



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

THAÍS ALESSANDRA ANDRADE SILVA OLIVEIRA
MILENA NAZARE MENESES SEAD

**A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA APLICAÇÃO DE MEDIDAS
PREVENTIVAS CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: revisão
narrativa da literatura**

THAÍS ALESSANDRA ANDRADE SILVA OLIVEIRA
MILENA NAZARE MENESES SEAD

**A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA APLICAÇÃO DE MEDIDAS
PREVENTIVAS CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: revisão
narrativa da literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Mestra. Rosângela de Aguiar
Rodrigues

Itaituba - PA

2024

OLIVEIRA, Thaís Alessandra Andrade Silva; SEAD, Milena Nazaré Meneses. A importância da enfermagem na aplicação de medidas preventivas contra a violência obstétrica: revisão narrativa da literatura/ Thaís Alessandra Andrade Silva Oliveira; Milena Nazaré Meneses Sead. Itaituba: FAI, 2024.

55 f.: il.

Orientador: Rosângela de Aguiar Rodrigues

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Itaituba, 2024.

1. Violência Obstétrica. 2. Humanização. 3. Enfermagem. 4. Parto Humanizado. I. Rodrigues, Rosângela de Aguiar. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2024.

THAÍS ALESSANDRA ANDRADE SILVA OLIVEIRA
MILENA NAZARE MENESES SEAD

**A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA APLICAÇÃO DE MEDIDAS
PREVENTIVAS CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: revisão
narrativa da literatura**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Mestra. Rosângela de Aguiar
Rodrigues

BANCA EXAMINADORA

Presidente/orientadora: _____ Nota: _____

Prof.^a Ma. Rosângela de Aguiar Rodrigues, Mestra.

Avaliador(a) 1: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Avaliador(a) 2: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Resultado: _____ Média: _____

Itaituba -PA: ____ de março de 2024.

“Dedicamos esse trabalho ao Senhor Jesus por ter nos mantido firmes nessa trajetória e a nossa família por sempre nos incentivar, e acreditarem em nosso potencial.”

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Senhor Jesus, por ter me dado: condições, força e sabedoria para não desistir no meio do caminho. Me guiando sempre para a melhor direção para que assim eu conseguisse alcançar o que tanto almejei.

Agradeço demais ao meu esposo **Jonilson Costa de Oliveira**, que foi, é, e sempre será meu maior incentivador. Nunca largou a minha mão mesmo quando eu pensava que não iria conseguir ou quando tive dificuldade de associar a vida de esposa, madrasta, filha, neta, bisneta; casa, trabalho e maternidade. Que com palavras sábias e abraços confortantes em meios aos turbilhões de sentimentos e as diversas dificuldades soube me: acolher, incentivar, motivar, me fortalecendo para não desistir, tendo sempre paciência e empatia. Deus não poderia ter me dado um par melhor para me completar, és um esposo: admirável, amigo, parceiro, companheiro e o melhor pai, sei que nosso pequeno terá muito orgulho de lhe ter como pai, obrigado por cuidar tão bem da gente.

E hoje vejo que a maternidade contribuiu muito para a minha vida, pois foi quando conheci o amor mais puro e incomparável, na qual pude ver uma força que nem eu sabia que eu tinha, melhorei como pessoa e amadureci ainda mais, pois ele se tornou o meu combustível diário, minha maior motivação para não desistir, por isso obrigado **Thaison Daniel Silva Oliveira**, você meu filho é perfeito!

À minha avó **Maria Lúcia Santana de Andrade** que se tornou meu braço direito nessa fase da maternidade, que sempre faz o seu melhor para o nosso príncipe, cuidando dele com muito carinho e amor. E ficando com ele desde novinho quanto eu ia para a faculdade, mesmo em meio ao cansaço do dia a dia, choros sem fim, minhas alterações de humor devido a adaptação, nunca nos abandonou, muito obrigado, a senhora é a melhor rede de apoio que eu poderia ter!

Ao meu pai **Fábio Alessandro Souza Silva** que sempre me apoia nas decisões da minha vida e sempre está presente quando eu preciso. Por isso sempre digo que Deus é perfeito, me presenteou com o melhor pai do mundo!

Ao meu irmão e à irmã **Artur Andrade Silva** e **Fabiana do Carmo Souza dos Anjos**, que sempre acreditaram muito no meu potencial. Sempre que precisavam de alguém para ajudá-los em questão de saúde se buscavam me comunicar, e isso é muito importante para mim, por saber que vocês já me tenham como referência de

uma profissional da saúde mesmo antes de encerrar a faculdade, agradeço a confiança.

À minha madrastra **Regina Pontile Dias**, que entrou nossa vida para adicionar unindo ainda mais como família e por ser uma enfermeira admirável e humanizada contribuiu bastante nessa minha trajetória acadêmica, pois é um exemplo de enfermeira a ser seguida.

À minha mãe **Joelma Santana de Andrade Carvalho**, pois ela a principal razão na qual escolhi esse curso, pois para estabelecer sua saúde exigia cuidados, amor e carinho e cabia à minha realizar essa tarefa. E foi, quando surgiu o desejo de exercer uma profissão que ajudasse outras pessoas a recuperar à saúde através de um cuidado sendo feito com amor.

Ao meu amigo **Gustavo Araújo Lima** que quando necessário largar tudo que está fazendo para estender a mão, além de possuir um carinho e cuidado enorme pelo meu príncipe. Amizade assim ultimamente é tão difícil de encontrar por isso se tornou parte da família.

À minha melhor amiga, parceira, dupla, **Milena Nazaré Meneses Sead**, uma amizade que literalmente aconteceu à primeira vista. Desde o nosso primeiro dia de aula já nos identificamos, e com o passar desses 5 anos compartilhamos: risadas, alegrias, tristezas e momentos únicos como (nascimento do meu príncipe e seu casamento), e sempre buscamos apoiar uma à outra, e eu sou muito grata por toda essa cumplicidade.

À minha orientadora **Rosângela de Aguiar Rodrigues** por aceitar esse desafio e por ser tão paciente conosco. Que apesar das nossas diversas misturas de emoções, sempre soube conduzir e nos incentivar a prosseguir com suas palavras e mensagens motivacionais, tornando essa fase mais fácil. Por isso, posso afirmar sem medo, que és uma orientadora fantástica, uma profissional admirável e uma pessoa maravilhosa, não poderia ter escolhido outra orientadora.

Thaís Alessandra Andrade Silva Oliveira

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, mesmo sabendo que todas as orações de agradecimento à Ele não serão suficientes para expressar o sentimento de felicidade e gratidão que carrego em meu coração. Agradeço suas bênçãos na minha vida durante esses 5 anos e oro para que continue guiando os meus passos.

Agradeço a minha mãe **Rosilene Ferreira Nazaré** a melhor técnica de enfermagem, minha maior inspiração que sempre me apoiou e me incentivou a lutar pelos meus sonhos, desde criança me mostrando que o estudo é a porta para o sucesso.

Ao meu marido **William Silva Sead** que sempre me apoiou e trabalhou incansavelmente para realizar o meu sonho, compreendendo minha ausência enquanto me dedicava para concluir a faculdade, essa vitória dedico a você.

Ao meu Irmão **Douglas Ferreira Nazaré** que sempre está ao meu lado me mostrando que sou muito mais capaz do que imagino.

Ao meu tio **Willami Ferreira Nazaré** pelos diversos conselhos e incentivo para estudar e ter uma profissão. À minha sogra **Maria Aparecida Costa Silva** e minha cunhada **Thais Silva Sead** que sempre torceram muito pelo meu sucesso e cuidaram de mim como uma verdadeira família.

A minha gatinha **Cenourinha Meneses Sead** minha filha e fiel companheira das madrugadas.

Aos meus amigos da faculdade **Antônio Erisnaldo da Silva Costa e Ingrid da Costa e Silva Ministro** que se tornaram importantes nessa jornada acadêmica.

A professora **Maria Bernadete dos Santos Coelho** por ter tornado o peso do aprender mais leve e divertido com suas aulas cheias de conhecimentos.

Ao meu supervisor de estágio **Osni Pereira Quintero** por repassar seus conhecimentos com humildade nas práticas.

À melhor orientadora de TCC **Rosângela de Aguiar Rodrigues** pelas excelentes orientações e por acreditar e apoiar na realização desse projeto.

Em especial a minha amiga **Thais Alessandra Andrade Silva Oliveira** por sentar-se ao meu lado no primeiro dia de aula e se tornado a melhor dupla, amiga e Irmã que alguém poderia ter na vida, me dando carona, me incentivando nas apresentações e me fazendo sorrir todos os dias ao longo desses 5 anos de estudos.

Milena Nazaré Meneses Sead

*“Para mudar o mundo, primeiro é
preciso mudar a forma de nascer”.*

(Michel Odent).

RESUMO

O momento do nascimento do bebê é um marco importante na vida das mulheres, marcando a transição para a maternidade. Passar por esse momento é uma vivência intensa, onde a mulher se depara consigo mesma, suas fraquezas e sua força interior. Infelizmente, quando essa experiência é desrespeitada ou violada, surge a violência obstétrica. Ao longo do tempo, o processo de dar à luz mudou, com a crescente medicalização e institucionalização do parto. A falta de humanização e preparo por parte dos profissionais de saúde também contribuem para situações de violência obstétrica. Essa violência pode se manifestar de diversas maneiras, desde a falta de informação e consentimento da mulher até insultos e agressões verbais durante o parto. O presente estudo teve como objetivo geral discutir de acordo com a literatura existente, a atuação do enfermeiro na prevenção da violência obstétrica, e como objetivos específicos: descrever os fatores que contribuem para ocorrência, identificar os principais tipos e seus danos e relatar as medidas preventivas para garantir um parto humanizado. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com enfoque exploratório e descritivo. Entre os tipos de violência obstétrica identificados estão a falta de informação durante o pré-natal e puerpério, a proibição do acompanhante, violência física, falta de privacidade, realização de procedimentos traumatizantes sem consentimento, entre outros. Medidas preventivas incluem uma escuta qualificada, esclarecimento sobre os procedimentos durante o parto e humanização do cuidado, valorizando as mulheres e respeitando suas individualidades. Uma limitação do estudo foi a escassez de publicações sobre a atuação do enfermeiro na prevenção da violência obstétrica e a falta de estudos demonstrando o impacto positivo das ações preventivas. Espera-se que esse estudo contribua para a melhoria do cuidado prestado pelas enfermeiras às gestantes e bebês, incentivando mudanças necessárias para evitar a violência obstétrica e promover um parto mais humanizado.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Humanização. Enfermagem. Parto Humanizado.

ABSTRACT

The moment a baby is born is an important milestone in women's lives, marking the transition to motherhood. Going through this moment is an intense experience, where the woman comes face to face with herself, her weaknesses and her inner strength. Unfortunately, when this experience is disrespected or violated, obstetric violence arises. Over time, the process of giving birth has changed, with the increasing medicalization and institutionalization of childbirth. The lack of humanization and preparation on the part of health professionals also contributes to situations of obstetric violence. This violence can manifest itself in different ways, from the woman's lack of information and consent to insults and verbal aggression during childbirth. The present study had the general objective of discussing, according to the existing literature, the role of nurses in preventing obstetric violence, and specific objectives: describing the factors that contribute to the occurrence, identifying the main types and their damages and reporting preventive measures to guarantee a humanized birth. This is a narrative review of the literature, with an exploratory and descriptive focus. Among the types of obstetric violence identified are the lack of information during prenatal and postpartum periods, the prohibition of companions, physical violence, lack of privacy, carrying out traumatic procedures without consent, among others. Preventive measures include qualified listening, clarification on procedures during childbirth and humanization of care, valuing women and respecting their individualities. A limitation of the study was the scarcity of publications on nurses' role in preventing obstetric violence and the lack of studies demonstrating the positive impact of preventive actions. It is hoped that this study will contribute to improving the care provided by nurses to pregnant women and babies, encouraging necessary changes to avoid obstetric violence and promote a more humanized birth.

Keywords: Obstetric Violence. Humanization. Nursing. Humanized Childbirth.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização das práticas maléficas e benéficas de intervenções durante o trabalho de parto.	31
Quadro 2 - Síntese das principais informações dos artigos, quanto à autoria, ano de publicação, título da obra e resultados.	35
Quadro 3 - Síntese descritiva das publicações selecionadas para a revisão dos principais resultados de tipos de violência obstétrica e seus danos, 2024, Itaituba Pará, Brasil.	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde.
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem.
LILACS	- Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
MS	- Ministério da Saúde.
OMS	- Organização Mundial da Saúde.
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde.
PHPN	- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.
REUSFM	- Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
SCIELO	- Scientific Electronic Library Online.
SUS	- Sistema Único de Saúde.
TP	- Trabalho de Parto.
UNICEF	- Ministério da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 A HISTÓRIA DO PARTO	16
2.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITO	18
2.3 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	20
2.3.1 Toques excessivos	20
2.3.2 Manobra de Kristeller	20
2.3.3 Episiotomia	21
2.3.4 Cesárias desnecessárias	23
2.3.5 Negar o contato pele a pele	24
2.3.6 Restrição de posição no parto	25
2.3.7 Negar o direito ao acompanhante	25
2.3.8 Uso rotineiro de ocitocina	26
2.3.9 Restrição hídrica e alimentar	27
2.3.10 Ausência de esclarecimento e permissão da parturiente	28
2.4 PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN)	28
2.5 A ENFERMAGEM HUMANIZADA DENTRO DO PARTO HUMANIZADO	29
2.5.1 Práticas durante o trabalho de parto: benéficas e maléficas	30
3 METODOLOGIA	32
3.1 TIPO DE ESTUDO	32
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	32
3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS	33
3.4 INCLUSÃO E EXCLUSÃO	33
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	33
4 RESULTADO E DISCUSSÃO	35
4.1 FATORES QUE CONTRIBUEM PARA OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	37
4.2 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SEUS DANOS	39
4.3 MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	43
4.4 PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO AO PARTO HUMANIZADO	45
5 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é visto como um marco significativo na vida das mulheres, marcando a transição para um novo papel social: o de ser mãe. No entanto, para abraçar a maternidade, é preciso passar pela experiência do parto. Esse evento em si não é trivial, pois abrange uma série de fases na vida da mulher, desde a gravidez, passando pelo trabalho de parto e pós-parto, e engloba aspectos psicológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais, que podem despertar emoções contraditórias como medo, ansiedade, estresse, insegurança, alegria, expectativa e empolgação (MATOS; MAGALHÃES; CARNEIRO, 2021).

Lima *et al.* (2022) esclarecem que a chegada de um bebê é um acontecimento que abrange aspectos fisiológicos, emocionais e sociais. Fisiológico devido ao funcionamento natural do corpo feminino, que facilita o nascimento vaginal dos bebês de maneira espontânea; emocional porque o parto traz consigo uma mistura de medos, angústias, alegrias, incertezas e inseguranças, sendo um momento em que a mulher se vê diante de si mesma, enfrentando seus próprios dilemas e descobrindo sua própria força. E, por fim, social, pois engloba não apenas as famílias e suas próprias narrativas, mas também a sociedade como um todo.

Quando ocorre o desrespeito ou violação de qualquer um desses momentos, é caracterizado como violência obstétrica, na qual foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2014. Esse tipo de violência abrange uma série de agressões contra mulheres grávidas, durante o pré-natal, parto, pós-parto e também em casos de aborto. Inclui desde abusos verbais, limitação da presença de acompanhantes, procedimentos médicos não autorizados, invasão de privacidade, negativa de analgésicos, até violência física, entre outras formas (BERNARDO *et al.*, 2020).

Essa afirmação foi confirmada em um estudo realizado por Andrade *et al.* (2016) no território brasileiro, apresentando números preocupantes sobre as intervenções vivenciadas pelas mulheres, sendo relatado pela maioria delas que passaram por algum procedimento durante o processo de parto.

A ajuda oferecida para as mulheres durante o processo de parto mudou bastante ao longo dos anos (SANTOS, 1998). Antigamente, até cerca do século XIX, os partos eram feitos em casa, com a ajuda de parteiras que buscavam tornar o momento agradável e tranquilo. No entanto, a partir do século XX, com a introdução

do parto institucionalizado e sua medicalização, juntamente com os avanços da tecnologia e a evolução da medicina fetal, a Obstetrícia se tornou um campo de conhecimento médico. Observa-se que, embora o surgimento de novas técnicas e descobertas tenha melhorado as condições dos partos, por outro lado, houve uma desumanização do processo de nascimento, com relatos de experiências desrespeitosas e abusivas (PÉREZ; OLIVEIRA; LAGO, 2015).

Araújo *et al.* (2013), em seus estudos, demonstra que o parto normal pode ocorrer de forma natural para a maioria das mulheres, com apenas algumas podendo enfrentar complicações. No entanto, apesar desse dado positivo, estatísticas revelam que cerca de 25% das mulheres brasileiras que passaram por partos normais relataram ter sofrido violência obstétrica, sentindo-se desrespeitadas por profissionais de saúde. Isso as expõe a tratamentos desumanizados, envolvendo procedimentos dolorosos, constrangedores e uso de medicamentos desnecessários. Dessa forma, o processo de parto natural é muitas vezes substituído por intervenções patológicas, resultando em atitudes abusivas em relação ao bem-estar psicológico das mulheres (ANDRADE *et al.*, 2016).

A violência no parto é um problema antigo, surgindo quando as mulheres passaram a ter seus filhos em hospitais, em vez de em casa com parteiras. Embora pouco conhecido, o termo está se tornando mais amplamente difundido devido à disseminação das redes sociais na era digital. Cada vez mais, vê-se relatos de mulheres e mães que afirmam ter sido vítimas desse tipo de violência durante o parto (TESSER *et al.*, 2015).

As ações realizadas com as mulheres grávidas não devem prejudicar sua saúde física e mental, visando protegê-las de possíveis consequências negativas no futuro. É importante compreender que as mulheres já passam por momentos difíceis naturalmente em suas vidas, portanto, a alegria de dar à luz não deve ser associada ao medo, à dor ou à insegurança (FONSECA; ANDRADE; SILVA, 2021).

A presença desses comportamentos considerados descuidados e incompetentes dos profissionais da área da saúde é amplamente constatada em diferentes localidades do território brasileiro, onde muitas mulheres denunciam os casos de abuso cometidos por esses profissionais e que se enquadram de maneira precisa nos critérios do que se denomina como violência obstétrica (SILVA, 2022).

Deste modo, ao analisar a situação da violência obstétrica, é crucial transformar essa realidade, promovendo a humanização do atendimento às mulheres grávidas,

com mudanças no ambiente e nas práticas dos profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros. Por isso, o Ministério da Saúde (MS) propõe a implementação da Rede Cegonha, que visa oferecer um cuidado humanizado às gestantes, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e neonatal, promovendo a educação em saúde, garantindo o direito ao planejamento familiar e proporcionando um parto humanizado, além de lidar com questões relacionadas ao aborto e ao período pós-parto (SENA; TESSER, 2017).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), enfatiza que a essência da humanização está em acolher a gestante de forma positiva, desde o pré-natal até o puerpério, com foco na assistência humanizada durante o parto e nos cuidados neonatais. Isso é priorizado para garantir um parto e puerpério adequados (BRASIL, 2002).

A Legislação referente à prática profissional número 7498, estabelecida em 25 de junho de 1986, assegura que os enfermeiros possam prestar assistência direta às mulheres durante o trabalho de parto e parto. Portanto, é fundamental que os enfermeiros forneçam cuidados completos, empáticos e que evitem procedimentos desnecessários durante o processo de nascimento, a fim de prevenir possíveis atos de violência obstétrica (BRASIL, 2017).

Diante disso essa pesquisa traz como objetivo geral discutir de acordo com a literatura existente, a atuação do enfermeiro na prevenção da violência obstétrica, e como objetivos específicos: descrever os fatores que contribuem para ocorrência, identificar os principais tipos e seus danos e relatar as medidas preventivas. Nesse cenário obstétrico, a questão norteadora para essa pesquisa foi a seguinte: qual o papel do enfermeiro na promoção ao parto humanizado?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A HISTÓRIA DO PARTO

De acordo com Souza *et al.* (2020), a vivência do nascimento era considerada um momento significativo na trajetória das mulheres, marcando a transição para um novo papel social: a maternidade. As parteiras batalhavam para garantir que esse instante fosse acolhedor e feliz. Tradicionalmente, eram mulheres responsáveis por realizar partos em outras mulheres, até o final do século XIX.

Posteriormente, o parto passou a ser medicalizado, transformando uma experiência vista como feminina e natural em um procedimento médico repleto de intervenções. Esse modelo, conhecido como tecnocrático, resultou na perda de autonomia da mulher, com todo o processo sendo controlado pelos médicos (ZANARDO *et al.*, 2017).

Conforme Ferreira, Silva e Pereira (2020), as parteiras ou comadres detinham um conhecimento tradicional acerca do corpo e do ato de dar à luz, o que levava a maioria dos partos a acontecerem na residência da família, proporcionando maior comodidade à parturiente. Naquela época, era considerado embaraçoso para uma mulher dar à luz com a assistência de um médico, pois eles eram vistos como insensíveis diante da dor e eram procurados somente em situações de emergência.

No entanto, a prática médica evoluiu de uma experiência espiritual e cotidiana para um conhecimento científico e, principalmente, para uma elite. Progressivamente, as mulheres começaram a frequentar os hospitais, com a falsa crença de que sua dor e a mortalidade neonatal seriam reduzidas. Apesar de receberem cuidados de profissionais com embasamento científico, o modelo atual de parto é desencorajador, pois eram tratadas como mero instrumento no processo de dar à luz seu filho, sem consideração às suas necessidades e frequentemente sofrendo violações de sua integridade física e moral (CUNHA, 2015).

Existem diversos conceitos em relação às práticas ao redor do mundo, dentre eles um se destaca na Lei Orgânica que trata dos direitos das mulheres, descrevendo de forma básica o processo de parto como um atendimento cruel, com uso abusivo de remédios que tornam o parto algo patológico. Isso acaba resultando em gestantes e parturientes perdendo seu poder de decisão e liberdade sexual, sendo tudo consequência de um atendimento deficiente por parte dos profissionais de saúde.

Esses profissionais acabam se apropriando dos corpos e dos processos reprodutivos de suas pacientes (PAULA *et al.*, 2020).

Frente a um atendimento inadequado, os efeitos deixados são evidentes, impactando diretamente a vida da mulher. As lesões físicas resultantes são diversas, incluindo cicatrizes, hemorragias, complicações pós-cesárea e infecções, podendo até mesmo levar à morte, sem contar as marcas que ultrapassam o corpo, como os traumas, sentimentos de inadequação, medo, vergonha e possíveis transtornos mentais. Dessa forma, é possível constatar que a violência contra a gestante se torna uma tragédia para a saúde pública, já que tais atitudes violentas vão de encontro a ela, que luta pela prevenção (SANTOS, 2016).

Por causa da persistência desses atos violentos ao longo do tempo, eles foram absorvidos pela consciência coletiva a ponto de algumas vítimas de violência os considerarem normais e passarem a ignorá-los. Embora não haja uma legislação específica sobre violência obstétrica no Brasil, é possível reverter esse cenário por meio da adoção efetiva do parto humanizado, visando assegurar os direitos básicos das mulheres em trabalho de parto (CUNHA, 2015).

As consequências podem ser altas em relação a tais procedimentos, como: deslocamento de placenta, risco de infecções, traumas encefálicos e traumas encefálicos. No Brasil, em uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, de 2010, constatou que entre quatro mulheres uma mulher relata ter sofrido alguma violência obstétrica durante o parto. Nos quais: procedimentos sem autorização, falta de informação, gritos, negligência e falta de analgesia foram detectados como os mais frequentes, se tornando assim uma questão de saúde pública (BRASIL, 2022).

Por essa razão, as consultas de pré-natal são fundamentais para promover ações educativas e compartilhar informações. A consulta não se limita a um simples atendimento, é uma oportunidade de preparar e assegurar que a gestante esteja preparada para dar à luz com segurança (MONTEIRO *et al.*, 2020).

Por isso, é importante que a equipe de enfermagem alerte as gestantes sobre os perigos da violência obstétrica, o que auxilia na transformação do modelo de assistência e na redução da morbimortalidade materna-infantil. Assim, garante que gestantes e futuras mães tenham suas dúvidas esclarecidas e seus direitos respeitados (MONTEIRO *et al.*, 2020).

Durante o período pré-natal, o parto e após o nascimento, a mulher passa por uma fase única na vida e precisa contar com o apoio de profissionais de saúde

qualificados, comprometidos com a fisiologia do parto e respeitosos com a gestação, o parto e a amamentação como processos naturais e sociais. Infelizmente, muitas vezes essas experiências são recordadas como momentos marcados por violência, desrespeito e agressão por parte daqueles responsáveis por prestar cuidados (SOUZA *et al.*, 2016).

A dor do parto é parte da condição humana e está diretamente ligada à capacidade do ser humano de trazer uma nova vida ao mundo. Além da dor física, a lembrança de uma agressão durante o parto permanece na mente da vítima como um evento traumático e desagradável. O momento do parto deveria ser celebrado e lembrado com alegria pelas mulheres, sendo tratado com respeito e humanização por parte dos profissionais de saúde (BRANDT *et al.*, 2018).

No decorrer do tempo, foram desenvolvidos diversos métodos de parto: cesariana, fórceps, parto normal, com a presença de um profissional de saúde qualificado médico e/ou enfermeiro obstétrico para auxílio, a adoção de técnicas assépticas, medicamentos e procedimentos que facilitam o nascimento. Essa introdução de tecnologias trouxe algumas vantagens, entretanto contribui para a perda da humanização do parto e abre espaço para a ocorrência de abusos obstétricos (MOURA *et al.*, 2018).

Dessa forma, a violência obstétrica abrange todas as formas de violência sofridas pela parturiente durante o trabalho de parto, pós-parto e aborto. Para muitas mulheres, o momento do parto se torna uma experiência dolorosa e traumática, com inúmeras intervenções e direitos desrespeitados (BRANDT *et al.*, 2018).

2.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITO

O conceito de violência pode abarcar desde um ato de violência até formas de mau tratamento, tais como abuso verbal, psicológico e emocional. No contexto conjugal, isso se manifesta frequentemente por meio de abusos, como forçar a parceira a ter relações sexuais contra a sua vontade, isolar socialmente ao proibir o uso de meios de comunicação e acesso aos serviços de saúde, e também por meio de intimidação. No ambiente de trabalho, é comum observar casos de assédio moral (SACRAMENTO; REZENDE, 2006).

De acordo com a OMS, a violência é caracterizada como utilização proposital da força ou do poder com o intuito de ameaçar ou prejudicar fisicamente, mentalmente

ou emocionalmente a si mesmo, a outras pessoas, grupos ou comunidades, podendo resultar em lesões, morte, trauma psicológico, alterações no desenvolvimento ou privações (BRASIL, 2002).

A violência obstétrica está ligada a atos cometidos por profissionais de saúde que desrespeitam o corpo e os processos reprodutivos femininos, sendo praticada por meio da medicalização, falta de empatia na assistência, abusos e intervenções excessivas, resultando na transformação patológica da gestação (ANDRADE; AGGIO, 2020).

A agressão obstétrica é um fenômeno presente há séculos, desde que as mulheres passaram a dar à luz em hospitais com ajuda de profissionais de saúde. Mesmo sendo um termo recente e pouco conhecido, com a popularização da internet, tem ganhado destaque nas redes sociais (como por exemplo: blogs, facebook, etc.). Cada vez mais, aumenta os relatos de mulheres e mães que afirmam terem sido vítimas de abuso durante o parto (TESSER *et al.*, 2015).

Desde o reconhecimento dessa violação à mulher, um termo tem sido amplamente utilizado para descrever a apropriação do corpo feminino e sua autonomia reprodutiva durante o processo pré-parto, parto e pós-parto por profissionais de saúde. Esse termo denota comportamentos desumanizados, procedimentos dolorosos ou embaraçosos, uso de drogas desnecessárias e atitudes abusivas em relação ao estado psicológico das mulheres, transformando o nascimento em um processo patológico e desviando da abordagem natural (TEIXEIRA; PEREIRA, 2015).

Diversas formas de violência obstétrica são identificadas, incluindo a falta de consentimento e orientação clara da equipe médica sobre os procedimentos realizados, assim como ofensas verbais que inibem a mulher de expressar suas sensações.

Além disso, há casos de recusa de admissão, proibição de acompanhantes, tricotomia sem necessidade, uso excessivo de ocitocina, restrição de comida e água, limitação de movimentos, exames vaginais sem justificativa, falta de opções para alívio da dor, cesarianas sem consentimento, entre outros procedimentos invasivos. Tais práticas podem causar danos físicos, mentais e emocionais duradouros (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

2.3 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Marques e Alburquerque (2022), sintetizam os relatos de vários autores, identificando a falta de consenso do termo violência obstétrica, classificam diversas nomenclaturas como condutas violentas, tais práticas são encontradas na literatura como cuidados abusivos e desrespeitosos, não obstante, todas elas referem-se à violência durante a gestação, parto ou pós-parto, e pode apresentar-se de diversas formas no contexto da assistência.

2.3.1 Toques excessivos

Para o cuidado humanizado à parturiente, faz-se necessário seguir o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, evitando as intervenções desnecessárias entre elas a prática de toques repetidos por diversos profissionais. Para avaliar a evolução do parto é importante a aferição pelo mesmo profissional. Qualquer que seja a conduta adotada, o toque vaginal deve ser evitado até que a gestante esteja em franco trabalho de parto, para minimizar os riscos de infecção ovular e puerperal (BRASIL, 2016).

Recomenda-se realizar um toque vaginal em intervalos de quatro horas para avaliação de rotina e identificação do prolongamento do trabalho ativo (BRASIL, 2018).

2.3.2 Manobra de Kristeller

As Intervenções como a técnica de Kristeller, são empregadas para agilizar o parto, contudo, não levam em consideração o ritmo natural do processo. Com frequência, são reflexo da pressa por parte dos especialistas (PEREIRA *et al.*, 2016).

A técnica denominada Manobra de Kristeller, a qual já foi proibida pelo Ministério da Saúde e pela OMS, é considerada agressiva por consistir na pressão realizada na região superior do útero com o intuito de acelerar o nascimento do bebê, o que pode acarretar danos graves. De acordo com o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê, elaborado em conjunto pelo Ministério Público, Ministério da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), fica estabelecido que não se deve de forma alguma empurrar a região abdominal da gestante para facilitar a saída

do bebê (Manobra de Kristeller), visto que tal prática expõe tanto a mulher quanto o bebê a perigos.

Nas palavras de Leal *et al.* (2014), não há comprovação dos benefícios do uso da pressão no fundo uterino. Os possíveis riscos dessa técnica incluem ruptura uterina, lesão do esfíncter anal, fraturas no recém-nascido e danos cerebrais. O procedimento de Kristeller gera desconforto significativo na mulher, uma vez que a pressão exercida sobre o abdômen é imprevisível, levando a um aumento nas taxas de laceração do períneo e na realização de episiotomia (CARVALHO, 2014).

Dessa forma, é importante destacar que há diversas técnicas simples que podem auxiliar sem comprometer a saúde da mulher em trabalho de parto e do seu bebê. Uma das práticas mais benéficas durante o trabalho de parto é a mudança de posição pela gestante, permitindo que ela se movimente e aproveite a gravidade a seu favor. Essa posição vertical auxilia a parturiente a empurrar corretamente e contribui para a descida do bebê, além de possibilitar que ela encontre posições mais confortáveis para lidar com as contrações (BRASIL, 2016).

Outra medida eficaz é caminhar durante o trabalho de parto, favorecendo o processo de dilatação e acomodação do bebê no canal de parto graças à influência da gravidade. Portanto, é recomendável evitar posições horizontais e respeitar o funcionamento natural do corpo da mulher, sem intervenções desnecessárias, dando-lhe a liberdade de se posicionar de maneira confortável e favorável ao parto (BRASIL, 2016).

2.3.3 Episiotomia

De acordo com Zanetti *et al.* (2009) a incisão do períneo, também conhecida como episiotomia, é uma intervenção cirúrgica comum na área da obstetrícia para ampliar a abertura vaginal. Geralmente feita com o uso de tesoura ou bisturi, a incisão precisa ser suturada após o procedimento. Durante a aplicação de uma episiotomia, é comum que a epiderme, a mucosa, o músculo transverso superficial do períneo e o músculo bulboesponjoso sejam cortados (SANTOS *et al.*, 2008).

Inicialmente adotada com o intuito de evitar uma lesão grave ou um possível enfraquecimento irreversível na região pélvica, a episiotomia passou a ser empregada de maneira preventiva, visando reduzir a morbimortalidade infantil e problemas

ginecológicos, como retocele, cistocele e perda de tonicidade na musculatura pélvica (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005).

Acreditava-se que o procedimento de corte evitava a quebra das fibras musculares presentes no assoalho pélvico, no entanto, pesquisas mostraram que, na verdade, a perineotomia acaba lesionando diversos tecidos, tais como músculos, nervos, vasos sanguíneos, mucosa e pele (CARVALHO; SOUZA; FILHO, 2010).

Segundo a pesquisa feita no Brasil (2016), a partir de 1996, quando foi lançado o Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento pela OMS, tem havido uma reflexão sobre os benefícios da realização sistemática desse procedimento, e os motivos que justificam sua utilização apenas em casos selecionados parecem mais convincentes.

Atualmente, a OMS estima que apenas cerca de 15% dos partos vaginais precisem de episiotomia. Quando se discute sobre a episiotomia, percebe-se que, apesar de ser um procedimento cirúrgico comum em mulheres saudáveis, é realizado sem consentimento prévio, sem a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sem explicação adequada à gestante sobre suas razões, riscos e benefícios, mesmo que as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal determinem que essa informação seja fornecida (KÄMPF; DIAS, 2018).

Oliveira e Miquilini (2005), discorre que a prática da episiotomia além de não prevenir os danos futuros no assoalho pélvico, pode agravá-los, aumentando ainda mais o risco de perda de sangue. Carvalho, Souza e Filho, (2010), concordam que qualquer intervenção cirúrgica, a episiotomia pode acarretar complicações, tais como agravamento da lesão perineal, sangramento, inchaço, infecção, acúmulo de sangue, dificuldade de relação sexual, desconforto pós-parto e rejeição por parte da mãe ao recém-nascido devido ao sofrimento.

Por conseguinte, ao remover a mulher grávida das tomadas de decisão anteriores e durante o parto, está-se reforçando a alienação do corpo feminino, passando ao profissional médico a autoridade de determinar o que acontecerá com a paciente (MORAES; LAGO, 2022).

Atualmente, para Pena e Gomes (2016) muitos estudos estão sendo divulgados em relação à eficácia e importância dessa prática, bem como seu impacto na facilitação do parto e na redução de riscos para o bebê e a mãe. A OMS, explica que o uso da episiotomia de forma rotineira apresenta desvantagens quando comparado

ao uso restrito, tais como menor risco de trauma no períneo posterior, menor necessidade de sutura e menor incidência de complicações na cicatrização.

Pena e Gomes (2016) comentam ainda que em relação à prevenção de lacerações graves, estudos indicam que não há diferença significativa entre episiotomias rotineiras e restritas, nem em relação a dispareunia e dores intensas. Por outro lado, a episiotomia restrita pode aumentar o risco de trauma no períneo anterior. Portanto, a OMS considera que sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto ou ameaça de lacerações de terceiro grau são motivos válidos para realização da episiotomia.

Dessa forma, Beleza *et al.* (2012) ressaltam a importância da dor e das restrições por ela provocadas no pós-parto por não receberem a devida atenção por parte dos profissionais de saúde, os quais priorizam os cuidados com o neonato em detrimento dos cuidados com a mãe. Esse cenário pode impactar negativamente a qualidade de vida da mulher no puerpério, uma vez que as restrições causadas pela dor influenciam em sua capacidade de se movimentar.

Com base no Código de Ética Médica do Brasil em 2019, o artigo 31º afirma que é proibido ao médico desrespeitar a autonomia do paciente ou de seu representante legal para decidir livremente sobre procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, a menos que haja risco iminente de morte. Além disso, o artigo 34º estabelece que é proibido omitir do paciente informações sobre diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, exceto se a comunicação direta puder causar danos, nesse caso, a informação deve ser fornecida ao representante legal (BRASIL, 2017).

Portanto, é crucial que as pacientes tenham conhecimento de seus direitos, visto que muitas desconhecem a finalidade da episiotomia e os riscos envolvidos quando realizada sem necessidade. Por último, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, não recomendam a realização habitual da episiotomia (BRASIL, 2017).

2.3.4 Cesárias desnecessárias

Nosso país detém a liderança global em procedimentos cirúrgicos de cesariana, representando 56% do número total de nascimentos, ao passo que a OMS sugere um índice de apenas 15%. Esse elevado percentual, caracterizado como uma epidemia

no território nacional, acarreta graves perigos à saúde da mãe e do bebê, estabelecendo uma conexão direta com a elevação das taxas de doenças e mortes maternas e neonatais (RIBEIRO, 2016).

Para o neonato, apesar de todo avanço no campo cirúrgico, a realização de operações cesarianas desnecessárias contribui para o aumento das morbidades neonatais, incluindo a prematuridade, pois nem sempre houve a maturidade fetal completa, devido a falhas no cálculo da idade gestacional e ao agendamento precoce desse tipo de parto (BRASIL, 2011).

Uma associação com maior ocorrência de problemas respiratórios como taquipnéia, síndrome de insuficiência respiratória, hipertensão pulmonar persistente; necessidade de oxigênio e ventilação mecânica foi observada quando comparados com os neonatos nascidos de parto vaginal (WERNER *et al.*, 2012; HANSEN *et al.*, 2008; BRASIL, 2011).

Infecções e aumento do número de internações em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal também foram verificados. Além do impacto na morbimortalidade materna e neonatal, a cesárea pode afetar outros aspectos como a formação do vínculo materno-infantil, o setor econômico, devido aos gastos hospitalares e o futuro reprodutivo da mulher (BRASIL, 2011).

Frente à recomendação de uma cesariana, uma medida significativa para diminuir a sua frequência sem acréscimo na morbidade das mães e dos bebês é buscar uma segunda avaliação. A análise de outro especialista pode ser essencial para questionar a necessidade de determinadas indicações que, por vezes, são consideradas dispensáveis (HADDAD; CECATTI, 2011; GAMA *et al.*, 2014).

2.3.5 Negar o contato pele a pele

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), identifica que essa proximidade é estabelecida logo após o nascimento e tem se revelado benéfica, principalmente em bebês prematuros, pois ajuda no começo e na continuidade da amamentação, promove a estabilização de sinais vitais, como batimentos cardíacos, níveis de glicose, e auxilia no desenvolvimento de uma flora intestinal saudável (BRASIL, 2022).

Durante o parto e nascimento, a equipe de enfermagem tem a responsabilidade de dar apoio à mãe, garantindo um ambiente calmo e tranquilo. É importante ajudar a

mulher a encontrar uma posição confortável, ficar atenta ao bebê recém-nascido, incentivar a confiança materna e evitar pressionar a amamentação. Neste momento especial, o bebê deve explorar o corpo da mãe, criando um laço único. O contato pele-a-pele logo após o nascimento transmite tranquilidade e segurança para a mãe, que pode cuidar, segurar e acalmar o bebê, aliviando toda a ansiedade e curiosidade (MATOS *et al.*, 2010).

2.3.6 Restrição de posição no parto

Segundo a Portaria de número 1.067 de 2005, é preciso respeitar a decisão da mulher em relação ao local e à posição do parto, incentivando também a utilização de posições não-supinas ao longo do trabalho de parto. Apesar disso, a posição supina ainda é a mais comum devido à prevalência do conforto e da conveniência médica em detrimento do bem-estar da parturiente. Essa posição facilita a visualização da vagina pelo médico e permite intervenções mais eficazes, conforme destacado (BRASIL, 2005).

2.3.7 Negar o direito ao acompanhante

É de extrema importância contar com uma pessoa de confiança durante o parto, pois isso traz mais tranquilidade e segurança para a mulher, resultando em um processo mais ágil e com menos intervenções desnecessárias. O direito é assegurado pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, e garante com que as gestantes tenham um acompanhante durante todo o processo de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme o artigo 19º - J da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Os estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sejam eles próprios ou conveniados, devem permitir a presença de 1 (um) acompanhante ao lado da mulher em todo o decorrer desses momentos (BRASIL, 2005).

A norma foi essencial para evidenciar a relevância do bem-estar da parturiente, porém, não é efetivada pelas entidades e pelos profissionais. Mesmo sendo uma diretriz oficial do Ministério da Saúde, a implementação da presença de um acompanhante durante o parto humanizado enfrenta obstáculos. As unidades de saúde apontam a limitação de recursos nos hospitais que impossibilitam a entrada de

muitas pessoas na sala, bem como a falta de capacitação da equipe para lidar com essa situação (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

2.3.8 Uso rotineiro de ocitocina

De acordo com Cunha (2015), quando a mulher grávida chega ao hospital ou maternidade, é comum que logo seja feita a inserção de um soro intravenoso, com o objetivo de garantir a sua hidratação e facilitar a administração de possíveis medicamentos. No entanto, essa prática pode se tornar um incômodo para a gestante, uma vez que dificulta sua mobilidade e relaxamento, causando desconforto. A inserção do soro intravenoso é considerada desnecessária em partos naturais, mas devido ao alto número de intervenções realizadas hoje em dia, tornou-se uma prática comum, principalmente no uso de ocitocina sintética.

A reação do útero à ocitocina durante a fase de dilatação ocorre rapidamente. É fundamental enfatizar a importância crucial de monitorar de perto a perfusão, verificando regularmente a taxa de gotejamento, que deve ser ajustada continuamente; é essencial verificar repetidamente a frequência e duração das contrações, além de auscultar atentamente os batimentos cardíacos fetais (REZENDE; MONTENEGRO, 2017).

Nas palavras de Cunha (2015), sempre que uma mulher entra em trabalho de parto, seu próprio corpo começa a produzir a quantidade necessária de ocitocina para ajudar no processo. Existem situações em que o trabalho de parto não progride naturalmente e a administração intravenosa pode ser uma opção de intervenção para garantir a segurança da mãe e do bebê.

No entanto, é preocupante que o uso da ocitocina tenha se tornado algo rotineiro, sendo muitas vezes utilizada de forma desnecessária para induzir o parto. Isso muitas vezes causa sofrimento às mulheres e parece ser realizado apenas pela conveniência da equipe médica para acelerar o processo de trabalho de parto. Isso pode ser considerado um ato de violência. A ocitocina acelera o trabalho de parto ao aumentar a intensidade e a frequência das contrações uterinas (REZENDE; MONTENEGRO, 2017).

É fundamental assegurar a saúde do feto antes de iniciar o parto, utilizando métodos como cardiotocografia, dopplerfluxometria ou perfil biofísico fetal. Em situações de baixo risco, é aconselhável realizar ausculta fetal de forma intermitente

durante o trabalho de parto, por outro lado, em casos de alto risco, é preferível optar pela cardiocotografia contínua (SOUZA *et al.*, 2010).

Na pesquisa realizada pelo Nascer no Brasil em 2014, foi constatado que a ocitocina é utilizada em 38,2% dos partos de baixo risco obstétrico, em 33,3% dos partos de risco obstétrico e em 36,4% de todos os partos. A partir desses dados, percebe-se que o uso desse medicamento é consideravelmente alto, o que revela a falta de valorização e o tratamento desrespeitoso em relação às mulheres.

Souza *et al.* (2010), destacam que as complicações da indução com ocitocina incluem infecções, prolapso de cordão umbilical, prematuridade iatrogênica, sofrimento fetal ou até mesmo a morte do feto, além da falha na indução. É fundamental adotar medidas preventivas para evitar complicações mais graves, incluindo a informação clara para a gestante sobre os procedimentos, seus riscos e benefícios.

2.3.9 Restrição hídrica e alimentar

Durante o trabalho de parto há um grande gasto de energia devido às contrações do útero, que muitas vezes se estendem por várias horas. Por isso, é recomendável que a mulher se alimente de forma leve, com frutas e cereais, e mantenha-se hidratada para equilibrar a perda de líquidos pelo suor, o que facilitará o processo de parto. Infelizmente, é comum nas instituições de saúde restringir a alimentação e a ingestão de líquidos das gestantes, visando prepará-las para possíveis intervenções e anestésias. No entanto, manter as mulheres com fome e sede não é necessário, uma vez que apenas 10% dos partos realizados são cesáreas não eletivas (BRASIL, 2002).

De acordo com a pesquisa sobre a ingestão de líquidos durante o trabalho de parto feita por Jesus *et al.* (2010), constatou-se que quando questionadas se sentiam sede durante o trabalho de parto, cerca de 60% das mulheres mencionaram que sim. Em outro estudo sobre o gasto energético no jejum e na ingestão calórica, foi observado que a média de energia gasta pelas parturientes que consumiram mel foi maior do que aquelas que permaneceram em jejum (MELO; PERAÇOLI, 2007).

2.3.10 Ausência de esclarecimento e permissão da parturiente

Durante o processo de acompanhamento da mulher em trabalho de parto, durante o parto e depois dele, diversos procedimentos são realizados por profissionais de saúde sem se identificarem, sem explicarem a necessidade ou o propósito das técnicas utilizadas, sem dar à mulher a oportunidade de ter controle sobre seu próprio corpo e ainda fazem comentários inadequados durante o procedimento. Infelizmente, muitas mulheres, por falta de informação, encaram essas situações como normais, sem questionar ou sem buscar o direito de se manifestar contra tais atitudes (CUNHA, 2015; SILVA, 2022).

Mesmo quando algumas buscam se informar previamente e chegam ao momento do parto cientes dos procedimentos e das melhores práticas recomendadas atualmente, os profissionais de saúde geralmente não respeitam suas vontades, se colocam como protagonistas do nascimento e acabam prejudicando o bem-estar da parturiente. Dessa forma, percebemos a falta de diálogo que permita decisões compartilhadas, havendo uma clara hierarquia entre profissionais e pacientes (CUNHA, 2015; SILVA, 2022).

A falta de informação e consentimento por parte da paciente pode resultar em atos violentos que desrespeitam a mulher, já que muitos profissionais não se preocupam em explicar quais procedimentos estão sendo adotados. Muitas mulheres acabam se sentindo presas a essas situações e as encaram como algo rotineiro, sendo silenciadas e obrigadas a aceitar sem questionar (SILVA, 2022).

2.4 PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN)

O Projeto de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, embasado na análise das necessidades de cuidados específicos à grávida, ao bebê recém-nascido e à mãe no período pós-parto. Seu principal propósito é garantir a ampliação do acesso, da abrangência e da excelência do acompanhamento do pré-natal, do atendimento ao parto e pós-parto às gestantes e aos bebês recém-nascidos, com foco nos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

Dentro desse cenário, a humanização do atendimento no parto também resgata um pouco do que foi primariamente estabelecido, realçando a importância da

presença do enfermeiro, que é o profissional voltado ao cuidado. O cerne desse atendimento consiste em assegurar à parturiente um parto saudável e livre de complicações. O enfermeiro acompanha a mulher desde o pré-natal até o período pós-parto, utilizando seus conhecimentos para promover o equilíbrio físico e mental da dupla mãe-bebê, sempre intervindo quando necessário em benefício de ambos.

Zanardo *et al.* (2017), entendem que a iniciativa de humanização não só resgata o parto como um processo fisiológico e natural, como também busca fortalecer as mulheres com base em suas características biológicas, capacidade reprodutiva e instinto maternal. Santana *et al.* (2023) notam que ao longo dos anos, houve muitas transformações no que diz respeito ao cuidado no momento do parto e nascimento, e com a abordagem humanizada e a atuação da equipe de enfermagem, tem sido observada uma redução significativa das taxas de mortalidade materna e neonatal, independentemente da forma de parto.

A equipe de enfermagem possui plena independência, habilidade e aptidão para garantir um cuidado eficaz ao longo do processo de parto, promovendo segurança, serenidade e conforto, proporcionando apoio em um momento delicado para diversas gestantes (SANTANA *et al.*, 2023).

A legislação do trabalho nº 7498, datada de 25 de junho de 1986, dá suporte ao profissional de enfermagem para intervir de forma direta no suporte à mulher durante o momento do parto. Portanto, é essencial que o enfermeiro forneça um cuidado completo, respeitoso e que minimize procedimentos desnecessários durante o processo de parto e nascimento, visando evitar a ocorrência de violência obstétrica (CASTRO; ROCHA, 2020).

A presença da enfermagem na área obstétrica é fundamental para garantir uma assistência humanizada durante o parto, onde os profissionais atuam de forma empática, personalizada e igualitária com cada gestante. Essa abordagem proporciona tranquilidade e apoio às mulheres, reduzindo suas preocupações, uma vez que a equipe de enfermagem está disponível 24 horas por dia para atender às necessidades das parturientes (SANTANA *et al.*, 2023).

2.5 A ENFERMAGEM HUMANIZADA DENTRO DO PARTO HUMANIZADO

A humanização no atendimento de saúde vai além de tratar as pessoas com gentileza, envolvendo a valorização de cada indivíduo e o respeito por suas

diferenças. Por isso, é fundamental que os profissionais que lidam com o parto e nascimento estejam atentos às necessidades e desejos das parturientes, ouvindo-as atentamente e promovendo as mudanças necessárias. É essencial que a equipe de saúde esteja preparada para dar suporte emocional, orientação e conforto à mulher e sua família, com destaque para a importância do enfermeiro nesse processo (GOMES; OLIVEIRA; LUCENA, 2020).

A prática da enfermagem obstétrica tem impactado a perspectiva das gestantes ao longo do tempo, em relação ao parto. A atuação da equipe de enfermagem nos dias atuais está focada na humanização do parto, o que tem contribuído para a redução dos índices de mortalidade materna causados pela violência obstétrica. Dessa forma, as mulheres têm sido colocadas no centro do processo de dar à luz, recebendo total autonomia e liberdade para tomar decisões importantes (SANTANA *et al.*, 2023).

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o enfermeiro tem a capacidade científica para cuidar das gestantes ao longo de toda a gravidez, parto e pós-parto com independência em partos de baixo risco, proporcionando alta satisfação das pacientes e benefícios como a redução de intervenções desnecessárias (GOMES; OLIVEIRA; LUCENA, 2020).

O parto humanizado compreende uma série de práticas e condutas, debatidas em conjunto com a gestante e sua rede de apoio, visando alcançar resultados positivos para a saúde da mãe e do bebê. Neste cenário, a enfermagem obstétrica tem ganhado destaque devido aos esforços dedicados por esses profissionais para garantir que o parto ocorra sem intervenções desnecessárias e de maneira natural. A presença da enfermagem obstétrica é fundamental na assistência ao parto humanizado, uma vez que contribui para o cuidado baseado em boas práticas durante o processo de parto, além de valorizar as necessidades da mulher e promover seu protagonismo (DIAS; QUIRINO; DAMASCENO, 2022).

2.5.1 Práticas durante o trabalho de parto: benéficas e maléficas

No Brasil, progressos significativos foram alcançados em relação à implementação de boas práticas. No entanto, o padrão atual de cuidados no parto, caracterizado pela excessiva medicalização, acaba transformando procedimentos

obstétricos que deveriam ser reservados para casos específicos em práticas rotineiras e dispensáveis, indo contra as recomendações científicas (DINIZ, 2006).

Estudos realizados por Andrade *et al.* (2016), o sistema de cuidados durante o trabalho de parto no Brasil é caracterizado por intervenções frequentes. No entanto, atualmente, está havendo uma evolução significativa na assistência às gestantes, com a implementação de práticas mais benéficas. Por outro lado, ainda persistem condutas consideradas prejudiciais ou desnecessárias, como a estimulação dos puxos e a administração de ocitocina, que continuam sendo comuns.

Frente a essa constatação, a presença de enfermeiros obstétricos durante o acompanhamento do trabalho de parto, parto e puerpério está diretamente relacionada à melhoria do cuidado oferecido. Destaca-se a minimização de procedimentos invasivos desnecessários, em consonância com a abordagem humanizada do atendimento à mãe e ao bebê durante o período gestacional e pós-parto (PAIVA *et al.*, 2022). Observa-se no quadro 1 a caracterização das práticas maléficas e benéficas de enfermeiros durante o trabalho de parto:

Quadro 1 - Caracterização das práticas maléficas e benéficas de intervenções durante o trabalho de parto.

PRÁTICAS	
MALÉFICAS	BENÉFICAS
✓ Infusão venosa de rotina no trabalho de parto/parto ✓ Uso da posição supina ✓ Uso da posição litômica ✓ Exame retal ✓ Administração de ocitócitos ✓ Incentivo aos puxos voluntários ✓ Amniotomia precoce ✓ Manobra de Kristeller ✓ Manipulação ativa do feto ✓ Toques vaginais repetidos ✓ Restrição hídrica e alimentar no trabalho de parto ✓ Uso da episiotomia ✓ Clampeamento precoce do cordão umbilical	✓ Respeito à privacidade ✓ Apoio dos profissionais no trabalho de parto ✓ Liberdade de posição/movimentação no trabalho de parto ✓ Estímulos às posições não supinas no trabalho de parto ✓ Recebeu informações sobre o trabalho de parto /parto ✓ Ingestão de líquidos durante o trabalho de parto ✓ Respeito à escolha do acompanhante ✓ Utilização do partograma ✓ Contato precoce pele-a-pele com o bebê na 1ª hora após o parto ✓ Métodos não invasivos para alívio da dor ○ Bola ○ Massagem ○ Banho ○ Cavalinho ○ Outros

Fonte: Andrade *et al.* (2016).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho consiste em uma revisão narrativa da literatura, do tipo exploratória e descritiva, com a análise de estudos relevantes sobre o papel do enfermeiro na prevenção da violência obstétrica. São abordadas as consequências da violência obstétrica, os diferentes tipos de violência obstétrica e a importância da enfermagem na implementação de ações preventivas para combater essa forma de violência.

De acordo com Rother (2007), a revisão narrativa é uma maneira de analisar e debater a progressão de um tema específico, levando em consideração o contexto e a teoria. Ela se apoia na avaliação da literatura disponível em livros, artigos de revistas físicas e/ou digitais, na interpretação e na crítica pessoal do autor. Gil (2002) definem pesquisa exploratória como:

Estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2002, p. 41).

O tipo de estudo escolhido de caráter descritivo uma vez que esse processo de elaboração da pesquisa vai à frente da simples identificação da existência de relações entre variáveis, de forma que pretendem determinar a natureza de uma relação aproximando-se de uma explicação, de acordo com Gil (2002):

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2002, p. 42).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A investigação bibliográfica é realizada com base em conteúdo já produzido, geralmente compostos por livros e publicações científicas. Suas principais fontes são

materiais que ainda não foram analisados criticamente, ou que podem ser revisados de acordo com o objetivo da pesquisa. Além de revisar documentos originais (arquivos, informações de instituições, etc.), há também aqueles que foram previamente processados, mas que podem ser reinterpretados, como relatórios corporativos, tabelas, entre outros (GIL, 2010).

3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS

O presente trabalho consiste em uma revisão da literatura, caracterizada por Mendes, Silveira e Galvão (2008), como um “método de pesquisa que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo”. Por meio desse método é possível apresentar as possíveis lacunas e rastros de investigações para pesquisas futuras.

Dessa forma, o estudo foi elaborado a partir de uma revisão da literatura nas bases de dados Periódico Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (REUSFM) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As palavras-chave utilizadas como critérios de inserção na pesquisa foram: a) violência obstétrica, b) humanização, c) enfermagem e d) parto humanizado.

3.4 INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Dentre os critérios de inclusão, citam-se os estudos: disponíveis integralmente de forma gratuita, publicados entre 1998 e 2023, publicados em português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão definiram-se em estudos que não apresentassem a temática central, que não respondessem à questão norteadora, repetitivos, dissertações, teses, documentários, monografias, projetos, resumos simples ou expandidos. Após a pesquisa e aplicação dos filtros de ano e linguagem, realizou-se leitura dos resumos, para melhor selecionar os que se enquadravam nos critérios.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A decisão indica que algumas pesquisas não precisam ser submetidas à avaliação do Comitê de Ética. Conforme Carvalho *et al.* (2017), a definição da

natureza dos dados de pesquisa é um critério importante para determinar se os projetos precisam ser avaliados nas áreas das ciências humanas e sociais. São exemplos pesquisas em que os participantes são anônimos, como estudos de opinião pública, censos, utilização de informações públicas, análise de textos científicos ou práticas profissionais.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

A violência obstétrica vem sendo cada vez mais debatida e discutida, gerando reflexões importantes sobre os direitos das mulheres no momento do parto. Diversas situações de violência podem acontecer durante a gestação, parto, pós-parto e período puerpério, caracterizadas por atitudes desumanas na assistência à mulher durante o parto.

Neste capítulo são analisados os 29 (vinte e nove) estudos apresentados no Quadro 2, que abordam as questões de pesquisa. Todos os estudos foram realizados no território nacional e publicados em português ou inglês. Quanto à metodologia utilizada, todos os estudos empregaram uma abordagem qualitativa.

Quadro 2 - Síntese das principais informações dos artigos, quanto à autoria, ano de publicação, título da obra e resultados.

AUTOR (ANO)		TÍTULO DA OBRA
1	AGUIAR <i>et al.</i> (2016)	Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde.
2	ANDRADE <i>et al.</i> (2016)	Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife.
3	BARBOZA; MOTA (2016),	Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil.
4	BELEZA <i>et al.</i> (2012)	Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades.
5	BRASIL (2016)	Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação.
6	BRASIL (2017)	Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em Unidades de Saúde para as mães e recém-nascidos.
7	BRASIL (2017)	Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.
8	BRASIL (2018)	Deixar de fazer a manobra de Kristeller: porque e como?
9	CARVALHO <i>et al.</i> (2017)	Violência obstétrica: a ótica sobre os princípios bioéticos e direitos das mulheres
10	CUNHA <i>et al.</i> (2020)	Produção de conhecimento sobre violência obstétrica: O lado invisível do parto
11	DIAS; QUIRINO; DAMASCENO (2022)	Atuação da enfermagem obstétrica na humanização do parto eutócico.

12	GOMES; OLIVEIRA; LUCENA, (2020)	O papel do enfermeiro na promoção do parto humanizado.
13	HOTIMSKY <i>et al.</i> (2017)	O parto como eu vejo ou como eu desejo... Expectativas de gestantes usuárias do SUS acerca do parto e da assistência obstétrica.
14	LANSKY <i>et al.</i> (2018)	Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes.
15	LEAL <i>et al.</i> (2014)	Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual
16	MENDES; SILVEIRA; GALVÃO (2008)	Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.
17	MOURA <i>et al.</i> (2018)	Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica.
18	MUNIZ; BARBOSA (2012)	Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?
19	OLIVEIRA (2019)	Ventres sem leis: os rumos do parto humanizado no Brasil e o combate á violência obstétrica
20	PEREIRA (2004)	Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde.
21	PEREIRA <i>et al.</i> (2016)	Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana.
22	PÉREZ; OLIVEIRA; LAGO (2015)	Percepções de Puérperas vítimas de Violência Institucional durante o Trabalho de Parto e Parto.
23	RATNNER (2009)	Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas.
24	SANFELICE <i>et al.</i> (2014)	Do parto institucionalizado ao parto domiciliar.
25	SANTANA <i>et al.</i> (2023)	O papel do enfermeiro no parto humanizado: a visão das parturientes.
26	SCHRAIBER <i>et al.</i> (2003)	Violência vivida: a dor que não tem nome.
27	SILVA (2022)	Tipos de violência obstétrica e seus impactos na saúde da mulher no brasil.
28	SOUSA <i>et al.</i> (2021)	Violência obstétrica: fatores desencadeantes e medidas preventivas de enfermagem.
29	WOLFF; WALDOW (2008)	Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.

Fonte: Elaborado pelas autoras do trabalho (2023).

A partir da análise dos dados, emergiram quatro categorias temáticas, que são apresentadas logo a seguir:

4.1 FATORES QUE CONTRIBUEM PARA OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Os desfechos conclusivos de 425 estudos, de uma investigação conduzida por Barboza e Mota (2016), apresentam uma visão histórica que aponta que a área da medicina, ao transformar o parto em um problema patológico e medicalizá-lo, toma controle desse processo e transforma a mulher em mero objeto, resultando na perda da sua autonomia em relação ao seu próprio corpo e na submissão a agressões de natureza física, psicológica e sexual nos hospitais maternos. Em vez de proporcionar cuidado, tais instituições acabam por estabelecer relações opressivas.

A pesquisa de Wolff e Waldow (2008), identificou que a área médica permite a exploração dos órgãos sexuais femininos sem considerar o constrangimento, o que resulta na fragmentação do corpo da mulher e na minimização da dor e desconforto causados por certos procedimentos, como o exame vaginal. Esse tipo de exame é frequentemente realizado de maneira excessiva e por diferentes profissionais e alunos, desrespeitando a privacidade da mulher ao expor seus órgãos sexuais e intimidade a indivíduos desconhecidos.

Conforme relatado pelos pacientes nos estudos de Wolff e Waldow (2008), bem como por Pereira (2004), a maneira como as mulheres foram atendidas durante o parto foi desrespeitosa e negligente com sua intimidade, trazendo memórias dolorosas e desconfortáveis, principalmente em relação ao exame vaginal.

Pereira (2004), ao analisar essas observações, destaca que além de muitas intervenções vaginais desnecessárias, várias outras práticas como o emprego da ocitocina, a ruptura antecipada das membranas, a episiotomia de rotina, que envolve um corte na região do períneo da parturiente, e a manobra de Kristeller, que consiste em uma pressão no fundo do útero, aumentam o sofrimento da mulher e não favorecem o processo natural do trabalho de parto. Estes procedimentos, além de intensificar a dor, resultam em mais angústia para a parturiente, impedindo a evolução espontânea do parto com as dimensões psicológicas e espirituais desse momento e desconsiderando as percepções das mulheres sobre o processo de seu próprio corpo.

Os resultados obtidos na Pesquisa Nascir no Brasil, um estudo nacional realizado com 23.940 mulheres após o parto, foi identificado grande número de intervenções desnecessárias durante o parto e nascimento, revelando um modelo de assistência com excesso de procedimentos que muitas vezes acabam sendo

prejudiciais, colocando em risco a saúde das mulheres e bebês. Mais da metade das participantes foi submetida à episiotomia, 91,7% deram à luz na posição de litotomia, embora as evidências recomendem posições mais verticais; a administração de ocitocina e a ruptura artificial da bolsa amniótica para acelerar o processo de parto foram utilizadas em 40% dos casos, enquanto 37% foram submetidas à manobra de Kristeller (pressão no útero para auxiliar a saída do bebê), um procedimento agressivo que pode causar danos tanto para a mãe quanto para o bebê (LANSKY *et al.*, 2018).

Em uma pesquisa realizada por Andrade *et al.* (2016) acerca dos motivos associados à violência obstétrica durante o parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco, foi constatado que cerca de 87% das gestantes foram vítimas de algum tipo de abuso durante o trabalho de parto e parto, incluindo a realização de intervenções desnecessárias. Entre os achados, mais de 65% das mulheres mencionaram a pressão para realizar o expulsivo de forma voluntária, com um índice de 27% para a posição supina e 12% para a posição de litotomia, enquanto o uso de ocitocina e amniotomia foi de 41% e 31%, respectivamente. O clampeamento precoce do cordão umbilical foi feito em 30% das pacientes avaliadas.

Em relação a essas informações, a participação no parto normal por parte dos profissionais tem sido considerada insatisfatória para modificar o modelo de intervenção no cuidado obstétrico, o que pode ser explicado pelo fato de que a prática médica foi influenciada durante muito tempo por experiências pessoais, refletindo atitudes moldadas por questões culturais, políticas, econômicas e religiosas, resistindo às abordagens fundamentadas em evidências (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

No estudo realizado por Carvalho *et al.* (2017), foi possível observar um dado interessante que revelou a relação da violência obstétrica com variáveis como classe social, raça, etnia, religião e idade. Ficou evidente que a ocorrência de violência obstétrica é mais propícia em mulheres com baixa escolaridade em comparação com aquelas que têm acompanhamento médico.

Esses resultados se assemelham aos achados do estudo de Leal *et al.* (2014), que destacou a importância da classe social e raça na incidência de violência obstétrica. Mulheres em situação de desvantagem socioeconômica foram mais submetidas a procedimentos dolorosos, como a aceleração do trabalho de parto, sem o devido uso de analgesia obstétrica. Além disso, aquelas com menor nível de

escolaridade tiveram uma maior incidência de ocitocina, amniotomia e episiotomia, e um menor uso de analgesia nesse processo.

Frente aos dados apresentados, é possível inferir que o processo de dar à luz pode ser encarado pelas gestantes como um momento de ansiedade, uma vez que, ao adentrarem na unidade de saúde, muitas vezes perdem o controle da situação, tornando o momento imprevisível e distante do ambiente familiar. Nesse sentido, o enfermeiro se destaca como o profissional de saúde mais próximo da parturiente, sendo que a presença do enfermeiro obstetra no parto de baixo risco ou risco habitual pode diminuir intervenções desnecessárias e assegurar um cuidado abrangente à gestante e sua família (AGUIAR *et al.*, 2016).

Por meio destas orientações, o Ministério da saúde destaca a importância de respeitar a singularidade de cada mulher e compreender suas necessidades e habilidades para lidar com o parto, promovendo "relações mais igualitárias e menos autoritárias, onde os profissionais, ao invés de tomarem o controle da situação, adotam condutas que visam o bem-estar e a segurança da mulher e da criança". O principal desafio para alcançar essas transformações é a eliminação das relações autoritárias estabelecidas pelas instituições e pela medicina em relação às mulheres (RATNNER, 2009).

4.2 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SEUS DANOS.

Hotimsky *et al.* (2017) analisaram os dados de uma pesquisa nacional feita em 2010, na qual foram entrevistadas 2.365 mulheres em 176 cidades do Brasil. Dentre as 542 entrevistadas sobre o tema da violência institucional durante o parto, 12% relataram ter experienciado tal situação. Quando foram apresentadas formas diferentes de abuso e maus tratos, a proporção de respostas positivas aumentou para 25%, indicando que as mulheres reconheceram ter passado por essas situações, embora não tenham categorizado como violência obstétrica.

A complexidade em identificar as vivências de violência obstétrica pelas mulheres é influenciada por diversos aspectos, de forma semelhante às situações de violência doméstica. Existe uma distância entre reconhecer a agressão sofrida, identificá-la e rotulá-la como violência ou maus tratos. A compreensão do direito das mulheres à tomada de decisão e à recusa informada, bem como ao não consentimento para intervenções, é algo recente e ainda não está enraizado na cultura dos

profissionais ou das mulheres. Além de informações apropriadas, a dinâmica de poder entre profissionais e mulheres durante o parto interfere na autonomia e na preservação da integridade física e psicológica, impactando nas decisões e escolhas informadas (SCHRAIBER *et al.*, 2003).

No Quadro 3, são apresentados uma síntese descritiva das publicações selecionadas para a revisão dos principais resultados de tipos de violência obstétrica e seus danos:

Quadro 3 - Síntese descritiva das publicações selecionadas para a revisão dos principais resultados de tipos de violência obstétrica e seus danos, 2024, Itaituba Pará, Brasil.

TIPO DE VIOLÊNCIA	DANOS
Escassez de instruções à gestante recebidas durante todo o pré-natal até o puerpério.	Impacto psicológico, Sentimento de incomodo sem ter ajuda, sentimento de ter sido machucada no parto e não ter atenção devida.
Privação do direito ao acompanhante, violência verbal.	A mulher apresentou sentimento de indiferença de solidão, sentimento de ter sido lesada/roubada devido a falta do companheiro no parto; desgaste psíquico e estresse; dor física;
Violência física (amarraram os braços e as pernas), Violência verbal, com aumento do tom de voz, frases irônicas, tratamento grosseiro,	depressão pós-parto, problemas com a amamentação.
A desumanização das atitudes profissionais e a conscientização do mais bem alcançado; O companheiro presente e o acompanhamento resistente. Identificaram-se ambiguidades nas percepções vivenciadas pelas mulheres, com sentimento de insegurança.	Dor, angústia e a decepção.
Desejo de escolha do tipo de parto, não respeitado (quando gostaria de ter tido cirurgia cesariana), privação do direito à informação (sendo que puérperas com menor escolaridades	Não centralidade do cuidado no paciente (não tiveram direito de escolher tipo de parto); sentimento de desrespeito.
Falta de privacidade durante o parto Realização de procedimentos traumáticos e geralmente desnecessários proibição da presença de acompanhante.	Medo, vergonha, angústia. Danos psicológicos, sobrecarregar e modificar o estilo e qualidade de vida, transtornos mentais como ansiedade e depressão pós-parto, prejudicando a vivência dessa mãe com seu filho e família.

Repercussões físicas, episiotomia, repercussão psicológica.	Rejeição e a insegurança dor sentida no ato sexual, baixa autoestima, angústia e desespero.
Manobra de Kristeller, Episiotomia, procedimento sem consentimento, agressão verbal, <i>Fórceps, episiotomia</i> .	Alterações fisiológicas, comportamentais, afetivas e cognitivas, os transtornos de ansiedade, tais como pânico, fobia, transtorno.
Piadas, agressão verbal. descaso, negligência.	Constrangimento, depressão, medo, vergonha. Maior risco de hemorragia, levando à morte materna, ao óbito fetal e/ou a sequelas graves permanentes na mãe ou no bebê. Como placenta acreta, e obesidade.
Contato com o bebê foi impedido/negado, amamentação.	Vínculo mãe-bebê foi prejudicada; Medo, depressão pós-parto.
Intercorrência com risco de vida.	Medo, baixa autoestima.

Fonte: Elaborado pelas autoras do trabalho (2023).

Conforme Silva (2022), todos os estudos de sua pesquisa destacaram a falta de orientações para as gestantes durante o pré-natal e o momento do parto; 29% dos estudos mencionaram casos de violência física (como episiotomia, uso de fórceps e manobra de Kristeller); 35% dos estudos apontaram situações em que foi proibida a presença de acompanhantes; 23% apontaram a falta de privacidade durante o parto; 11% relataram o uso de piadas durante o parto; 11% mencionaram a restrição física (como amarrar os braços e pernas das gestantes durante o parto); 5% indicaram que o contato com o bebê foi impedido ou negado; 5% apontaram procedimentos realizados sem consentimento; e 47% apontaram casos de violência verbal.

Narrações similares são corroboradas na pesquisa conduzida por Pérez, Oliveira e Lago (2015) em relação à temática da violência obstétrica, e essas condutas estão presentes no cuidado à mulher durante o pré-natal, parto e pós-parto, por parte dos profissionais da área da saúde. Principalmente as condutas como: falta de privacidade, violência verbal e exclusão do contato pele a pele. Na qual resultaram em: medos, inseguranças, angústia e comprometendo o vínculo mãe e bebê, podendo resultar em depressão pós-parto.

Com isso, caracterizada como violência obstétrica: a violência física (como a administração indiscriminada de ocitocina sintética, manobra de Kristeller, episiotomia), bem como negligência e abuso contra a parturiente e o recém-nascido, xingamentos e humilhações, resultaram em: constrangimentos, inseguranças, medo, danos e/ou sofrimento físico e psicológico (BELEZA *et al.*, 2012).

Conforme mencionado por Pereira *et al.* (2016), a utilização da manobra de Kristeller tem como finalidade reduzir o tempo de trabalho de parto, desconsiderando a fisiologia do processo e, muitas vezes, sendo realizada devido à impaciência dos profissionais de saúde, causando maiores risco de hemorragias e traumas físicos e psicológicos. De acordo com o estudo de Leal *et al.* (2014), os próprios profissionais reconhecem que essa prática é proibida, porém ainda a executam sem registrar no prontuário. Tanto o MS quanto a OMS proibiram essa técnica por se tratar de um procedimento agressivo que pode resultar em danos graves (BRASIL, 2017).

De acordo com o MS e o UNICEF, é recomendado evitar a técnica de Kristeller, que consiste em pressionar a barriga da mulher para auxiliar na saída do bebê, pois pode ser prejudicial tanto para a gestante quanto para o recém-nascido (BRASIL, 2018).

Relatos recentes apontam a utilização de contenção física em gestantes durante o parto, com membros sendo amarrados, falta de privacidade e ausência do acompanhante. Em tempos passados, era comum ouvir sobre mulheres com as pernas presas ao leito e mantidas em posição de litotomia, deitadas de costas, juntamente com os diversos toques sendo realizados de formas abusivas e por diversos profissionais. Estudos ressaltam a importância da liberdade de movimento e escolha da posição durante o parto normal. Mesmo com avanços na pesquisa e informação, ainda são realizadas intervenções desnecessárias em larga escala nos partos hospitalares. Portanto, cabe a cada um estar ciente de seus direitos e assegurar que sejam respeitados, evitando assim danos como: inseguranças, angústias e medo (OLIVEIRA, 2019).

Todas as informações apresentadas acerca dos tipos de violência certas práticas merecem destaque, como o estímulo ao uso da gravidade pela gestante. Orientar a futura mãe a adotar uma postura vertical pode auxiliar no correto impulso do parto e na descida do bebê, além de permitir que ela encontre uma posição confortável para lidar com as contrações. Outra medida eficaz é caminhar durante o trabalho de parto, o que facilita a dilatação e a chegada do bebê na vagina,

favorecendo a entrada na gravidez. Dessa forma, é recomendável evitar a posição supina e não forçar a gestante a permanecer deitada durante o parto. O melhor caminho para facilitar o nascimento do bebê é respeitar os processos naturais do corpo feminino, evitando intervenções desnecessárias e proporcionando um ambiente seguro e acolhedor para o parto (BRASIL, 2016).

De maneira ampla, é importante encorajar as mulheres a se movimentarem e escolherem as posições mais confortáveis para elas durante o parto. Essa recomendação está alinhada com as diretrizes do MS relacionadas à assistência ao parto, tornando desaconselhável manter a mulher em repouso ou restrita em qualquer momento do trabalho de parto (OLIVEIRA, 2019).

No âmbito das leis nacionais, foi sancionada em 2005 a Lei nº 11.108, a qual assegura à gestante o direito de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, evitando inseguranças, sentimento de solidão e medo. A norma do Acompanhante requer a integração entre o sistema de saúde e as redes de assistência durante esses períodos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Pereira *et al.* (2016), dizem que a educação em saúde, principalmente durante o período pré-natal, torna-se fundamental para incentivar o parto normal e fornecer às mulheres conhecimento e independência. Dessa forma, orientar as gestantes não só visa aprimorar o atendimento médico, mas também garantir o cumprimento dos direitos previstos em lei, promovendo assim o acesso e a qualidade dos serviços de saúde.

4.3 MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

De acordo com Sousa *et al.* (2021), em sua análise que se baseou em dez estudos, a questão da violência obstétrica tem adquirido cada vez mais destaque e tem gerado debates relevantes sobre os direitos das mulheres durante o parto. No contexto da violência obstétrica, destaca-se o papel fundamental da equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro, que atua diretamente com a paciente desde a gravidez até o pós-parto, oferecendo cuidados completos e proporcionando uma escuta qualificada tanto para a parturiente quanto para sua família. Assim, a enfermagem desempenha um papel crucial no processo de gestação e parto, promovendo apoio, humanização e orientação para as parturientes.

Com o intuito de reduzir a taxa de violência obstétrica, é fundamental a presença de profissionais qualificados e empáticos durante o processo de parto. Nesse sentido, os profissionais de enfermagem têm assumido um papel cada vez mais relevante, pois possuem contato direto com as gestantes ao longo de todo o trabalho de parto. Durante o ato de dar à luz, a mulher deve ser o centro das atenções, tornando esse momento o mais natural possível, afastando intervenções desnecessárias. Portanto, é crucial a presença da enfermagem para transmitir segurança, aliviar ansiedades e cuidar da mulher de maneira digna e respeitosa, uma vez que o nascimento é um momento delicado não apenas para a grávida, mas para toda a família (CUNHA *et al.*, 2020).

Em sua revisão integrativa da literatura, Moura *et al.* (2018) destacaram os procedimentos que devem ser realizados pelo enfermeiro durante o atendimento à parturiente, visando proporcionar um cuidado respeitoso e digno. Essas recomendações foram fundamentadas em estudos anteriores de (SANFELICE *et al.*, 2014).

- ✓ Instruir a paciente de modo claro sobre sua condição de saúde, as possíveis ações que podem ser tomadas por ela mesma e como a colaboração dela é essencial;
- ✓ Evitar intervenções agressivas, que resultem em desconforto e que apresentem riscos, salvo em casos de extrema necessidade;
- ✓ Buscar escutar a pessoa em tratamento e colaborar com os profissionais de saúde para assegurar um atendimento digno e respeitoso ao paciente.
- ✓ Garantir à mulher o direito de escolher um acompanhante durante o período de gestação e no momento do parto;
- ✓ Assegurar a entrada no hospital e um tratamento baseado na igualdade;
- ✓ Instruir a mulher sobre os direitos ligados à gestação e à maternidade;
- ✓ Dedicar-se ao seu próprio crescimento, em busca de satisfação na sua carreira e manter-se sempre atualizado.

Concordando com o apresentado por Sousa *et al.* (2021), acrescenta 8 ações de enfermagem preventivas que são reconhecidas para evitar a ocorrência de violência obstétrica, por exemplo:

- ✓ Explicar de maneira que todos possam entender;
- ✓ Executar ações e práticas que auxiliam no momento do parto;
- ✓ Instruir sobre maneiras de contribuir para evitar o uso de procedimentos invasivos inadequados.

- ✓ Sempre ponderar os prós e contras;
- ✓ É fundamental escutar a gestante com empatia, respeitando o momento dela e dando espaço para que ela decida, sem causar desconforto.
- ✓ Garantir que a gestante tenha a liberdade de escolher um acompanhante de sua confiança para estar presente em todas as consultas pré-natais e no momento do parto.
- ✓ Conceder independência às mulheres em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos.
- ✓ Investir em qualificação profissional e adotar as melhores práticas com embasamento científico.

Para combater as práticas violentas na obstetrícia, é preciso promover uma mudança na formação educacional dos profissionais, de modo a possibilitar uma compreensão abrangente do corpo feminino. O diálogo e a troca de conhecimentos entre os profissionais de saúde e as gestantes são essenciais para garantir uma experiência positiva e acolhedora. A equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental na prevenção da violência obstétrica, por meio de uma abordagem baseada em evidências científicas e focada na saúde da mulher. Destaca-se, ainda, a importância da educação continuada ao longo da formação acadêmica desses profissionais, visando a humanização do atendimento (CUNHA *et al.*, 2020).

4.4 PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO AO PARTO HUMANIZADO

Sousa *et al.* (2021), destacam que a prática da enfermagem tem impactado de maneira positiva a questão da violência obstétrica ao fornecer informações claras sobre os direitos das gestantes, capacitando-as por meio de uma linguagem compreensível a respeito dos procedimentos realizados no momento do parto, adotando abordagens não invasivas e considerando a relação entre os riscos e benefícios para mãe e bebê. Além disso, é essencial respeitar as escolhas das mulheres, permitindo que exerçam seu direito de decidir, evitando situações constrangedoras e transmitindo segurança ao longo de todo o processo de nascimento.

A humanização na saúde demanda transformações nas posturas e nas práticas adotadas pela equipe de saúde, com isso, os profissionais participantes desempenham um papel essencial na prestação de cuidados completos às mulheres,

proporcionando um atendimento caloroso, reavaliando conceitos, e oferecendo uma assistência técnica e empática (SOUSA *et al.*, 2021).

A pesquisa feita por Gomes, Oliveira e Lucena (2020) com base nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, enfatiza que as gestantes em trabalho de parto merecem ser tratadas com respeito, receber informações fundamentadas em evidências e participar ativamente das decisões. Para tanto, os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento devem desenvolver uma relação de confiança com as mulheres, consultando-as sobre suas vontades e perspectivas.

Para Santana *et al.* (2023), a enfermagem obstétrica tem sido fundamental na mudança de percepção das gestantes ao longo do tempo, em relação ao momento do parto. Atualmente, a atuação da equipe de enfermagem tem como foco a humanização do parto, o que contribui para a redução da violência obstétrica e para deixar a mulher no centro do processo de dar à luz, garantindo a ela autonomia e liberdade nas decisões tomadas.

Destacam ainda que a humanização vai muito além de tratar as pessoas com respeito durante o atendimento, é sobre reconhecer o valor de cada indivíduo, respeitando suas diferenças. Portanto, os profissionais de saúde devem dar voz às parturientes para proporcionar um parto e nascimento humanizado, ouvindo suas necessidades, desejos, expectativas, e assim promover as mudanças necessárias no processo do parto. A equipe de saúde deve estar pronta para acolher a mulher e sua família, em especial o enfermeiro, para ajudar a aliviar a angústia, dor, orientar e proporcionar conforto às pacientes.

A liberdade mencionada pelos autores Dias, Quirino e Damasceno (2022) é chamada de parto humanizado. Ou seja, o parto humanizado envolve uma série de práticas, intervenções e comportamentos discutidos com a gestante e sua rede de apoio, visando alcançar resultados positivos para a saúde da mãe e do bebê.

Dentro desse cenário, a enfermagem obstétrica tem se destacado, devido aos esforços dedicados por essa classe profissional para garantir que o parto ocorra de maneira natural, sem intervenções desnecessárias. No cuidado voltado para o parto humanizado, a presença do enfermeiro obstetra é fundamental, pois ele contribui para garantir uma assistência baseada nas melhores práticas durante o processo de parto, além de atender às necessidades da mulher nesse momento e promover a sua participação ativa, conforme afirmam (GOMES; OLIVEIRA; LUCENA, 2020).

5 CONCLUSÃO

A violência obstétrica continua ocorrendo com frequência na vida da mulher de todo o país, durante o período pré-natal até puerpério depreciando a mulher e violando seu direito no ciclo gravídico-puerperal.

As pesquisas evidenciaram como resultado quanto aos tipos de violências obstétricas foram: escassez de instruções à gestante recebidas durante todo o pré-natal até o puerpério, privação do direito ao acompanhante, violência verbal, violência física, falta de privacidade durante o parto, realização de procedimentos traumáticos, manobra de Kristeller, episiotomia, procedimentos sem consentimento, agressão verbal, fórceps, entre outros.

Pode-se dizer que às medidas preventivas executadas pelos enfermeiros para sanar esses tipos de violência são: escuta qualificada, esclarecimento sobre as ações que ajudam durante a parturição e como elas podem colaborar para evitar a utilização de técnicas invasivas não indicadas, sempre avaliando o risco-benefício, respeitar o momento da parturiente para a tomada de decisões, proporcionar a liberdade de escolha para ter um acompanhante durante todo pré-natal e parto, e acima de tudo que os enfermeiros possam investir em aperfeiçoamento profissional e nas boas práticas para a não ocorrência de violência obstétrica.

A Organização Mundial de Saúde ressalta que a enfermagem obstétrica é a categoria profissional mais preparada para a mudança das práticas de violência e consolidação de uma assistência segura ao processo de parto e nascimento. A enfermagem é tida como essencial para o combate e conscientização sobre a violência obstétrica, pois é a área que atua, de maneira eficaz, na produção de educação em saúde, necessitando estar presente muito antes do parto, como é o caso do pré-natal.

Uma das limitações desse estudo é a insuficiência de publicações relacionadas à assistência de enfermagem na prevenção da violência obstétrica, bem como a ausência de estudos que mostrem êxito das ações de prevenção relacionadas a esse tipo de violência. Salienta-se também a escassez de trabalhos científicos que apontem as condutas de enfermagem voltadas para sanar tal prática, assim como a deficiência dos artigos disponíveis em apenas descrever a violência obstétrica, e não elucidar as formas de prevenção dessa violência nos serviços de saúde.

Espera-se que o estudo colabore com a melhoria da assistência prestada de enfermagem à gestante e ao bebê, e que esse profissional desempenhe uma atuação imperioso em todo o processo de gestação e parto, adquirindo conhecimentos que promova cada vez mais mudanças na assistência prestada frente a violência obstétrica a fim de incentivar um novo olhar baseado na humanização.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. L.; SCHRAIBE, L. B.; DINIZ, S. G. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2016.
- ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. **Violência obstétrica: a dor que cala**. In: **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**. Universidade Estadual de Londrina; 2020.
- ANDRADE, P. O. N.; SILVA, J. Q. P.; DINIZ, C. M. M.; CAMINHA, M. D. E. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade de Recife. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Pernambuco**, 2016.
- ARAÚJO, S. M., *et al.* A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. VEREDAS FAVIP. **Revista Eletrônica de Ciências**, 2013.
- BARBOZA, L. P.; MOTA, A. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, 2016.
- BELEZA, A. C. S.; FERREIRA, C. H. J.; SOUZA, L.; NAKANO, A. M. S. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. **Rev. Bras. Enferm, Brasília**, v. 65, n. 2, p. 264-8, mar./abr. 2012.
- BERNARDO, R. G. Q. *et al.* **Violência obstétrica e a atuação dos profissionais de saúde no pré-natal: elaboração de uma tecnologia educativa em saúde**. Anais do CIET:EnPED:2020 - (Congresso Internacional de Educação e Tecnologias | Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância), São Carlos, ago/2020.
- BRANDT, G. P. *et al.* **Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto**. RGS, 2018.
- BRASIL, **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.
- BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Deixar de fazer Manobra de Kristeller: por que e como?**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/deixar-de-fazer-manobra-de-kristeller-por-que-e-como/>>.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Contato pele a pele é saudável para a saúde da mãe e do bebê: prática contribui para o início e manutenção da amamentação, favorece a estabilização e parâmetros vitais, entre outros benefícios**. Saúde e Vigilância Sanitária - 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº. 1.067, DE 4 DE JULHO DE 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, 2005.

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

BRASIL, Organização Mundial da Saúde. **Recomendações da OMS: cuidados intraparto para um positivo experiência do parto.** Genebra; 2018.

BRASIL. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos.** Organização Mundial da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS. Vol. 4. Humanização do parto e do nascimento.** Universidade Estadual do Ceará. Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação.** Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS-CONITEC, janeiro - 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento.** Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Tese faz análise histórica da violência obstétrica no Brasil.** Brasília, 2022.

CARVALHO, A. S. *et al.* Violência obstétrica: a ótica sobre os princípios bioéticos e direitos das mulheres. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, 2017.

CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S. R.; FILHO, O. B. M. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n. 3, p. 3, 2010.

CARVALHO, L. C. V. **Os efeitos da manobra de kirsteller no segundo período de trabalho de parto.** Porto, 2014.

CASTRO, A. T. B.; ROCHA, S. P. **Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura.** 2020.

CUNHA, A. L.; HENRIQUES, R. B. L.; SILVA, T. R. D.; SILVA, M. R. B.; TERTULLIANO, K.; SILVA, H. C. D. A. Produção de conhecimento sobre violência obstétrica: O lado invisível do parto. **Revista Nursing**, 2020.

CUNHA, C. C. A. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais.** Brasília, 2015.

DIAS, J. C. A.; QUIRINO, S. R.; DAMASCENO, A. J. S. Atuação da enfermagem obstétrica na humanização do parto eutócico. **Enfermagem em Foco**. 2022.

DINIZ, S. G. “O corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva I [online]**. 2006.

FERREIRA, M. S. C.; SILVA, P. L.; PEREIRA, V. B. Um olhar sobre a experiência do parto: trajetória, possibilidades e repercussões. **Rev. abordagem gestalt., Goiânia**, v. 26, n. spe, p. 416-427, dez. 2020.

FONSECA, A. P.; ANDRADE, N. A.; SILVA, L. C. A. **A necessidade de regulamentação e punição da violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro**. 2021.

GAMA, S. G. N. *et al.* Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cad. saúde pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S117-S127, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, C. M.; OLIVEIRA, M. P. S; LUCENA, G. P. O papel do enfermeiro na promoção do parto humanizado. São Paulo: **Revista Recien**, 2020.

HADDAD, S. E. M. T.; CECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 252-262. 2011.

HANSEN, A.K. *et al.* **Risco de morbidade respiratória em recém-nascidos a termo Cesariana eletiva: estudo de coorte**. *BMJ*, v. 336, n. 7635, p. 85-87, 2008.

HOTIMSKY, S. N.; RATTNER, D.; VENANCIO, S. O.; BOGUS, C. M.; MIRANDA, M. M. O parto como eu vejo ou como eu desejo... Expectativas de gestantes usuárias do SUS acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, 2017.

JESUS, E. S. *et al.* Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 166-173, 2010.

KÄMPF, C.; DIAS, R. B. Episiotomia na perspectiva da obstetrícia humanizada: reflexões a partir dos estudos sociais de ciência e tecnologia. **História Ciência Saúde Manguinhos**. 2018.

LANSKY, S.; SOUZA, K. V.; PEIXOTO, E. R. M.; OLIVEIRA, B. J.; DINIZ, C. S. G.; VIEIRA, N. F.; CUNHA, R. O.; FRICHE, A. A. L. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; FILHA, M. M. T.; DIAS, M. A. B.; PEREIRA, M. N.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. **Intervenções obstétricas**

durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública: 2014.

LIMA, L. C.; SILVA, C. N.; RIBEIRO, L. B.; LOPES, A. C. S.; SOUZA, C. R.; SILVA, C. S. **Violência Obstétrica: relatos de experiência vivenciada.** REVISA, 2022.

LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 8. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, A. T. J. L.; ALBUQUERQUE, P. S. **Violência obstétrica: uma revisão integrativa.** Monografia (Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2022.

MATOS, M. G.; MAGALHÃES, A. S.; CARNEIRO, F. T. Violência obstétrica e trauma no parto: Relatos de mães. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 41, 1-13. 2021.

MATOS, T. A. *et al.* Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Rev. bras. Enferm.** 2010, vol.63, n. 6, pp.998-1004.

MELO, C. R. M.; PERAÇOLI, J.C. Mensuração da energia despendida no jejum e no aporte calórico (mel) em parturientes. **Rev. Latino-am Enfermagem**, jul-ago/2007.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM.** Florianópolis, out-dez/2008.

MONTEIRO, B. R.; SOUZA, N. L.; SILVA, P. P.; PINTO, E. S. G.; FRANÇA, D. F.; ANDRADE, A. C. A.; OLIVEIRA, A. A. V. A atenção à saúde no contexto do pré-natal e do parto na perspectiva da puérpera. **Rev. Bras. Enferm.**, 2020;

MORAES, B. R.; LAGO, T. G. **Implicações físicas e psicológicas da episiotomia no puerpério.** Femina. 2022.

MOURA, A. T. *et al.* **Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica.** Centro Universitário UNIFACEX, RN. Enfermagem em Foco, 2018.

MUNIZ, B. M. V.; BARBOSA, R. M. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?** Memórias Convenção Internacional de Saúde Pública, 2012.

OLIVEIRA, L. T. T. **Ventres sem leis: os rumos do parto humanizado no Brasil e o combate à violência obstétrica.** Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Serviço Social. Natal/RN, 2019.

OLIVEIRA, S. M. J. V.; MIQUILINI, E. C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v. 39, n.3, p. 288-95, 2005.

PAIVA, A. M. G.; PEREIRA, A. M. M.; DANTAS, S. L. C.; RODRIGUES, A. R. M.; SILVA, F. W. O.; RODRIGUES, D. P. Representações sociais da violência obstétrica para puérperas e profissionais da saúde: análise fatorial de correspondência. **Cogitare Enferm.**, 2022.

PAULA, E.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P.; FELICIO, F. C.; ARAÚJO, R. C. B.; CHAMILCO, R.; ALMEIDA, V. L. M. Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. **Texto e contexto Enfermagem**, 2020.

PEÑA, S. R.; GOMES, C. R. G. **Episiotomia e suas implicações**. Arquivos do MUDI, Maringá, v. 20, n 1, p. 25-37, 2016.

PEREIRA, W. R. **Poder, violência e dominação simbólicos nos serviços públicos de saúde**. Texto e contexto enferm. 2004.

PEREIRA, J. S. *et al.* Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. **Revista Brasileira de Cirurgia e Pesquisa Clínica**, v. 15, p. 103-108, 2016.

PÉREZ, B. A. G.; OLIVEIRA, E. V.; LAGO, M. S. Percepções de Puérperas vítimas de Violência Institucional durante o Trabalho de Parto e Parto. **Revista Enfermagem Contemporânea**, 2015.

RATNNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface comun. saúde educ.** 2009.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2017.

RIBEIRO, L. B. **Nascer em Belo Horizonte: cesarianas desnecessárias e prematuridade**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

ROTHER, E. T. **Revisão Sistemática X revisão narrativa**. Acta Paulista de Enfermagem, 2007.

SACRAMENTO, L. T.; REZENDE, M.M. Violências: lembrando alguns conceitos. **Revista Aletheia**, n.24, p.95-104, jul./dez. 2006.

SANFELICE, C. F. O.; ABBUD, F. S. F.; PREGNOLATTO, O. S.; SILVA, M. G.; SHIMO, A. K. K. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev Rene**. mar-abr/2014.

SANTANA, D. P.; MOREIRA, R. S.; MUELLER, P. S.; MOURA, K. M. B.; PINHEIRO, M. D. G.; OLIVEIRA, F. F.; CARMO, H. O.; FARIAS, S. M. C. **O papel do enfermeiro no parto humanizado: a visão das parturientes**. 2023.

SANTOS, A. L. M. **Violência obstétrica: percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidado**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil) – Ciências da Saúde, Centro Universitário Franciscano, Santa Maria – RS, 2016.

SANTOS, J. O.; BOLANHO, I. C.; MOTA, J. Q. C.; COLEONI, L.; OLIVEIRA, M. A. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. Esc. Anna Nery. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 658-63, dez. 2008.

SANTOS, O. M. B. **A Enfermagem como diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento**. Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis, 1998.

SCHRAIBER, L.; D'OLIVEIRA, A. F. P.; HANADA, H.; FIGUEIREDO, W. C. M.; KISS, L.; DURAND, J.; PINHO, A. **Violência vivida: a dor que não tem nome**. Interface (Botucatu) 2003.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências**. Interface, 21(60) p.209-20, 2017.

SILVA, G. R. **Tipos de violência obstétrica e seus impactos na saúde da mulher no Brasil**. Goiânia, 2022.

SOUSA, M. P. V.; SANTOS, L. S. A.; CALDAS, G. R. F.; BATISTA, F. A. M.; SILVA, C. R. L. **Violência obstétrica: fatores desencadeantes e medidas preventivas de enfermagem**. Nursing (Ed. bras., Impr.); ago/2021.

SOUZA, A. B.; *et al.* Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, set./dez., 2016.

SOUZA, A. S. R.; COSTA, A. A. R.; COUTINHO, I.; NETO, C. N.; AMORIM, M. M. R. **Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades**. FEMINA | Abril 2010 | vol 38 | nº 4

SOUZA, A. C. A. T. *et al.* Violência obstétrica: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e45746, abr. 2020.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.6, nov./dez. 2015.

TEIXEIRA, P. C.; ANTUNES, L. S.; DUAMARDE, L. T. L.; VELLOSO, V.; FARIA, G. P. G.; OLIVEIRA, T. S. Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: A dor que querem calar. **Revista Nursing**, 2020.

TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. A.; DINIZ, S. D. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2015.

WERNER, E. F. *et al.* Modo de Parto e Resultados Neonatais em Recém-Nascidos Prematuros de Pequeno Porte em Idade Gestacional. **Ginecologia e obstetrícia**, v. 120, n. 3, p. 560-564, 2012.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

ZANARDO, G. L. P.; CALDERÓN, M.; NADAL, A. H. R.; HABIGZANG, L. F. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre/RS, 2017.

ZANETTI, M. R. D. *et al.* Episiotomia: revendo conceitos. **Revista Femina**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, p. 367-371, jul. 2009.