

## Prevenção da violência obstétrica no âmbito do cuidado humanizado

### Prevention of obstetric violence in the context of humanized care

DOI:10.34119/bjhrv5n3-015

Recebimento dos originais: 14/02/2022

Aceitação para publicação: 28/03/2022

#### **Gabriela Carvalho Dias da Fonseca**

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade Vértice (Univértix)

Endereço: Rua Bernardo Tôrres, 180, Bairro Retiro – Matipó, MG, CEP: 35367-000

E-mail: gabrielacarvalhodf@gmail.com

#### **Gabriel Velasque dos Santos Midão**

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Vila Velha (UVV)

Endereço: Avenida Comissário José Dantas de Melo, 21, Boa Vista - Vila Velha, ES

CEP: 29102-920

E-mail: gabrielvelasque@gmail.com

#### **Isabela Rutkowski**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto

Endereço: Rua Abraão Issa Halach, 980, Ribeirânia - Ribeirão Preto, SP

CEP: 14096-160

E-mail: belinha\_rutkowski7@hotmail.com

#### **Isamara Aparecida Silva Domingos**

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade Vértice (Univértix)

Endereço: Rua Bernardo Tôrres, 180, Bairro Retiro – Matipó, MG, CEP: 35367-000

E-mail: isadomingos98@gmail.com

#### **Jessica Reis Lopes**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

Endereço: Avenida Filadélfia, 568, Setor Oeste – Araguaína, TO, CEP: 77816-540

E-mail: jessica123reis2017@gmail.com

#### **Jordana Lara Teixeira Garcia**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Barão de Mauá

Endereço: Rua Ramos de Azevedo, 423, Jardim Paulista - Ribeirão Preto, SP

CEP: 14090-062

E-mail: jordanalara1@hotmail.com

**Ricardo Boina de Barbe**

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário (Unifacig)

Endereço: Rua Darcí César de Oliveira, 600 - Manhuaçu, MG, CEP: 36904-219

E-mail: ricardo\_boina@hotmail.com

**Thayline Zanelato Taylor**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário (Unifacig)

Endereço: Rua Darcí César de Oliveira, 600 - Manhuaçu, MG, CEP: 36904-219

E-mail: thayline.z.taylor@gmail.com

**Gonzalo Cuba Valdez**

Médico graduado pela em medicina pela Universite de Bordeaux

Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Irmã Denise

Instituição: Centro de Assistência à Saúde Funec (CASU)

Endereço: Rua Niterói, Bairro Nossa Sra. das Graças – Caratinga, MG, CEP: 35300-345

E-mail: goncaloumss@hotmail.com

**RESUMO**

Este artigo buscou analisar a produção científica sobre as diferentes formas de violência obstétrica (VO) que ocorrem cotidianamente nos serviços de saúde, bem como compreender as condutas necessárias para promoção do parto humanizado. Ressalta-se que a VO não se restringe apenas ao momento do parto, mas a qualquer prática agressiva à mulher – sendo ela gestante, parturiente ou puérpera – ou ao seu bebê, ocorrida no decorrer da assistência profissional. Nesse contexto, observa-se a perda de autonomia dessas mulheres sobre seu processo reprodutivo, além do fato de que muitas não identificam a VO sofrida, visto que depositam total confiança na responsável pelo seu cuidado. As principais formas de VO descritas na literatura compreendem maus tratos físicos, psicológicos e verbais, além de procedimentos impróprios ou desnecessários como a episiotomia, a manobra de Kristeller, a imposição da cesárea e a ausência de acompanhante. Uma vez que a humanização do parto se baseia no atendimento focado na mulher, individualizado e respeitando sempre o progresso fisiológico do parto, ações como a criação de políticas públicas que estimulem a educação, informação e a melhoria da infraestrutura em saúde devem ser estimuladas de forma a diminuir a alta incidência da violência obstétrica.

**Palavras-chave:** violência obstétrica, parto humanizado, gestação.

**ABSTRACT**

This article sought to analyze the scientific production on the different forms of obstetric violence (OV) that occur daily in health services, as well as to understand the behaviors necessary to promote humanized childbirth. It is noteworthy that oral feeding is not restricted only to the moment of delivery, but to any practice aggressive to the woman - whether pregnant, parturient or postpartum woman - or to her baby, which occurred during professional care. In this context, there is a loss of autonomy of these women over their reproductive process, in addition to the fact that many do not identify oral feeding, since they place full trust in the person responsible for their care. The main forms of oral feeding described in the literature include physical, psychological and verbal abuse, as well as inappropriate or unnecessary procedures such as episiotomy, Kristeller maneuver, the imposition of cesarean section and the absence of a companion. Since the humanization of childbirth is based on women-focused care,

individualized and always respecting the physiological progress of childbirth, actions such as the creation of public policies that stimulate education, information and the improvement of health infrastructure should be encouraged in order to reduce the high incidence of obstetric violence.

**Keywords:** obstetric violence, humanizing delivery, pregnancy.

## 1 INTRODUÇÃO

Anualmente, cerca de três milhões de nascimentos ocorrem no Brasil, sendo que 98% desses nascimentos acontecem em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados. O momento do parto é extremamente importante e complexo para a mulher, no qual ela precisa estar confortável e informada durante todo o período (BRASIL, 2019).

Entretanto, no ambiente hospitalar, as mulheres e recém-nascidos são comumente expostos a várias intervenções que deveriam ser utilizadas apenas em situações de necessidade como a episiotomia, cesariana, aspiração naso-faringeana, entre outras. Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo do nascimento (BRASIL, 2017).

O termo violência obstétrica (VO) consiste na apropriação do corpo da parturiente pelos profissionais responsáveis pelo seu bem-estar e do bebê. Nesse contexto, é visto que a perda de autonomia dessas mulheres se deve ao fato delas não terem liberdade de expressão para decidirem sobre seu processo reprodutivo por se sentirem coagidas pelos profissionais envolvidos. Além disso, muitas vezes elas não identificam esse tipo de violência sofrida, visto que depositam total confiança na equipe assistencial (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o cuidado durante o trabalho de parto e parto exige sigilo, liberdade, ausência de desrespeito e negligência, orientações sobre a parturição e apoio contínuo à parturiente. Entretanto, vários estudos demonstraram que os profissionais de saúde consideram o parto como um procedimento técnico, posto que deixam de lado a individualidade de cada gestante, acarretando na falta de humanização e apoio empático durante o processo (ZANARDO et al., 2017; SOUZA et al., 2016). Ademais, a escassez de recursos no ambiente hospitalar e a sobrecarga de trabalho enfrentada pela equipe de saúde também contribuem para a ocorrência de VO (ORSO et al., 2021).

O parto humanizado, por sua vez, possui um conceito abrangente, podendo ser compreendido como um conjunto de técnicas que começam no pré-natal e possuem um olhar mais compreensível, respeitando as vontades da mulher, que é o centro do atendimento. Ele segue os preceitos da medicina baseada em evidências, evitando intervenções desnecessárias,

o terror psicológico e julgamentos por parte da equipe assistencial. Dessa forma, a humanização do parto passou a ser pauta na saúde no Brasil devido aos elevados números de mortes maternas, cesáreas realizadas sem a necessidade que resultam em complicações pós-parto, além das queixas de diversas parturientes sobre a violência sofrida durante o processo de parir (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Visando a evolução de um parto saudável, um pós-parto tranquilo, com menor taxa de complicações e rápida recuperação, para mãe e para a criança, o conceito de humanização do parto é uma alternativa para se atingir tais propósitos. Além disso, é uma forma de prevenção quaternária, uma vez que, por meio dessa prática, é possível evitar danos associados às intervenções desnecessárias (TESSER et al., 2015).

No entanto, a difusão do parto humanizado ainda não é uma realidade presente nos postos de saúde e nos hospitais, enfrentando grandes dificuldades para ser implantado desde o pré-natal na rotina das gestantes (BRITTO et al., 2021). Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi avaliar, a partir de uma revisão narrativa de literatura, as diferentes formas de VO e as condutas necessárias para a promoção do parto humanizado.

## **2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

O início do processo de assistência ao parto por meio do conhecimento empírico foi realizado sob responsabilidade das parteiras, feito em ambiente domiciliar com o processo fisiológico respeitado. No entanto, esse procedimento de parturição sofreu mudanças significativas ao longo dos anos (NASCIMENTO et al., 2019).

Gradativamente, novas práticas foram sendo implementadas, tornando o parto medicalizado. A partir da Segunda Guerra Mundial, na década de 1940, ocorreu a expansão na tendência à institucionalização do parto e, no final do século, a maior parte passou a ser realizado nos hospitais (LEISTER; RIESCO, 2013).

Nesse sentido, observa-se que o ambiente hospitalar associado à tecnologia no cuidado à saúde são fatores que, no decorrer da história, proporcionaram um afastamento da parteira e a retirada do domínio da mãe no processo, posicionando o cenário do parto tendo o médico como protagonista e a mãe uma coadjuvante que não se sente ativa no processo de dar à luz ao seu filho (SOUZA et al., 2016).

Entretanto, esse modelo de assistência é um grande problema de saúde pública no mundo e resulta na manutenção de elevadas taxas de mortalidade materna e morbidade perinatal, além de posicionar o Brasil como o país com as maiores taxas mundiais de parto cesárea (SILVA; AGUIAR, 2020).

Nesse sentido, essa realidade contrapõe-se às recomendações da OMS que preconiza o parto normal em virtude de seus benefícios, que incluem a redução dos riscos maternos e neonatais. No parto cesárea, há aumento em 120 vezes na probabilidade de problemas respiratórios no bebê, bem como triplica o risco de morte materna (SPIGOLON et al., 2020; ZANARDO et al., 2017).

Somado a isso, as intervenções obstétricas no momento do parto por muitas vezes são consideradas excessivas. Resultados da pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento”, um estudo de base hospitalar coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz), mostraram que apenas 5,6% das parturientes de riscos frequentes, 3,2% das primíparas desse mesmo grupo e 5% da amostra total estudada tiveram parto de forma natural, sem sofrer qualquer tipo de intervenção (LEAL et al., 2014).

Porém, a complexidade deste tema resulta em uma dificultosa tendência de aumento das taxas de parto cesárea, por se tratar de uma questão com inúmeras dimensões, com determinantes complexos (LOTFI et al., 2014). Assim, além do componente biológico materno, o que determina a elevada ocorrência de cesáreas são fatores que envolvem a construção histórica, como a qualidade da formação dos profissionais; o obstetra como protagonista do processo; medicalização e hospitalização como modelos de assistência; diferença no valor pago dos procedimentos; suposta superioridade dessa via de parto vista pela maior parte da população; conveniência e praticidade, dentre outras razões culturais (SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014).

Outrossim, além das intervenções obstétricas desnecessárias, há muitos relatos de partos dolorosos em que são empregadas ofensas, humilhações e expressões de preconceitos instituídos no que tange à saúde e à sexualidade da mulher. Essa realidade de violência cotidiana revela violação dos direitos humanos e direitos das mulheres ocasionando perda de autonomia e poder de escolha sobre seu próprio corpo (SILVA, 2018).

O parto é uma atividade fisiológica que, além de cuidado, necessita de acolhimento, uma vez que as mulheres se encontram, em sua maior parte, fragilizadas e instáveis emocionalmente. Todavia, é nesse momento tão delicado e especial na vida da mulher e de sua família que acontece um dos mais repulsivos tipos de violência, a obstétrica (BRITTO et al., 2021).

O termo “violência obstétrica”, é utilizado internacionalmente como “*disrespect and abuse or mistreatment during childbirth*”, sendo utilizado para refletir acerca das deficiências profissionais na atenção à saúde de gestantes (ORSO et al., 2021). Esta expressão também é

empregada para discorrer e abranger diferentes formas de violência ao decorrer da prática obstétrica profissional (NASCIMENTO et al., 2021).

Ademais, entende-se que este termo defina a violência contra as mulheres no momento do parto como a apropriação de processos corporais e reprodutivos pelo profissional de saúde, expresso por meio do tratamento desumanizado, abuso de medicamentos e abordagem de processos naturais na forma de eventos patológicos, favorecendo a perda de autonomia e escolha das mulheres sobre o próprio corpo e a própria sexualidade, acarretando em um impacto negativo sobre a qualidade de vida do público atendido (ORSO et al., 2021).

Vale ressaltar que a VO não se restringe apenas ao momento do parto, mas a qualquer prática agressiva à mulher – sendo ela gestante, parturiente ou puérpera – ou ao seu bebê, ocorrida no decorrer da assistência profissional e que se manifeste através do descumprimento à sua liberdade de escolha, plenitude, sentimentos ou preferências (BRITTO et al., 2021).

Embora o Conselho Federal de Medicina do Brasil (2019) considere o termo impróprio e pejorativo em relação à assistência durante o parto, por considerar que promove conflito entre pacientes e médicos nos serviços de saúde, a maioria dos acervos avaliados confirma a sua existência. Além disso, discorrem sobre diversos traumas, provocados à mulher, que necessitam ser evitados. Sendo assim, entende-se que a identificação das formas de violência é uma maneira de reconhecer a existência da problemática e como ocorre sua manifestação (NASCIMENTO et al., 2021).

Sendo assim, agrupa-se nesta prática maus tratos físicos, psicológicos e verbal, bem como procedimentos impróprios e danosos a exemplo do toque, da episiotomia, a ausência do livre arbítrio com relação a posição e movimentação durante o parto, clister, tricotomia, ocitocina de rotina, ausência de acompanhante, a imposição da cesárea e a rotineira manobra de Kristeller (VILAÇA et al., 2021).

A manobra de Kristeller é um procedimento que está em desacordo com as diretrizes do parto humanizado. Normalmente é efetuada no segundo período do trabalho de parto e é definida pela colocação de uma pressão no fundo uterino para minimizar o tempo durante o período expulsivo. Porém existe a possibilidade de danos maternos e fetais, bem como lesões ao nível do útero e períneo (NASCIMENTO et al, 2021).

Outro procedimento que vem sendo intensamente discutido e relacionado à VO é a episiotomia. Durante muitos anos esse procedimento foi uma prática rotineira e caracteriza-se por um corte realizado na área perineal envolvendo pele, músculo e mucosa vaginal, com o objetivo ampliar a abertura vaginal e reduzir as lacerações durante a fase expulsiva do parto. Entretanto, diversos trabalhos já comprovaram que a episiotomia está associada a complicações



como trauma e infecções perineal, aumento da perda sanguínea e deiscência da ferida. Além disso, muitas vezes, o procedimento é realizado sem o consentimento prévio da parturiente ou sem explicação precedente do que se trata e o porquê de sua realização (ZAAMI et al., 2019; CARNIEL; VITAL; SOUZA, 2019).

Além disso, dentre as práticas que devem ser desestimuladas por serem prejudiciais estão, ainda, o uso frequente de enema, tricotomia, a amniotomia precoce, o clampeamento precoce do cordão umbilical e a administração de ocitocina após a analgesia, que devem ser utilizados apenas nos casos necessários (RODRIGUES; BATISTA; BARROS, 2021).

Um estudo realizado no interior do estado de São Paulo avaliou situações de VO no parto e verificou que 27,9% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido violência. Nessa pesquisa, foi evidenciado como forma de violência o impedimento quanto a presença de um acompanhante, a falta de informações sobre o parto e a realização de medicalização, manobras e procedimentos sem a autorização da parturiente, como por exemplo a episiotomia (BISCEGLI et al., 2015).

As pesquisas ressaltam que, no Sistema Único de Saúde (SUS), a VO é agravada haja visto que são atendidas mulheres com maior vulnerabilidade socioeconômica e cultural, baixa escolaridade, falta de conhecimento dos processos realizados durante o pré-natal, trabalho de parto e pós-parto. Pesquisa realizada por Leal et al. (2014) verificou que o uso de ocitocina e amniotomia foi de 40%, sendo maior no setor público e nas mulheres com menor escolaridade. Já a manobra de Kristeller, episiotomia e litotomia foram utilizadas, em 37%, 56% e 92% das mulheres avaliadas, respectivamente.

No ano 2000, foi implantado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de melhorar as condições no ciclo gravídico e puerperal, tornando o parto cada vez mais humanizado, com condutas éticas e altruístas (BRASIL, 2000). Esse programa preconiza que alguns dos aspectos imprescindíveis são o acolhimento, a orientação, o saber ouvir e a criação do vínculo (POSSATI et al., 2017).

O parto humanizado possui o conceito amplo, podendo ser analisado por várias dimensões. No presente artigo, considera-se o conceito proposto pela OMS (2018), que considera, “Um conjunto de condutas e procedimentos que visam a promoção do parto e do nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade perinatal. Incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se, criteriosamente, os recursos tecnológicos disponíveis”.

A humanização do parto se baseia no atendimento focado na mulher, individualizado e respeitando sempre o progresso fisiológico do parto, onde o parto cesáreo deve ter sua indicação criteriosa. Entretanto, reitera-se que, no Brasil, 52% dos partos são cesarianas, quando o preconizado pela OMS é de no máximo 15% (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011; NASCIMENTO et al., 2021; OMS, 2018).

Ademais, o parto humanizado engloba pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro é sobre a obrigação dos serviços de saúde em acolher com empatia a mulher, os familiares e o recém-nascido. Deve haver ética dos profissionais e a estruturação para que o ambiente seja acolhedor, evitando-se o habitual isolamento que era proposto à mulher. O segundo se refere a interrupção das práticas intervencionistas indevidas, as quais não possuem benefícios à mulher e que com muita frequência têm causado maiores riscos para a mesma (BARROS, 2018).

Sendo assim, percebe-se que a humanização do parto é um conjunto de medidas para tornar a mulher única no final do ciclo gravídico, com ética, empatia e respeito, tornando o nascimento saudável e harmônico e a melhor forma de prevenir a VO é a informação (BARROS, 2018). Muitas gestantes sofrem VO e não denunciam por desconhecimento. A criação de políticas públicas que estimulem a educação, informação e a melhoria da infraestrutura em saúde devem ser estimuladas de forma a diminuir a alta incidência da VO (SENS; STAMM, 2019).

Outro fator importante é a disponibilidade de vagas nos hospitais e adequações de estruturas e profissionais, desde o pré-natal até o pós parto. Além disso, os princípios do parto humanizado devem ser ensinados desde a formação dos profissionais da equipe multidisciplinar da saúde, de forma a promover um parto seguro para a gestante e o bebê (SENA; TESSER, 2017). Estudo realizado por Sens e Stamm (2019) reitera a importância da divulgação e conscientização das gestantes sobre caminhos para denúncias, que são de suma importância para o enfrentamento da VO.

Assim, reforçando as diretrizes propostas pela OMS de que o parto deva favorecer a tomada de decisões compartilhadas entre a mulher e o acompanhante, são necessárias mudanças que priorizem a recuperação da autonomia da mulher sobre a apropriação do seu próprio corpo e suas escolhas (SENS, STAMM; 2019).

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos achados na literatura, verificou-se que a VO ainda é uma ocorrência comum nos serviços de saúde e está associada ao fato de que, muitas vezes, as



mulheres não têm liberdade para decidirem sobre seu processo reprodutivo por se sentirem coagidas pelos profissionais envolvidos em seu cuidado. Além disso, muitas vezes elas não identificam esse tipo de violência, visto que depositam total confiança na equipe assistencial. Dessa forma, torna-se necessário projetos de educação e humanização tanto para puérperas quanto para profissionais de saúde, além da melhora da infraestrutura de cuidado desde o pré parto até o pós parto, a fim de diminuir a alta incidência da VO.

## REFERÊNCIAS

- BARROS, T. C. X. et al. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. **Revista de enfermagem UFPE on line**.v.2, n.12: p. 554-558, 2018.
- BISCEGLI, T. S. et al. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. **CuidArte, Enfermagem**. v.9, n.1: p.18-25, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html) Acesso em: 15 de março de 2022.
- BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, 8 de abril de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília, 2017. 51 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em: 13 de março de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Tabnet: Nascidos vivos – Brasil**. 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.deff>. Acesso em: 13 de março de 2022.
- BRITTO, L. B. et al. A humanização do parto como ferramenta no combate à violência obstétrica: Um estudo teórico reflexivo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9: e31510918092-e31510918092, 2021.
- CARNIEL, F.; VITAL, D. S.; SOUZA, T. D. P. Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. **Journal of nursing and health**. v.9, n.2: e199204, 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Violência obstétrica: nota à imprensa e à população. 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-violencia-obstetrica.pdf>. Acesso em: 30 de março de 2022.
- LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30: p. S17-S32, 2014.
- LEISTER N.; RIESCO, M. L. G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22: p. 166-174, 2013.
- LOTFI, R. et al. Development of strategies to reduce cesarean delivery rates in Iran 2012–2014: a mixed methods study. **International Journal of Preventive Medicine**, v. 5, n. 12: p.1552, 2014.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 4: p. 415-425, 2011.

NASCIMENTO, K. I. M. et al. Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2: p. 7362-7380, 2021.

NASCIMENTO, S. L. et al. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. **Revista Enfermería Actual**. v.37: p. 1-14, 2019.

OLIVEIRA, L. G. S. M.; ALBUQUERQUE, A. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. **Revista Jurídica do CEJ Centro de Estudos Judiciários**. v.22, n.75: p.36-50, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018. 238p.

ORSO, L. F. et al. Violência obstétrica: experiência da equipe multidisciplinar em saúde. **Revista de enfermagem**. v.15, n.2: p. 1-15, 2021.

POSSATI, A. B. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 21, 2017.

RODRIGUES, F. S.; BATISTA, C. B.; BARROS, G. M. Perfil da assistência ao parto normal em uma maternidade escola federal. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 10, n. 3, 2021.

SENA, L.M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface comunicação, saúde, educação**. v.21, n.60: p.209-220, 2017.

SENS, M.M.; STAMM, A. M. N. F. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface comunicação, saúde, educação**. v.23: e180487, 2019.

SILVA, F. L. et al. O Protagonismo do Enfermeiro na Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento e com vistas à Erradicação de Abuso e Violência Obstétrica. **ID on line revista de psicologia**, v. 12, n. 41: p. 1068-1082, 2018.

SILVA, M. I; AGUIAR, R. S. Conhecimento de enfermeiros da atenção primária acerca da violência obstétrica. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 271: p. 5013-5024, 2020.

SOUZA A. B. et al. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Ciências Médicas**. v.25, n.3: p. 115-128, 2016.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30: p. S11-S13, 2014.

SPIGOLON, D. N. et al. Percepções das gestantes quanto à escolha da via de parto. **Saúde e pesquisa**. v.13, n.4, 2020.

TESSER, C. D. 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.

VILAÇA, J. A. M. et al. Violência obstétrica: características e formas vivenciadas por parturientes durante o trabalho de parto até o parto. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2: p. 4911-4921, 2021.

ZAAMI, C. et al. Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions. **European review for medical and pharmacological sciences**. v. 23, n.5: p.1847-1854, 2019.

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**. v.29, n.1: p.1-11, 2017.