

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRO-REITORIA DE GRADUACAO
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RICHARDSON BRENER FERNANDES NETO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE A EXPERIÊNCIA DO PARTO: RELATO DE
VÍTIMAS**

Goiânia

2023

RICHARDSON BRENER FERNANDES NETO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE A EXPERIÊNCIA DO PARTO: RELATO DE
VÍTIMAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Ciências Sociais da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito de obtenção de nota parcial para conclusão da disciplina.

Linha de Pesquisa: Teorias, método e processo de cuidar em saúde

Orientadora: Prof. Dr^a Sergiane Bisinoto Alves

Goiânia

2023

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	9
	2.1 – Objetivo geral	9
	2.2 Objetivos Específicos	9
	3.1 Violência obstétrica	10
	3.2 Humanização	12
4	METODOLOGIA	15
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERÊNCIAS	27

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por me fazer quem sou.

Minha mãe por sempre estar ao meu lado, me amar e me apoiar. A minha avó por bancar meus estudos.

Agradeço as minhas professoras queridas do meu coração que estão aqui presentes, vocês fizeram minha formação mais leve e divertida, não teria como ser outras no lugar de vocês, me marcaram e levo vocês no meu coração. Em especial a minha orientadora por me mostrar que sou capaz para realizar o que acho impossível, e tornar o meu sonho possível.

Agradeço em especial meu namorado por me ajudar e me apoiar nessa jornada, sempre provando que sou merecedor das melhores coisas.

Agradeço a mim mesmo, pelas vezes em que pensei em desistir e mesmo assim continuei firmemente, pelas lutas, vitórias e derrotas, por entregar o melhor de mim dentro do que eu podia.

RESUMO

NETO, R, B, F. **Violência obstétrica durante a experiência do parto: relato de vítimas.** 2023. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Enfermagem da Escola de Ciências Sociais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia Goiás, 2023.

Introdução: O conceito de violência obstétrica caracteriza-se por qualquer ação ou procedimento dirigido a parturiente ou ao seu bebê, realizado sem o consentimento explícito e esclarecido da mulher e/ou em desconsideração à sua autonomia, integridade física e mental, bem como aos seus sentimentos, escolhas e preferências. Vivenciar violência obstétrica acarreta uma série de consequências significativas para as mulheres, tanto em termos de impacto imediato quanto a longo prazo. Em razão disso é importante caracterizar os tipos de violências obstétricas sofridas por mulheres que vivenciaram o parto para entender os impactos bio-psico-social que esses atos podem causar, promovendo assim uma conscientização dos profissionais da área da saúde para combater essa prática prejudicial. **Método:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado a partir da coleta de depoimentos disponíveis em sites online de acesso irrestrito e gratuito. **Resultados e Discussão:** A análise de conteúdo dos depoimentos permitiu extrair quatro categorias temáticas: qualidade da assistência; violência obstétrica; falta de autonomia, vulnerabilidade e desrespeito ao direito e, implicações da violência obstétrica na vida da mulher. **Considerações Finais:** A partir da caracterização dos relatos sobre violência obstétrica podemos observar as consequências negativas que essa prática traz às mulheres durante a experiência do trabalho de parto e concluir que o parto humanizado precisa ser difundido entre as gestantes e também entre os profissionais de saúde, rompendo assim o modelo tradicional de concepção por meio de medicamentos e intervenções desnecessárias.

Palavras-chave: Violência obstétrica; humanização; parto humanizado; saúde da mulher.

ABSTRACT

NETO, R, B, F. **Obstetric violence during the birth experience: reports from victims.** 2023. 30 f. Course Completion Work – Nursing Course at the School of Social and Health Sciences of the Pontifical Catholic University of Goiás – Goiânia Goiás, 2023.

Introduction: The concept of obstetric violence is characterized by any action or procedure directed at a parturient woman or her baby, carried out without the explicit and informed consent of the woman and/or in disregard of her autonomy, physical and mental integrity, as well as her feelings, choices and preferences. Experiencing obstetric violence has a series of significant consequences for women, both in terms of immediate and long-term impact. Therefore, it is important to characterize the types of obstetric violence suffered by women who have experienced childbirth to understand the bio-psycho-social impacts that these acts can cause, thus promoting awareness among health professionals to combat this harmful practice. **Method:** Descriptive study with a qualitative approach carried out by collecting testimonials available on online sites with unrestricted and free access. **Results and Discussion:** The content analysis of the statements allowed us to extract four thematic categories: quality of care; obstetric violence; lack of autonomy, vulnerability and disrespect for rights and implications of obstetric violence on women's lives. **Final Considerations:** From the characterization of reports on obstetric violence, we can observe the negative consequences that this practice brings to women during the labor experience and conclude that humanized birth needs to be disseminated among pregnant women and also among health professionals, thus breaking the traditional model of conception through unnecessary medications and interventions.

Keywords: Obstetric violence; Humanization; humanized birth; women's health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

A maternidade é encarada por algumas mulheres como um ponto de virada que destaca a amplitude do papel feminino, embora a maioria das pacientes vinculem este momento a intensas dores e sofrimento, representando um momento repleto de expectativas positivas e negativas. Apesar de ser um processo fisiológico, o trabalho de parto pode ser influenciado por diversos fatores, que podem tornar a experiência do parto algo negativo e traumatizante para essas mulheres. O conceito de violência obstétrica caracteriza-se por qualquer ação ou procedimento dirigido a parturiente ou ao seu bebê, realizado sem o consentimento explícito e esclarecido da mulher e/ou em desconsideração à sua autonomia, integridade física e mental, bem como aos seus sentimentos, escolhas e preferências (Da Silva *et al.*, 2014).

Esses casos de violência podem ser realizados por indivíduos próximos, desconhecidos, profissionais de saúde ou mesmo por entidades institucionais, e têm o potencial de resultar em complicações ou consequências indesejáveis para o binômio mãe-filho. Elas podem ocorrer em diversos ambientes associados a assistência à saúde, sendo mais frequentes em hospitais e maternidades. No Brasil, uma entre quatro mulheres sofre violência durante o parto, sendo as condutas desrespeitosas e rudes as reclamações mais frequentes entre as puérperas (Andrade *et al.*, 2016).

A violência obstétrica se desdobra em diversas formas, entre os tipos mais frequentes estão intervenções médicas sem justificção, tais como episiotomias sem consentimento, partos cesarianos desnecessários ou a administração de medicamentos sem o devido consentimento da gestante. Além disso, a utilização de linguagem agressiva, atos humilhantes ou uma comunicação inadequada com a mulher durante o processo de parto também se configuram como manifestações de violência obstétrica. A negligência das necessidades da gestante, a recusa de informações relevantes sobre seu estado de saúde e o progresso do parto, bem como procedimentos fisicamente invasivos, como a manobra de Kristeller, são outros exemplos a serem destacados. Essas práticas desrespeitosas podem ter profundas repercussões físicas e emocionais para as mulheres, sublinhando a importância de combater a violência obstétrica e promover uma assistência mais respeitosa e centrada na paciente (Estumano *et al.*, 2017).

Vivenciar violência obstétrica acarreta uma série de consequências significativas para as mulheres, tanto em termos de impacto imediato quanto a longo prazo. No âmbito imediato, as vítimas desse tipo de violência podem sofrer danos físicos, incluindo lesões decorrentes de intervenções médicas inadequadas, infecções e complicações cirúrgicas resultantes de cesarianas sem justificativa. Além disso, a violência obstétrica frequentemente desencadeia trauma emocional, levando a distúrbios psicológicos como depressão, ansiedade e sentimento de impotência. A longo prazo, as mulheres podem experimentar impactos em sua autoestima, nos relacionamentos com seus filhos e nas decisões futuras relacionadas à saúde reprodutiva, o que inclui a busca por assistência médica durante a gravidez e o parto (Brandt *et al.*, 2018).

Em razão disso é importante caracterizar os tipos de violências obstétricas sofridas por mulheres que vivenciaram o parto para entender os impactos bio-psico-sociais que esses atos podem causar, promovendo assim uma conscientização dos profissionais da área da saúde para combater essa prática prejudicial. É imperativo que se busque modificar essa realidade, tornando a assistência à parturiente mais humanizada. Isso envolve alterações no ambiente de atendimento e também na prática dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros (De Medeiros Moura *et al.*, 2018).

Diante do exposto e pela necessidade de aprofundar o conhecimento acerca da temática surgiu a seguinte pergunta norteadora: *Quais os tipos de violências obstétricas e como estes casos podem afetar as mulheres que vivenciaram o momento de parto?*

2 OBJETIVOS

2.1 – Objetivo geral

Descrever acerca dos relatos de mulheres que vivenciaram violência obstétrica durante a experiência do parto.

2.2 Objetivos Específicos

- Categorizar os relatos de mulheres que sofreram violência obstétrica quanto ao tipo de violência.
- Identificar as implicações sofridas pelas mulheres em decorrência da violência obstétrica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Violência obstétrica

Nos tempos antigos, a supervisão do processo de parto costumava ocorrer no lar, onde a parturiente era auxiliada por outra mulher, frequentemente uma parteira ou uma pessoa de confiança, e recebia apoio de seus entes queridos. Após a Segunda Guerra Mundial, em busca da redução das altas taxas de mortalidade materna e infantil, observou-se a transição do parto do ambiente domiciliar para o hospital e, conseqüentemente, sua medicalização. A institucionalização do parto teve um impacto significativo ao afastar a família e a rede de apoio social do processo de nascimento, uma vez que as instalações físicas e as rotinas hospitalares foram projetadas para atender às necessidades dos profissionais de saúde, em detrimento das necessidades das parturientes (Pinheiro; Bittar, 2013).

Frente a esse fato, a mulher viu sua privacidade e independência serem retirados, sendo separada de sua família e sujeita a regulamentos institucionais e procedimentos intervencionistas sem a devida explicação e consentimento, oferecendo-se à mulher e ao seu bebê uma assistência que prometia ser segura. Nesse contexto, o parto passou a ser experimentado como um momento de considerável angústia física e moral. O temor, a ansiedade e o desconforto das gestantes sob esse modelo de assistência podem prejudicar o processo fisiológico do parto normal, resultando frequentemente em intervenções que, na maioria das situações, poderiam ser evitadas (De Moura *et al.*, 2020).

No Brasil, de acordo com informações do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, em 2015, os partos realizados em ambiente hospitalar correspondem a 98,08% do total de partos na rede de saúde. No período compreendido entre 2007 e 2011, observou-se um aumento de 46,56% para 53,88% na realização de partos por cesariana. O Ministério da Saúde, em seu relatório de 2015, reporta que a taxa de cesarianas atinge 56% na população em geral, com variações significativas entre os atendimentos oferecidos pelo sistema de saúde público e privado, onde as taxas são aproximadamente 40% e 85%, respectivamente (Zanardo *et al.*, 2017).

De acordo com o Painel de monitoramento de Nascidos Vivos no Brasil, em 2022 foram 2.471.519 nascidos vivos, destes 1.437.334 foram cesáreas e 1.031.991 vaginais (Ivis, 2023).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o índice razoável de cesáreas é de 15% dos nascimentos. No Brasil, 55,6% do total de partos realizados anualmente são cirúrgicos e 83% deles são realizados por planos de saúde (OMS, 2022).

Salienta-se que o parto normal favorece o vínculo do bebê com a mãe, fortalece o sistema imunológico e melhora o ritmo cardíaco e o fluxo sanguíneo do bebê, além de favorecer o aleitamento e promover uma recuperação pós-parto mais rápida e menos dolorosa para a mãe (ANS, 2023).

Neste cenário, também se destacam as elevadas taxas de intervenções médicas desnecessárias aplicadas no contexto do atendimento ao parto e ao nascimento. Esse aspecto fica evidenciado no estudo de Leal *et al.* (2014) conduzido entre 2011 e 2012, envolvendo puérperas e seus recém-nascidos de diversas regiões do país, revelou que, dos 23.940 casos analisados, 56,8% eram de mulheres consideradas como portadoras de risco obstétrico habitual, ou seja, sem quaisquer condições de saúde que justificassem procedimentos cirúrgicos ou outras intervenções. Dentre esse grupo, 45,5% foram submetidas a cesarianas, enquanto 54,5% tiveram partos vaginais. No entanto, apenas 5,6% dessas 54,5% conseguiram dar à luz de forma natural, sem a necessidade de qualquer intervenção (Leal *et al.*, 2014).

A violência obstétrica está presente no atendimento prestado à mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto por parte dos profissionais da saúde. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência obstétrica compreende qualquer comportamento desrespeitoso e desumanizado (como a administração indiscriminada de ocitocina sintética, manobra de Kristeller e episiotomia), bem como negligência e abuso dirigidos à parturiente e ao recém-nascido, que possam resultar em danos físicos e psicológicos, e isso pode ocorrer em todos os níveis de assistência à saúde (baixa, média e alta complexidade) (De Medeiros Moura *et al.*, 2018).

Os indicadores de violência obstétrica representam uma preocupação substancial em muitos sistemas de saúde ao redor do globo, embora a coleta de dados específicos possa variar em cada região. A quantificação da violência

obstétrica envolve a avaliação de várias medidas, tais como a taxa de procedimentos médicos desnecessários, como cesarianas, episiotomias e a aplicação de fórceps, quando comparados com partos naturais. Adicionalmente, os indicadores contemplam o registro de casos de falta de consentimento informado, tratamento desrespeitoso ou abusivo por parte dos profissionais de saúde, bem como a qualidade da comunicação durante o decorrer do processo de parto. Embora seja um desafio preciso mensurar a extensão desse problema devido à subnotificação e variações nos padrões de registro, é fundamental acompanhar e reduzir esses índices, promovendo uma assistência obstétrica que seja pautada no respeito aos direitos e na dignidade das gestantes (Estumano *et al.*, 2017).

3.2 Humanização

No Brasil o primeiro programa voltado a humanização do parto foi o Programa de Humanização Nacional - PHN (PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO) criado em 2000, fundamentado nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p. 5).

A Rede cegonha foi criada em 2011, pelo Ministério da Saúde (MS), com o intuito de fortalecer a humanização do parto e busca a implementação de uma rede de cuidados e o direito ao planejamento reprodutivo às mulheres, além da atenção humanizada durante a gravidez, no parto, e ao puerpério, visando assegurar às crianças o direito ao nascimento, crescimento e desenvolvimento de maneira saudável (Brasil, 2011).

Segundo Nascimento *et al.* (2020) a humanização do parto não se limita à realização do parto normal, seja para uso ou não de técnicas e procedimentos, mas sim promover a mulher como protagonista e não apenas espectadora, para lhe proporcionar toda a decisão. A humanização consiste em respeitar o processo fisiológico do parto e, em caso de intervenções, explicá-las de forma clara e precisa, dando à mulher confiança em suas decisões.

Segundo Silva *et al.*, (2021) o conceito de parto humanizado vai além da ideia de conforto e a minimização da dor no momento do parto, mas abrange um conjunto de medidas desde o pré-natal até o pós-parto, que visam proporcionar à mulher um grau elevado de satisfação, autonomia e segurança.

É nesse cenário que entra o enfermeiro obstétrico, trata-se de um profissional apto a realizar uma assistência mais humanizada, de forma a proporcionar às mulheres maior conforto e segurança, por meio de uma escuta ativa e informações prestadas (Alvares *et al.*, 2018).

O parto humanizado, com foco na parturiente consiste em um conjunto de práticas e procedimentos que têm como objetivo tornar o processo de parto mais acolhedor e respeitoso, reduzindo a medicalização e minimizando intervenções desnecessárias, como o uso sistemático de rompimento de bolsa precoce, ocitocina para induzir o trabalho de parto, episiotomia, lavagem intestinal, entre outros. Desse modo, são empregadas abordagens e métodos naturais que promovem um parto centrado na mulher, incluindo massagens, técnicas de respiração, banhos, bem como o fornecimento de apoio psicológico à parturiente e à sua família (Do Nascimento *et al.*, 2020).

Humanizar o parto não se resume apenas à realização ou à não realização de procedimentos e práticas, mas sim a permitir que a mulher assuma um papel de destaque nesse cenário, garantindo que ela não seja apenas uma observadora passiva desse momento. Isso envolve conceder a ela o direito de tomar decisões significativas no contexto da assistência centrada na pessoa (Do Nascimento *et al.*, 2020).

A humanização no processo de parto engloba, principalmente, atitudes acolhedoras, realizadas com sensibilidade e empatia pelos profissionais de saúde em relação à parturiente e ao seu bebê. A atuação da equipe de enfermagem obstétrica abrange cuidados de natureza humanística, promovendo a fisiologia natural do parto e introduzindo tecnologias que proporcionam cuidados e conforto à mulher. Isso inclui

a incorporação de habilidades e competências profissionais na prestação de assistência (Da Silva; Dos Santos, 2022).

A intervenção do enfermeiro começa no período pré-natal, onde são fornecidas orientações à gestante e ao seu acompanhante. Dessa forma, a equipe de enfermagem acompanha as mulheres desde o puerpério até o pós-parto, assegurando um parto com um enfoque completamente humanizado, personalizado e adaptado às situações de complexidade. Isso envolve fornecer informações úteis, transmitir confiança e empregar técnicas de relaxamento e alívio da dor para reduzir os medos e as ansiedades. Os profissionais de enfermagem têm a responsabilidade de facilitar uma integração harmoniosa entre todos os membros da equipe de assistência ao parto, atendendo a todas as necessidades da parturiente (Da Silva; Dos Santos, 2022).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado a partir da coleta de depoimentos disponíveis em sites online de acesso irrestrito e gratuito.

4.2 Período de Realização

O estudo foi realizado entre setembro de 2023 e novembro de 2023.

4.3 Fonte

Utilizados relatos disponíveis gratuitamente nas comunidades de sites online: Denúncia Violência Obstétrica; Vamos falar sobre violência obstétrica? Violência Obstétrica em Gurupi? Denuncie”.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos depoimentos de mulheres que vivenciaram a experiência do de parto.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Excluídos depoimentos que não se tratavam do atendimento de relatos de mulheres que vivenciaram a experiência de parto.

4.4 Coleta de dados

Inicialmente, realizou-se uma busca no *software Google* utilizando as palavras gestante, parto, violência obstétrica, humanização a fim de identificar uma plataforma com registros das gestantes. Foram identificadas comunidades em sites *onlines* que continham depoimentos de mulheres que vivenciaram o processo de parto.

Foram identificadas três (3) comunidades, destinadas ao registro de experiências vivenciada por gestantes, durante seu trabalho de parto. Primeiramente, foi feita a leitura de todos os relatos contidos nas comunidades. Em seguida, realizou-se correções gramaticais da escrita, como acréscimo de artigo e preposição e correção de concordância nominal e verbal, a fim de melhorar a compreensão da

mensagem a ser transmitida. Todos os registros feitos pelo pesquisador aparecem nas narrativas dos participantes entre colchetes.

Com o intuito de preservar a identidade dos indivíduos que descreveram suas vivências, foram dados nomes fictícios. Por fim, encontra-se registrado o nome da comunidade, o relato e o conteúdo.

4.5 Aspectos Éticos

Por se tratar de estudo a partir de dados disponibilizados em site da *Internet*, portanto públicos, não foi necessário a submissão da proposta em nenhum Comitê de Ética em Pesquisa.

4.6 Análise de dados

O tratamento dos relatos incluídos no estudo iniciou-se pela leitura exaustiva dos relatos até que os conteúdos comuns pudessem ser agrupados e assim permitir a categorização dos mesmos com posterior análise descritiva.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 13 depoimentos, sendo sete na página “Denúncia violência obstétrica”, cinco na página “vamos falar sobre violência obstétrica”, e 1 na página “Violência Obstétrica em Gurupi? Denuncie”. Todos os depoimentos foram escritos pelas mulheres que vivenciaram essa violência durante a experiência de parto.

A análise de conteúdo dos depoimentos permitiu extrair quatro categorias temáticas: qualidade da assistência; violência obstétrica; falta de autonomia, vulnerabilidade e desrespeito ao direito e, implicações da violência obstétrica na vida da mulher.

Categoria 1 -Qualidade da assistência

Na categoria qualidade da assistência foi possível analisar as iatrogenias e má qualidade no cuidado prestado as gestantes e puérperas durante o processo de parto, podendo resultar em consequências devastadoras, incluindo lesões permanentes ou até mesmo óbito.

Algumas falas remeteram a falta de estrutura dos ambientes assistências, bem como de preparo dos profissionais, como:

“Muito triste isso, eu quase perdi minha filha porque os médicos queriam parto normal, mas eu não entrava em trabalho de parto, já estava com 41 semanas então decidi ir no particular pois estava com muita dor e minha filha não estava se mexendo como de costume, chegando lá o médico me mandou para cesariana de emergência por feto não reativo” (LEG).

Essa fala ressalta a importância da qualidade de assistência prestada as gestantes. Segundo Dos Santos et al (2016) a gestação é uma experiência marcada por tensões devido aos potenciais perigos enfrentados tanto pelo feto quanto pela mãe. Portanto, é crucial proporcionar um acolhimento e avaliação adequados a essa gestante, dada a possibilidade de complicações tanto psicológicas quanto físicas.

Em 2000, partindo da premissa de que o parto é um evento fisiológico do corpo feminino, a OMS propôs, como estratégia para avaliar a qualidade dos serviços obstétricos prestados ao parto normal, um indicador denominado Escore

de Bologna. Este instrumento é constituído por cinco medidas: presença de acompanhante durante o parto; presença de partograma; ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, amniotomia, episiotomia, manobra de Kristeller) ou uso de instrumental (uso de fórceps e/ou vácuo extrator); parto em posição não supina; contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (recomendado 30 minutos na primeira hora após o nascimento) (Oliveira *et al*, 2015).

Para lidar com essa situação, é imprescindível contar com uma equipe preparada, compreensiva e paciente. Ter acesso a assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo, no entanto, a qualidade não é determinada por um único elemento, mas sim por uma série de componentes nos quais os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficaz, eficiente, segura, apropriada, centrada no sujeito, respeitosa dos direitos das pessoas, acessível, equitativa, legítima e que resulte na satisfação do usuário ao longo de todo o processo (Dos Santos *et al.*, 2016).

Além disso, é de suma importância que esses profissionais, além de capacitados tenham um atendimento humanizado para com essas gestantes. Para além do domínio das técnicas de parto, é fundamental que o profissional esteja habilitado a reconhecer que cada mulher traz consigo uma bagagem cultural única, frequentemente atribuindo significados diversos à experiência do parto. Respeitar essa individualidade, orientá-la, acolhê-la em seus questionamentos e dúvidas, e, em última instância, auxiliá-la a transformar essa vivência em um momento marcante em sua jornada pessoal, são as características desejáveis em um profissional (De Campos *et al.*, 2016).

Na contramão da humanização, foram observados alguns relatos, como:

“Comecei a ouvir fogos e pararam com meu parto para se darem feliz natal, aquela cena me deu nojo, os celulares dos presentes naquela sala não paravam de tocar (J.E.R)”

Barros e Dias (2018) relatam em seu estudo que durante o estágio expulsivo, na sala de parto, observamos diversos elementos inadequados, como a quantidade de pessoas presentes, duração da exposição e conversas paralelas entre os membros da equipe, que podem exercer influência no comportamento da parturiente.

Para aqueles que oferecem assistência ou que estão em processo de aprendizado, esses fatores são geralmente percebidos de forma natural, como eventos inerentes à rotina de trabalho, dada a sua frequência no cotidiano profissional, contudo podem ser prejudiciais e interferir na experiência da mulher.

Os depoimentos também remetem a possíveis falhas técnicas e em processo de trabalho.

“A mulher deu entrada na maternidade já em trabalho de parto, mas permaneceu por dez horas sem auxílio médico, o que resultou na expulsão e na queda da recém-nascida em pleno corredor” (ORP).

Esse relato evidencia a importância da assistência multiprofissional de forma integral e ininterrupta durante o trabalho de parto. Frigo et al (2013) mostram que a gestante tem direito à assistência integral e qualificada durante todos os períodos do parto e puerpério. Devendo o profissional de saúde ter um atendimento singular, integral e individualizado fortalecendo as lembranças positivas deste evento para a gestante e sua família.

Alguns relatos apontam que as mulheres procuravam os serviços de saúde, eram avaliadas, medicadas e orientadas a aguardarem no domicílio. Quando procuravam novamente o serviço de saúde novamente o feto estava morto.

“Fui pra maternidade com muitas dores e contrações, que duravam 3 dias, no bloco o médico meu deu uma injeção pra tirar a dor e me mandou pra casa, 3 dias depois senti as dores de novo, fui pro bloco e realizei parto normal, meu pequeno Arthur nasceu morto” (SOL)

“Eu quase perdi minha filha porque os médicos queriam parto normal, mas eu não entrava em trabalho de parto, com 41 semanas então decidi ir no particular pois estava com muita dor. Minha filha tinha passado da hora de nascer e estava em sofrimento fetal, ao nascer precisou de 2 reanimações” (L.F.G).

O trabalho de parto tem período variado entre as mulheres e, em muitas ocasiões, é habitual que procurem o serviço de saúde na fase prodômica, onde o organismo ainda está em preparo para o parto (Matias et al., 2017). Nestes casos,

geralmente são avaliadas e podem ser encaminhadas para o domicílio, com orientações claras para o retorno, quando estiverem se aproximando da fase ativa do trabalho de parto. Contudo, esses relatos ressaltam a importância da educação em saúde que deve ser realizada com gestantes, idealmente durante o pré-natal. Entre os tópicos que precisam ser abordados durante a orientação de saúde incluem-se a explicação dos sinais e sintomas do parto, bem como os sinais de alerta. Em outras palavras, são indicadores que apontam para a necessidade da gestante buscar a maternidade de referência para avaliação (Matias et al, 2017).

Para além desses sinais e sintomas, é importante orientar as mulheres a buscarem a maternidade sempre que estiverem ansiosas ou apreensivas, uma vez que são capazes de identificar quaisquer alterações significativas em relação ao seu corpo. Além disso, a mulher deve receber instruções sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto, os quais podem ser definidos como a presença de contrações uterinas regulares que aumentam progressivamente em frequência e intensidade, não diminuem ou cessam com o repouso, ocorrem a cada três a cinco minutos, com duração variando de 20 a 60 segundos. Essas contrações são associadas ao esvaecimento e dilatação do colo uterino, devendo ser avaliadas por um profissional de saúde qualificado (Matias et al, 2017).

É relevante destacar que é responsabilidade dos profissionais de saúde na área obstétrica ter familiaridade com os sinais que indicam o início do trabalho de parto, compreendendo sua fisiologia. Esses profissionais também devem instruir as mulheres e seus familiares acerca dos sinais de alerta, de uma forma que seja compreensível para eles (Felix et al., 2019).

A expectativa é que, através de um aprimorado Letramento em Saúde, seja viável tornar as informações mais alcançáveis e os serviços mais disponíveis para o planejamento familiar, os cuidados pré e pós-natais, a autonomia da mulher no cuidado ao recém-nascido, e a aderência às boas práticas durante o parto (Sobral, 2022).

Ainda nos relatos, também foi observado erros com potencial de causar grande prejuízo a mulher.

“Ela passa pela cesárea - totalmente desnecessária e contra a sua vontade - por um erro médico perfuram sua bexiga” (LOP).

Percebemos como erro quando um profissional ocasiona prejuízo ao paciente, seja por meio de ação ou omissão, pode ser classificado como falta de habilidade, falta de cautela ou falta de cuidado. Em escala global, muitas mulheres enfrentam erros por meio da violência obstétrica (VO) durante o processo de parto em instituições de saúde. Desse modo, esses maus tratos podem se manifestar como agressões físicas, psicológicas e verbais, bem como práticas intervencionistas desnecessárias, incluindo episiotomia, restrição ao leito, clister, tricotomia, administração rotineira de ocitocina, falta de acompanhante e realização de cesariana sem indicação (De Oliveira et al., 2021).

Evidências epidemiológicas apontam para uma situação epidêmica de cesarianas desnecessárias e indesejadas no Brasil. A promoção da autonomia da mulher no decorrer da gestação e do parto surge como uma abordagem para lidar com essa realidade, caracterizada pela medicalização e falta de eficácia. As redes e movimentos sociais emergem como potenciais impulsionadores da autonomia feminina. O apoio mútuo e o compartilhamento de experiências bem-sucedidas no parto parecem contribuir para estabelecer relações mais equitativas entre as mulheres e os profissionais de saúde (Leão et al., 2013).

É importante ressaltar os potenciais perigos vinculados ao procedimento, sendo um dos principais o risco associado ao processo anestésico. Este pode desencadear complicações graves, como hemorragias que exigem transfusões sanguíneas, infecções, lesões nos órgãos adjacentes ao útero (como a bexiga), problemas de coagulação sanguínea e o bloqueio de vasos nos pulmões pelo líquido amniótico, resultando potencialmente na mortalidade da mãe ou do feto. Além disso, podem surgir dores crônicas na área das incisões ou sensibilidade ao toque acima ou abaixo dessas incisões. Para justificar a indicação de parto cesáreo em pacientes, é imperativo seguir rigorosamente determinados preceitos (Valois et al., 2019).

Categoria 2 – Violência obstétrica

Na categoria violência obstétrica foram identificadas várias formas de violência, tanto física quanto psicológica. Uma das violências mais frequentemente relatadas foi a manobra de Kristeller.

“Sofri várias violências obstétricas no interior da Bahia. Além da manobra de Kristeller” (RSS).

“Ele me abriu e mandou a assistente subir em mim pra empurrar a bebe com a famosa manobra de Kristeller” (LCS).

“Tive um pequeno desmaio por conta da dor que senti da enfermeira enfiando as mãos pra tirar meu bebê enquanto outro médico botava peso acima da minha barriga na tentativa de empurrar meu bebê, força e mais força e nada, a enfermeira o tempo todo falando pra eu fazer mais força e que eu não estava ajudando e foi quando eu falei que não dava mais e que eu não tinha mais força (JFR)”.

Desenvolvida pelo médico alemão Samuel Kristeller em 1867, a manobra de Kristeller é caracterizada pela aplicação de pressão no fundo uterino durante o período expulsivo, com o objetivo de encurtá-lo. Contudo, há indícios de que possa resultar em danos tanto para a mãe quanto para o feto, incluindo lesões no útero e períneo. Além disso, embora as evidências sejam limitadas, há indícios de que essa manobra possa representar um fator de risco ampliado para a morbidade tanto materna quanto fetal (Lima; Lopes, 2019)

Essa manobra é vista como prejudicial à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, ocasionando na parturiente a angústia da dor provocada e também o trauma que persistirá indefinidamente. É essência que os profissionais de saúde tenham consciência das consequências que poderão decorrer da utilização da pressão uterina externa bem como a perda de autonomia da mulher na sua tomada de decisão sobre um momento tão próprio e natural, devendo procurar emponderá-la nas diferentes etapas da gravidez (Barreiros, 2021).

A violência física geralmente é acompanhada da psicológica, como pode ser evidenciado no relato:

“Começando, a sala lotou e eu implorei por algo para a dor, mas riram de mim e uma das enfermeiras falou que em todos seus anos atuando em partos era a primeira vez que alguém pedia por medicamentos pra dor, segurei o choro e logo começaram a me preparar para o parto, eu fazia força, gemia de dor e nada do meu bebê sair (JFR)”.

A exposição da mulher, comparações entre parturientes, a utilização de linguagem agressiva, atos humilhantes ou uma comunicação inadequada com a mulher durante o processo de parto são violências obstétricas (Estumano et al, 2017).

A violência obstétrica se relaciona com o machismo e relações de poder desiguais que afetam, especialmente, as mulheres (SOUZA; VALENTE, 2016). E em algumas situações este machismo é perpetuado inclusive pelo comportamento de mulheres, profissionais de saúde, como no relato acima.

Categoria 3 – Falta de autonomia

Na categoria falta de autonomia, vulnerabilidade e desrespeito aos direitos foi possível observar momentos em que as decisões das gestantes e seus direitos garantidos por lei foram desrespeitados por profissionais da área da saúde.

“O médico que atendeu minha filha não deixou que eu entrasse com ela sendo que é direito dela como gestante e menor de idade. Foi grosseiro, arrogante, ignorante” (KLS).

“Eu tive meu filho há 3 anos, e meu marido só pôde entrar na sala depois que ele nasceu. Segundo a médica ele não tinha nada pra fazer lá dentro” (DLS)

“A residente me mandou subir pro pré parto, e na porta da sala, já disseram que meu marido não ia entrar, eu me preparei pra brigar por isso, como não ia entrar? É Lei, é direito meu! Mas aquela mulher feroz e empoderada se foi ali, ela me abandonou, fiquei só, como um bicho acuado com medo do predador” (SPS).

“A enfermeira, que aliás, também estava grávida, disse - Me dá o braço! - Eu perguntei - o que é isso? - Ela disse com muita grosseria - Ocitocina ué?! - Eu dei o braço, com os olhos cheios de lágrimas, eu não queria, mas não conseguia falar, não conseguia me defender daquela brutalidade (ROP).

“Ela avisa que gostaria de ter um parto normal. Levam-na para o centro cirúrgico, ela questiona se está tudo bem, e que podia continuar esperando o parto evoluir. Os médicos dizem ao marido que vão operá-la e que ela só está dizendo isso porque os hormônios do parto não a estão deixando pensar” (LOP).

No Brasil, em 2005 foi promulgada a Lei Federal número 11.108, de 07 de abril, conhecida como a Lei do Acompanhante. Essa lei determina que os serviços de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde), da rede própria ou conveniada, são

obrigados a permitir a gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A Lei determina que este acompanhante será indicado pela gestante, podendo ser uma pessoa de sua escolha.

Contudo podemos perceber que esse direito é negligenciado, resultando na privação da parturiente e do bebê dos inúmeros benefícios proporcionados pelo acompanhamento ao longo de todo o trabalho de parto. Essa falta de cumprimento ocorre, principalmente, devido à falta de conhecimento por parte da mãe sobre seus direitos e à postura autoritária de instituições públicas e de seus colaboradores, que muitas vezes não permitem que a mãe usufrua do seu direito (Fernandes, 2019).

Nesse contexto, evidências indicam que as parturientes optam por ter um acompanhante durante o processo de parto e nascimento, sendo esse frequentemente o seu parceiro ou a sua mãe. Considerando as experiências vivenciadas nesse momento, o acompanhante proporciona suporte tanto emocional quanto físico, gerando um ambiente no qual a mulher se sente segura. Isso destaca essa prática como recomendada para todas as parturientes (Gomes et al., 2019).

Outro fator abordado nessa categoria é o uso inadequado de ocitocina para estimular o trabalho de parto. A ocitocina sintética, produzida em laboratório e administrada durante o trabalho de parto, tem como propósito induzir e acelerar a parturição, atuando de maneira análoga ao hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior. A ação desse hormônio é estimular as contrações uterinas e facilitar a ejeção do leite materno. Quando utilizada de maneira rotineira e sem critérios apropriados, caracteriza-se como violência obstétrica (De Moraes et al., 2022).

É notório que a utilização inadequada da ocitocina pode resultar em sérios problemas tanto para a mãe quanto para o feto, sendo frequentemente associada à hiperestimulação uterina, sofrimento fetal, retenção hídrica, hiponatremia, ruptura uterina, contrações dolorosas e intensas, além de acidose fetal. Essas consequências são provocadas pela administração de dosagens inadequadas da ocitocina, pois muitas vezes não há uma fundamentação sólida em relação à sua posologia efetiva, que deveria depender do estado clínico da mulher e de avaliações clínicas durante o manejo do trabalho de parto. Em razão disso ressalta-se a necessidade premente de protocolos específicos e padronizados para a administração desse hormônio na prática obstétrica (Dos Santos et al., 2020).

Categoria 4 - Implicações da violência obstétrica na vida da mulher

Na categoria, implicações da violência obstétrica na vida da mulher observamos as consequências da violência obstétrica na vida dessas mulheres, evidenciada por relatos como.

“Minha mulher sofreu violência obstétrica, e é um trauma que ela jamais conseguiu se recuperar” (LRF).

“Sou mãe de três filhos. Fizeram uma episiotomia em mim, no meu último parto, há 4 anos. Após isso eu não consigo mais ter relação sexual pois arde e dói. Fazem 4 anos.” (MLB).

As repercussões na vida das mulheres identificadas concentram-se principalmente nas dimensões psicológicas, decorrentes do sofrimento e do medo originados pela carência de humanização durante atendimentos prestados em momentos de vulnerabilidade feminina. A escassez de informações acerca do tema durante o pré-natal influencia as experiências das gestantes, tornando-as mais propensas a enfrentar a violência obstétrica. A falta de preparo dos profissionais que acolhem as gestantes durante o pré-natal e o parto também é evidenciada, indicando a necessidade de capacitação das equipes nas unidades hospitalares (Oliveira; Leite; Moreira, 2023).

Além disso as intervenções podem gerar implicações físicas, como nos casos de episiotomia onde o corte muitas vezes é feito sem anestesia, sem o consentimento da mulher, demora a cicatrizar e pode deixar a região dessensibilizada ou hipersensibilizada. Outros riscos apontados são hemorragias, infecções, lesões nos órgãos reprodutivos, disfunções do pavimento pélvico e dores crônicas (Carnaval; Da Silva, 2021).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da caracterização dos relatos sobre violência obstétrica podemos observar as consequências negativas que essa prática traz as mulheres durante a experiência do trabalho de parto e concluir que o parto humanizado precisa ser difundido entre as gestantes e também entre os profissionais de saúde, rompendo assim o modelo tradicional de concepção por meio de medicamentos e intervenções desnecessárias. É importante perceber que o parto humanizado resgata não só o valor do parto como algo fisiológico, mas o respeito e a dignidade da mulher para poder tomar decisões em relação ao próprio corpo.

A partir da mudança na forma de se compreender a saúde da mulher, a atuação da equipe de Enfermagem nos âmbitos hospitalares, virão contribuir para a qualidade do tratamento prestado às mulheres. Compreender as escolhas da mulher parturiente, suas satisfações, frustrações, seus medos, suas dúvidas, ações que vão além do conceito de cuidado tradicional, mas que passam a trazer para a prática o cuidado diferenciado, acolhedor que remeterá a um posicionamento positivo frente ao tratamento recebido.

REFERÊNCIAS

- 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.
- ARAÚJO, Carlos Romualdo de Carvalho. Letramento em saúde de gestantes no contexto da estratégia Saúde da Família. 2022.
- BARREIROS, Eva Sofia Rodrigues. A manobra de Kristeller na voz das mulheres- Um estudo exploratório. 2021.
- BRANDT, Gabriela Pinheiro et al. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. 2018.
- CARNAVAL, Cristiane Aparecida Caruncho; DA SILVA, Tainá Helen. A violência obstétrica e suas consequências para as mulheres. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 7, p. 850-883, 2021.
- DA SILVA, Amanda Cristina; DOS SANTOS, Karoline Alves; DE PASSOS, Sandra Godoi. Atuação do enfermeiro na assistência ao parto humanizado: revisão literária. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 5, n. 10, p. 113-123, 2022.
- DE CAMPOS, Neusa Ferreira et al. A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 14, n. 1, p. 47-58, 2016.
- DE MEDEIROS MOURA, Rafaela Costa et al. Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 4, 2018.
- DE MORAES, Amanda Caroline Martins Machado et al. Parto e ocitocina: a violência obstétrica caracterizada pela imprudência. **Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 7, n. 12, p. 11-20, 2022.
- DE MOURA, José Wellington Silva et al. Humanização do parto na perspectiva da equipe de enfermagem de um Centro de Parto Normal. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 3, 2020.
- DE OLIVEIRA, Inara Natália Lemos; LEITE, Milena de Jesus Mota; MOREIRA, Diane Costa. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA VIDA DA MULHER. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 4, n. 6, p. e463307-e463307, 2023.
- DE OLIVEIRA, Denise Mary Costa et al. Indicadores de qualidade: papel do enfermeiro para evitar iatrogenias obstétricas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 6402-6410, 2021.
- DE SOUZA, Agnes Carolinne Alves; VALENTE, Márcio Bruno Barra. Violência Obstétrica: Um desafio para psicologia. **Revista Hum@ nae**, 2016.

DO NASCIMENTO, Evany Rosário et al. Desafios da assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE**, v. 6, n. 1, p. 141-141, 2020.

DOS SANTOS, Marciele Braga et al. Qualidade da assistência de enfermagem prestada à gestante de alto risco em âmbito hospitalar. **ScientiaTec**, v. 3, n. 2, p. 25-38, 2016.

ESTUMANO, Vanessa Kelly Cardoso et al. Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 7, n. 19, p. 83-91, 2017.

FÉLIX, Hevyllin Cipriano Rodrigues et al. Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, p. 335-341, 2019.

FERREIRA, J. B.; MARTINEZ, E. V.; CHAGAS, A. C. F. **Assistência de enfermagem no parto humanizado: uma revisão integrativa**. Enfermagem Obstétrica, Rio de Janeiro, 2018, 5. e95.

FRIGO, Jucimar et al. Assistência de enfermagem ea perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 761-766, 2013.

F. P. L., Diniz, C. S. G., & Schraiber, L. B. (2002). **Violence against women in health care institutions: an emerging problem**. *Lancet*, 359(11), 1681-1685. doi:10.1016/S0140-6736(02)08592-6

GARCIA, D., Díaz, Z., & Acosta, M. (2013). El nacimiento en Cuba: **análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica**. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(4), 718-732.

GOMES, Iris Elizabete Messa et al. Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. **Rev Enferm da UFSM**, v. 9, p. 61, 2019.

LEAL, M. C et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014.

LEÃO, Míriam Rêgo de Castro et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2395-2400, 2013.

LIMA, Geovana Albuquerque Félix de; LOPES, Maria Clara Aragão. Violência obstétrica: riscos do uso da manobra de kristeller rurante o parto. 2020.

MARQUES, A. S. **Assistência da Enfermeira do Trabalho de Parto Humanizado: Uma Revisão Integrativa**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

MATIAS, Thaís Gabriela da Cruz et al. Quando ir para a maternidade? Educação em saúde sobre o trabalho de parto. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 5478-5484, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PROGRAMA HUMANIZAÇÃO DO PARTO HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**. Editora MS, Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS). Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/cegonha>>. Acesso em: 30 out. 2022.

MUNIZ, B. & Barbosa, R. (2012). **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?** [Resumo]. In Memórias Convención Internacional de Salud Pública, Cuba Salud 2012. Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba.

O Enfermeiro na Assistência ao Parto Humanizado. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE, Recife, 2013.

OLIVEIRA FAM, LEAL GCG, WOLFF LDG, GONÇALVES LS. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. *Rev Gaúcha Enferm*. [online] 2015; 36:177-184. DOI: 10.1590/1983-1447.2015. esp.5694

PALMA, Carolina Coelho; DONELLI, Tagma Marina Scheiner. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, v. 48, n. 3, p. 216-230, 2017.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lôbo. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, p. 585-602, 2013.

RIBEIRO-FERNANDES, Cristiane Cremiude. Revisão de literatura: a lei do acompanhante-sua importância e descumprimento, 2019.

SANTOS, Kleviton Leandro Alves et al. Ocitocina sintética no trabalho de parto induzido e suas repercussões materno-fetais. **Diversitas Journal**, v. 5, n. 3, p. 1787-1804, 2020.

SILVA, Michelle Gonçalves da et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. 2014.

VALOIS, Rubenilson Caldas et al. Conhecimento dos riscos do parto cesáreo entre gestantes atendidas no pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 32, p. e1194-e1194, 2019.

VARGENS OMC, Quitete JB. **Power in obstetric nursing care: empowerment or submission of women users?** *Rev. enfermagem. UERJ* [Internet]. 2009 Sep [cited 2016 Nov 07]; 17(3):315-320

VENTURI G., Recamán, M., & Oliveira, S. (Orgs.). (2010). **Pesquisa mulheres brasileiras nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & sociedade**, v. 29, 2017.