v. 24, n. 6, p. e15066, 2016.

VIEIRA, T. F. S.; LIMA, M. A. C.; COSTA, T. A.; TEIXEIRA, L. A. M.; MUNIZ, M. B. Conhecimento das mulheres sobre violência obstétrica: Uma revisão sistemática. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 9912-9925, jul./aug. 2020.