



CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO - UNIFAMETRO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAQUEL DE SOUSA PINTO BARROSO

**CONSTRUÇÃO DE UM GUIA PRÁTICO VOLTADO PARA ENFERMEIROS E
GESTANTES SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

FORTALEZA

2022

RAQUEL DE SOUSA PINTO BARROSO

CONSTRUÇÃO DE UM GUIA PRÁTICO VOLTADO PARA ENFERMEIROS E
GESTANTES SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Artigo Tcc apresentado ao curso de graduação Enfermagem do Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO – como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem, sob orientação do Prof. Me. Antônio Adriano da Rocha Nogueira.

FORTALEZA

2022

RAQUEL DE SOUSA PINTO BARROSO

CONSTRUÇÃO DE UM GUIA PRÁTICO VOLTADO PARA ENFERMEIROS E
GESTANTES SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Este artigo Tcc foi apresentado no dia 14 de dezembro de 2022 como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem do Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO – tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Antônio Adriano da Rocha Nogueira
Orientador – Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO

Prof.^a Ms. Ana Carolina de Oliveira e Silva
Membro – Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO

Prof. Esp. Vera Lúcia Teobaldo Damasceno Uchoa
Membro – Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO

CONSTRUÇÃO DE UM GUIA PRÁTICO VOLTADO PARA ENFERMEIROS SOBRE A PREVENÇÃO E MANEJO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Raquel de Sousa Pinto Barroso¹
Antônio Adriano da Rocha Nogueira²

Resumo

Por muito tempo gestantes foram submetidas a procedimentos abusivos e sem consentimentos executados por profissionais da saúde com intuito de acelerar o parto, pondo em risco a vida da mãe e da criança e causando traumas em um momento tão importante para a mulher. O objetivo desse estudo foi construir de um guia prático voltado para enfermeiros sobre a prevenção e manejo da violência obstétrica. Trata-se de estudo do tipo metodológico, neste estudo, volta-se a construção de uma tecnologia educativa sobre violência obstétrica no período gestacional. Dessa forma, procedeu-se por seleção do conteúdo a partir das evidências de literatura, depois na construção com a elaboração e designer gráfico com conteúdo visual e por último a impressão do guia prático. Foram utilizados os seguintes descritores: violência obstétrica, parto humanizado, parto. Os estudos foram retirados de periódicos indexados nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Portal Scientific Electronic Library Online (SciELO) e do Guia Prático de Assistência ao Parto Normal (OMS, 1996). Resultando em uma organização de em 8 categorias: 1. O que é um plano de parto; 2. Como ocorre a violência obstétrica; 3. Boas práticas da atenção ao parto e nascimento; 4. Procedimentos não recomendados; 5. Recomendações no cuidado com o recém-nascido; 6. Em casos de abortamento; 7. O que fazer em casos de violência obstétrica 8. Lei N° 16.837 de 18 de janeiro de 2019 (Lei do parto humanizado). Faz-se relevante o investimento em ações de educação em saúde que minimizem a vulnerabilidades dessas mulheres e promovam o seu empoderamento. Essas ações visam estimular sua autonomia familiar, social e de cuidado à saúde para prevenir e enfrentar situações de violência em seu cotidiano.

Descritores: violência obstétrica, parto humanizado, parto.

¹Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Fаметro (UNIFAMETRO).

²Orinetador. Professor do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Fametro (UNIFAMETRO).

1 INTRODUÇÃO

A maternidade é um período de grandes mudanças físicas e psicológicas nas mulheres, dentre as quais pode-se citar a ansiedade de como será o parto. Haja visto que o parto era realizado no meio familiar, respeitando seu curso natural sem a utilização de mecanismos que acelerassem esse processo (SILVA, 2022).

Esses riscos físicos e emocionais que as mulheres sofrem durante o trabalho de parto são entendidos como a violação aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres que se caracteriza pela apropriação do corpo e processos reprodutivos, pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, o termo violência obstétrica foi proposto para a identificação de qualquer ato de violência direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera ou ao seu bebê, praticado durante a assistência profissional, que signifique desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências. Foi reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014, na Declaração de Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde como violação de direitos humanos das mulheres, sendo externada preocupação com o quadro nos mais diversos assuntos (TEIXEIRA, 2021).

A violência obstétrica, conhecida também como violência institucional na atenção obstétrica corresponde a uma forma específica da violência de gênero, uma vez que há utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes. Consiste em uma expressão que agrupa as formas de violência e danos originados no cuidado obstétrico profissional, enquadrando-se nesse conceito, todos os atos praticados no corpo da mulher e do neonato sem o devido consentimento (SENS; STAMM, 2019).

Sob essa perspectiva, todo e qualquer procedimento deve ser devidamente informado à parturiente, sendo pautado pelo seu consentimento e tendo como critério

bioético o princípio da autonomia que implica em liberdade de escolha (HENRIQUES, 2021).

Dentre os tipos de violência contra a mulher, a obstétrica é uma delas, e é caracterizada no Brasil como ação invasiva ao corpo da mulher causando danos físico ou psicológico. No físico citam-se diversas ações tais como privação alimentar, proibição de movimentação, realização de manobras como Kristeller, uso da ocitocina de rotina, cesariana sem indicação, episiotomia e episiorrafia, além de ações que venham a agredir a mulher psicologicamente através de agressões verbais e ameaças que afloram sentimentos angustiantes como inferioridade e daí sendo desenvolvido medo e a insegurança.

No ciclo vital feminino a gestação é um momento esperado por muitas mulheres e geral em uma realização. Além de transformações anatômicas, fisiológicas e sentimentais, é um período de adaptação para uma nova etapa em suas vidas, onde a mente pode vir a aflorar angústias e medos. A fragilidade emocional e o desconforto físico seguem paralelos durante toda gestação, o que requer muitas vezes uma visão humanizada e acolhedora aos profissionais que as assistem (LANSKY S. *et al.*, 2019).

Durante a assistência no parto, muitas intervenções são realizadas a partir da internação da mulher na maternidade. Algumas instituições negam o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS, por mais que seja assegurado esse direito pela Lei, 11.108, de 7 de abril de 2005 (ALMEIDA *et al.*, 2019). Tal fato ressalta a necessidade de esclarecimento da mulher e sua rede de apoio sobre violência obstétrica durante o pré-natal.

Por ser uma violência silenciosa e institucionalizada, os maus tratos às mulheres durante o trabalho de parto provocam importante sofrimento psíquico nas mulheres, práticas que são naturalizadas e reproduzidas nas rotinas dos hospitais de todo o país. No momento em que o que se espera é acolhimento e cuidado à mãe ao bebê, o que se observa é o exercício do poder e uma assistência violenta, com uma prática discriminatória quanto ao gênero, classe e etnia (ALMEIDA; RAMOS, 2020).

A negligência dos profissionais em hospitais e maternidades no acolhimento dessas que estão na expectativa do nascimento de seus filhos radiando esperança e alegria, podem causar frustrações, especialmente ao se deparar com atitudes de abandono ou intervenções desnecessárias, como a adoção de técnicas que desviam a naturalidade do parto e até mesmo da vida. Logo, o constrangimento

é o primeiro sentimento enfrentado por elas, acompanhado de grande medo e angústia deixando sequelas sentimentais capazes de seguir por toda a vida. No que cabe a assistência de enfermagem, em especial no acolhimento, esta deve garantir os direitos adquiridos delas.

Os sentimentos de incertezas, medo e angústia que as mesmas vêm trazendo durante o processo de contrações iniciada extra hospitalar tende a ser amenizada diante cuidados humanizados, preparados a oferecê-las (SILVA *et al.*, 2019).

Cada parto tem suas particularidades, porém o enfermeiro deve estar preparado para qualquer evento que venha a acontecer. Segurança, conhecimentos humanos e científicos, cuidados éticos são de suma importância para que esse profissional possa transmiti-los positivamente em benefício do bom trabalho e tranquilidade a parturiente. Além disso, é muito importante que a mulher seja tratada de forma holística, respeitando sua cultura, religião, opinião, seus sentimentos e vontades, pois é um direito que lhe cabe (BRANDT *et al.*, 2018).

O parto humanizado por sua vez ajuda a reduzir ainda mais os riscos para a mulher, com o auxílio das tecnologias a mulher tem sua recuperação mais rápida. O parto humanizado faz com que a mulher tenha segurança, confiança e agilidade durante o trabalho de parto e assim garantindo o bem-estar de mãe e filho (MOURA *et al.*, 2018). A enfermagem tem papel fundamental nesse processo de humanização da assistência, por estar mais próximo na relação e no cuidado durante as 24 horas do dia, e pela atuação do enfermeiro no processo de parturição.

As responsabilidades do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz na assistência às gestantes, foram definidas posteriormente pela resolução COFEN nº 524/2016. À luz dos princípios e recomendações desse documento e da Resolução COFEN nº 524/2016, o enfermeiro obstetra pode ser considerado o profissional com maiores atribuições no decorrer do ciclo que vai do pré-parto até o puerpério, na busca pela humanização, uma vez que a este cabe a responsabilidade pela compreensão da dor e insegurança da parturiente (LEAS; CIFUENTES, 2016).

Práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiros na assistência ao parto, incorporam em suas ações o uso da água na aspensão, a orientação para uma respiração adequada e o uso da massagem como recursos que favorecem o relaxamento da parturiente, a promoção do relaxamento e o alívio da dor no parto; a

passagem facilitada do feto; o estímulo do vínculo enfermeira-parturientes; técnicas que proporcionem confiança e segurança a parturiente (Moura, *et al.*, 2018).

No intuito de rediscutir as práticas de assistência ao parto e nascimento, o Ministério da Saúde desenvolveu ações de saúde, no qual foi instituído em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e em 2011 a Rede Cegonha, com o objetivo de garantir a melhoria no acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, parto e puerpério, com atenção humanizada à mulher e à criança (ANDRADE *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, o interesse pela temática surgiu durante curso de graduação em enfermagem, mais especificamente sobre relato de mulheres vitimadas e durante o primeiro contato com a unidade programática de Saúde da Mulher, o que incentivou o aprofundamento maior dos conhecimentos no que se refere a violência obstétrica. Por conseguinte, o estudo levantou o seguinte questionamento de pesquisa: Quais os principais aspectos a serem abordados em um guia prático sobre violência obstétrica?

A relevância desse estudo está em proporcionar a construção de um guia prático sobre prevenção e manejo da violência obstétrica que tenha potencial para subsidiar as suas ações e conseqüentemente proporcionar um parto saudável e um pós-parto com menos traumas físicos e psíquicos, ofertando conhecimentos fazendo assim detecção precoce.

Nesse sentido, as informações e orientações ofertadas durante o pré-natal são de extrema importância, pois ao esclarecer as dúvidas das diversas questões pautadas pelas mesmas, as tornam mais seguras e autônomas no que envolve o processo gestacional, parto e até mesmo puerpério. O enfermeiro tem papel fundamental frente a esse contexto, pois o mesmo está relacionado ao processo de acolhimento e humanização.

O guia prático se destina a orientar os profissionais de saúde no qual necessitam ser treinados no manejo e condutas sobre a violência obstétrica. Orientar as gestantes sobre seus direitos podendo assim desenvolver condutas assistenciais que reduzam seu sofrimento no trabalho de parto, proporcionando conforto para binômios (mãe-bebê), preservando seu direito e a integralidade da mesma, apoiando psicologicamente frente as situações de trabalho de parto.

O presente estudo teve como objetivo descrever o processo de construção de um guia prático para enfermeiros e gestantes sobre violência obstétrica.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo do tipo metodológico, o qual se refere a investigações sobre métodos, organização e análise de dados, que visam elaborar, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT, *et al.* 2018).

Neste estudo, volta-se a construção de uma tecnologia educativa para ações preventivas e de manejo à violência obstétrica no período gestacional.

No desenvolvimento aborda-se o processo de elaboração do instrumento, com o estudo da temática, demarcação dos objetivos e meios para elaboração do projeto.

2.2 Fase do estudo

Como se trata de um estudo metodológico, consta de três momentos: fundamentação teórica, construção da tecnologia e validação (POLIT, *et al.* 2018). Porém, para este trabalho de conclusão de curso, foi realizada apenas as duas primeiras etapas que será a fundamentação teórica acerca do tema e a construção de um guia prático sobre ações preventivas e de manejo à violência obstétrica no período gestacional. Esta última sendo constituída por: Seleção do conteúdo, construção do layout do guia prático e produção do impresso.

A figura 1 resume os passos da elaboração da tecnologia educativa.

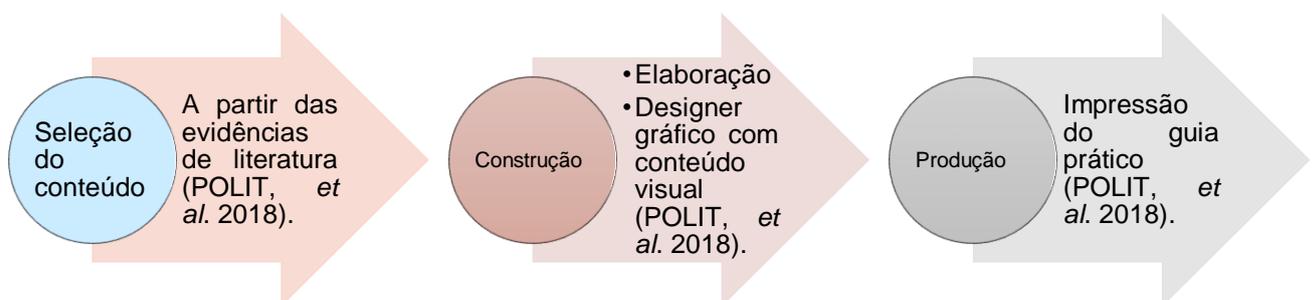


Figura 1- Diagrama dos passos da elaboração da tecnologia educativa

A seleção do conteúdo foi realizada através das informações obtidas na primeira fase por meio da revisão de literatura, a fim de selecionar os assuntos de maior relevância para compor a parte teórica do guia prático. O principal objetivo da revisão de literatura é a busca para analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, pois, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente. (MARTINS; SANTOS; ALVARES, 2019).

Os critérios de inclusão utilizados foram: publicações em base de dados científicos disponíveis em português, por meio da leitura de títulos, dos resumos, das disponibilidades na sua íntegra e gratuito assim como da leitura completa do material estudado. Os critérios divergentes adotados para realização dos estudos foram: teses, monografias, dissertações e textos científicos indexado nas bases de dados selecionadas para a construção do estudo científico e estar relacionados exclusivamente à experiência de mulheres sobre as práticas de assistência ao parto e nascimento, ou seja, foram selecionados os artigos que continham somente assuntos relacionados ao parto e violência obstétrica. Dentre os critérios de exclusão adotou-se: não entraram na pesquisa artigos em outros idiomas e que não respondiam ao objeto de estudo.

Os estudos serão retirados de periódicos indexados nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Portal Scientific Electronic Library Online (SciELO) e do Guia Prático de Assistência ao Parto Normal (OMS, 1996). Utilizados como descritores: violencia obstétrica, parto humanizado, parto.

Em relação a construção do layout do guia prático foi contratado um designer gráfico para criar um conteúdo visual de boa qualidade afim de aumentar o interesse do leitor pelo exposto no guia prático. Sobre orientação e acompanhamento da autora do guia prático com conteúdos selecionados e delimitados. De acordo com Araújo e Silva *et al*, (2019) os recursos visuais como figuras e gráficos devem ser utilizados para apresentar de forma didática conceitos extensos e complexos, e devem auxiliar na compreensão dos textos e facilitação da leitura, tornando-a mais atraente e criativa.

2.3 Análise de dados

Para fundamentar a pesquisa, os dados foram analisados através da literatura pertinente sobre o assunto por meio das bases de dados LILACS e SCIELO. Foi realizado uma descrição do processo de construção do layout (projeto educativo). Mediante a interpretação dos dados fundamentada na literatura vigente utilizada para coletar os dados.

2.4 Aspectos éticos

Esse projeto não envolve seres humanos de forma direta pois trata-se da fase de criação de um guia prático, assim, não será necessário fazer o uso da resolução 446/12, que diz respeito aos fundamentos éticos e científicos pertinentes que devem ser atendimentos no caso de pesquisa que envolva seres humanos.

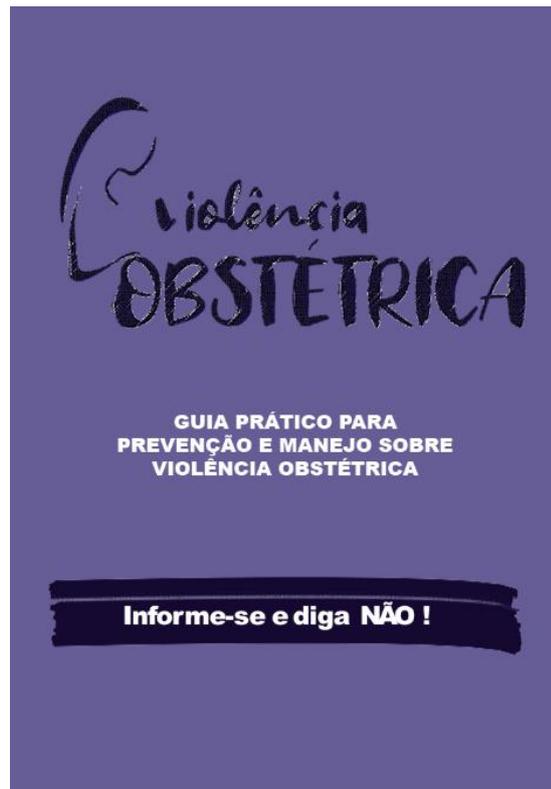
No entanto, serão preservados os direitos autorais das informações obtidas dos artigos, garantindo a inclusão de seus nomes nas referidas referências, bem como manter a integralidade e originalidade das ideias dos autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1: Capa do guia prático

Apresentamos a capa do guia prático, com um fundo na cor roxo quente, uma tonalidade na cor púrpura, tons de roxo mais intensos. Com o tema central, juntamente com uma gestante em uma arte, seguida do título do guia prático para onde está voltada a abordagem e uma frase de alerta. A imagem que foi capturada por um banco de dados do google e editada no Power point, a imagem de uma gestante, demonstrando calma, afeto e tranquilidade, período em que a mulher oferece todo seu amor e dedicação.

Figura 1: Capa do guia prático



Fonte: Autora

O momento do parto permite à mulher uma vivência única. Dessa forma, deve ser assegurado a ela e ao neonato todas as maneiras possíveis para que todas as etapas do parto sejam perpassadas em apazibilidade (MELO *et al.*, 2018).

Quando se trata dos aspectos sobre o contexto da humanização do parto, é referido a “ética, respeito, dignidade e empatia” para com a mulher no momento da parição, ou mesmo desde a gestação ao período puerperal. A parturiente é “re” – colocada em seu lugar de protagonista, onde seu o corpo reage as ações de hormônios que permitem a evolução do processo de parto. Não é utilizada medicação, interferências são benéficas como estímulos de palavras positivas e o apoio de familiares ou de quem a mulher decidir para partilhar com ela este momento (MELO *et al.*, 2018).

5.2: Apresentação do tema

Diante de violência obstétrica, a Enfermagem pode incorporar, em suas práticas de cuidado às mulheres, ações de enfrentamento e de prevenção dos agravos nas situações de violência. No Parto Humanizado, o papel do profissional de enfermagem

é indispensável para assistir a parturiente e o conceito em todos os momentos (ESTUMANO, *et al.*, 2017).

Sendo assim, no intuito de orientar as gestantes a importância desse guia prático, é informar e atualizar como elaborar um plano de parto de sua escolha, como ocorre a violação dos seus direitos, como evitar e onde recorrer em caso de violência obstétrica.

Figura 2: Página da apresentação do tema



Fonte: Autora

É importante mencionar que no Brasil, a violência de gênero, marca uma sociedade estruturada no alicerce patriarcal onde a figura feminina foi considerada apenas pelo quesito biológico, sem que pudesse opinar, manifestar ou expressar-se acerca dos mais variados assuntos que permeiam a vida. Desse modo, a luta na atualidade contra os abusos referentes a mulher aborda também os aspectos socioculturais. Conquistas significativas foram alcançadas, como o acesso ainda que pequeno, aos serviços de saúde pública específicos para a mulher (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017).

Muitas mulheres desconhecem o conceito de VO. São submetidas a esta violência e ficam em silêncio, consideram que seja normal e parte da rotina em uma maternidade ou UBS no processo de parturição. São mulheres que fazem parte do grupo de indivíduos que desconhecem seus direitos assegurados em lei. Os procedimentos, como por exemplo não permitir a escolha da posição desejada para parir, dentre outros procedimentos como a amniotomia, não são explicados à parturiente. Dessa forma, se repete no dia a dia destas instituições de saúde, como elemento do conjunto da assistência prestada ali (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

5.3: O que é um plano de parto

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o plano de parto nada mais é que um documento no qual a gestante descreve as orientações a todos os profissionais que conduzirão seu procedimento. Ele pode ser feito em forma de carta, lista ou modelo de sua escolha (MS, Humanização do parto, humanização no pré-natal e nascimento, Brasília-DF, 2002).

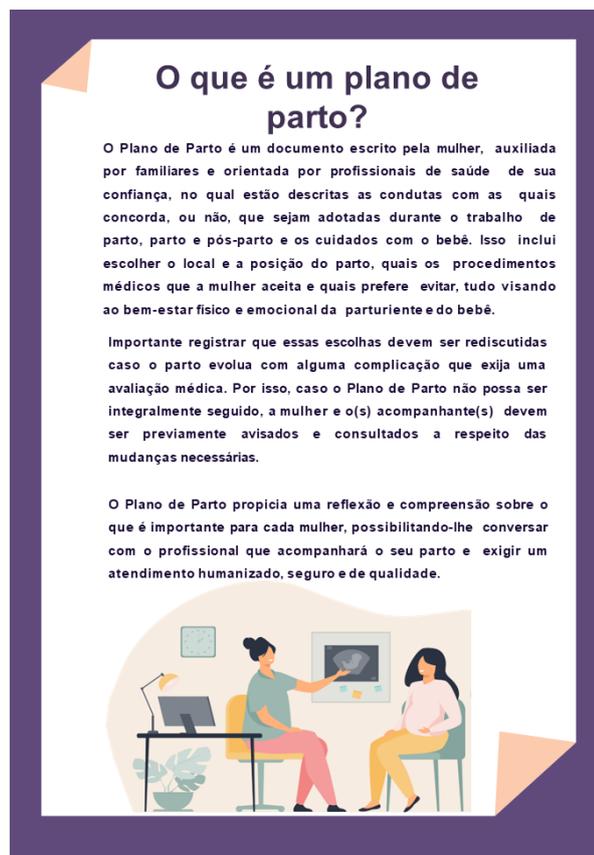


Figura 3: Plano de parto

Fonte: Autora

Diante do alto número de violência obstétrica e da preocupação evidenciada com a humanização do parto, o plano de parto é uma ferramenta para assegurar que a autonomia da vontade da pessoa parturiente seja respeitada.

Em 1980, Sheila Kitzinger, que defendia que o parto é um processo fisiológico e que não poderia ser encarado como patológico e medicalizado, elaborou o primeiro modelo de plano de parto nos Estados Unidos. Desde 1996, a OMS recomenda a elaboração do plano de parto (SANTOS et al, 2019).

O plano de parto se trata de um documento escrito, que a pessoa parturiente cria, podendo contar com a colaboração da ou do parceiro e de profissional da obstetrícia, contendo as preferências, expectativas e temores daquela sobre o futuro parto e o apresenta aos profissionais que realizarão o atendimento. Assim, serve para facilitar a comunicação, possibilitando maior satisfação, autonomia e participação da ou da gestante no processo de parturição (HILDALGOLOPEZOSA; HILDALGO-MAESTRE, RODRÍGUEZ-BORREGO, 2017).

Nesse sentido, observa-se que, o plano de parto é de extrema importância para a parturiente, pois, afere confiança a partir do momento que tem conhecimento tudo que ela quer e o que poderá acontecer durante o processo de nascimento. “É de suma importância que o plano de parto seja construído pela mulher e que seja compartilhado com o profissional de saúde que a atende” (LOPES et al, 2017, p. 5).

5.4: Como ocorre a violência obstétrica?

A OMS conceitua como Violência Obstétrica (VO) como toda a prática que diz respeito a processos reprodutivos, executada por profissionais de saúde dentro de UBS e hospitais, maternidades, prestando uma assistência distinta com aspectos de desumanidade. Pode haver o uso abusivo de medicação e este ser desnecessário ou ir contra a aceitação da mulher, bem como as “intervenções iatrogênicas”. E toda e qualquer ação que possa causar desconforto físico e psicológico na mulher em todo o período da gestação e puerpério (WHO, 2014).

No entanto, para melhor entendimento, foram divididos em direitos, boas práticas da atenção ao parto e nascimento, procedimentos não recomendados, recomendações no cuidado com o recém-nascido após o parto, violência obstétrica

em casos de abortamento, o que fazer em casos de violência obstétrica e sobre a lei do parto humanizado.

Figura 4: Como ocorre a violência obstétrica?



Fonte: Autora

No Brasil não há lei federal específica sobre o tema “violência obstétrica”, mas é possível identificar alguns projetos de lei que buscam abordar o tema. Dentre eles, o Projeto de Lei nº 7633/2014, de autoria do Deputado Federal Jean Wylis, que destaca:

Art. 13. Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo (a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério (BRASIL, 2014, s.p).

A violência obstétrica pode ocorrer por ações que incidam sobre o corpo, que causem dor ou dano físico, sem serem baseadas em evidências científicas (violência

física); comportamentos ou verbalizações que inferiorizem, tornem o ser vulnerável, causem medo, instabilidade emocional, abandono, insegurança, ofendam ou levem à perda da integridade, dignidade e prestígio (violência psicológica); ações que violem a intimidade ou pudor, a integridade sexual e reprodutiva, provocadas com ou sem acesso aos órgãos sexuais e partes íntimas do corpo (violência sexual); atos visando obter recursos financeiros das pessoas e familiares nos processos reprodutivos, violando direitos em benefício do particular (violência material); e por meio de campanhas da mídia dirigidas a violar psicologicamente as pessoas em seus processos reprodutivos, vulgarizando práticas sem evidências científicas (violência midiática). Salienta-se que, de um mesmo fato, podem incidir várias formas de violência (BRASIL, 2012).

5.5: Direitos da gestante (Acompanhante e Doula)

De acordo com a Lei N° 11.108, de 7 de abril de 2005, os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Com o objetivo de garantir melhor assistência às mulheres em seu período gravídico-puerperal a presente Lei N° 16.837 de 17 de janeiro de 2019, estabelece a presença da doula deve ser considerada independente da do acompanhante e não acarreta ônus adicional à instituição e a atuação da doula (Registro de Ocupação nº 3221-35) tem como base as atribuições descritas pelo Ministério do Trabalho e Emprego, não impede a participação do acompanhante de sua escolha.

Figura 5: Direitos da gestante (Acompanhante e Doula)



Fonte: Autora

Pode-se mencionar ainda a criação da Rede Cegonha, pelo SUS, no art. 1º da Portaria 1.459/2011, do Ministério da Saúde, como uma rede de cuidados que objetiva assegurar a mulher o planejamento familiar, a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e à criança ao nascimento seguro e ao crescimento saudáveis (BRASIL, 2011).

5.6: Apresentação de boas práticas da atenção ao parto e nascimento

As boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, na compreensão dos profissionais de saúde, se relacionam principalmente às tecnologias leves de cuidado em saúde, isto é, às orientações pré-natais bem conduzidas, ao acolhimento e à livre escolha da mulher não só nas diferentes etapas, mas também na inclusão da família e/ou do acompanhante no processo de parturição (Pereira *et. al*, 2018).

Figura 6: Boas práticas da atenção ao parto e nascimento

BOAS PRÁTICAS DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

(baseado nas orientações da OMS 2018)

Atendimento respeitoso mantendo a dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo ausência de maus tratos e possibilitando apoio à escolha informada;

É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:

- A mulher ser tratada pela equipe de saúde, de forma que se sinta ignorada, inferiorizada, infantilizada, desprezada, com medo ou vergonha;
- Ser constrangida por comentários referentes à sua cor, etnia, estado de saúde, idade, situação conjugal, orientação sexual ou identidade de gênero;
- Ser ofendida por chorar, gritar ou ter dúvidas sobre o atendimento;

Comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e a mulher e seu (sua) acompanhante;

É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:

- Não receber informações claras sobre todos os procedimentos realizados e, em caso de impossibilidade, ao seu (sua) acompanhante;
- Não receber os devidos esclarecimentos quanto aos riscos para si e o feto, nos casos de cesariana sem necessidade clínica;



AGRESSÕES



AMEAÇAS



GRITOS



OMISSÃO DE INFORMAÇÕES



EPISIOTOMIA DESNECESSÁRIA E IMPOSITIVA

Permitir a ingestão de líquidos e alimentos, encorajar a movimentação e escolha da posição pela parturiente;

É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:

- A mulher ser impedida de se movimentar, beber água ou comer alimentos leves durante o trabalho de parto;
- A mulher ser impedida de assumir posição na qual se sinta mais confortável durante o trabalho de parto e parto, salvo em situações nas quais o seu bem-estar e do feto dependam de condutas que necessitem de posição específica.

São opções para o alívio da dor: medicamentos, analgesia e opções não farmacológicas (relaxamento, massagens e compressas);

É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:

- A mulher não ser orientada sobre opções não farmacológicas (banho terapêutico, mudança de decúbito, bola) e/ou farmacológicas (medicamentos, analgesia) para alívio da dor;
- A mulher não receber analgesia quando solicitar e não existir contraindicação clínica;

Realizar toque vaginal somente com indicação clínica;

É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:

- A mulher ser submetida, sem o seu consentimento ou indicação clínica, a repetidos exames de toque;
- A mulher ser submetida a exames de toque por mais de um profissional;
- Realização de exames de toque sem o intervalo mínimo de 4 horas.

Fonte: Autora

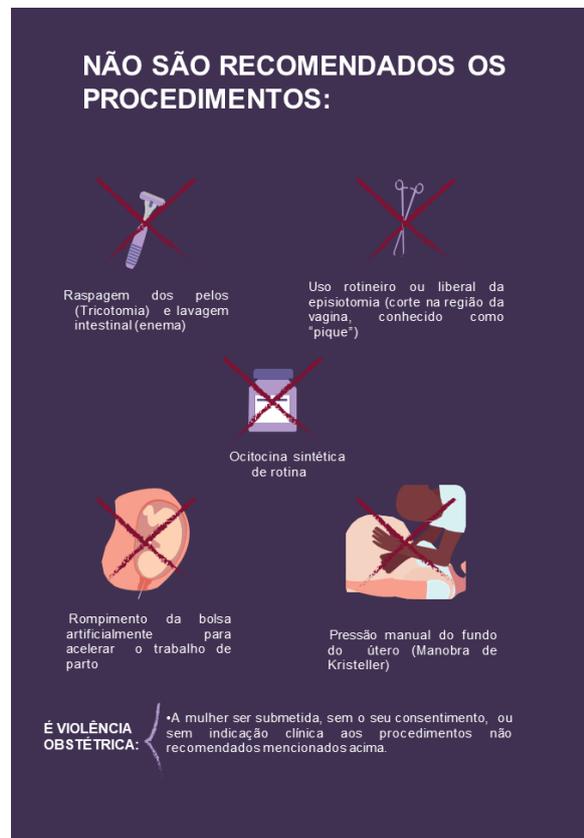
A OMS conceitua como VO como toda a prática que diz respeito a processos reprodutivos, executada por profissionais de saúde dentro de UBS e hospitais, maternidades, prestando uma assistência distinta com aspectos de desumanidade. Pode haver o uso abusivo de medicação e este ser desnecessário ou ir contra a aceitação da mulher, bem como as “intervenções iatrogênicas”. E toda e qualquer ação que possa causar desconforto físico e psicológico na mulher em todo o período da gestação e puerpério (WHO, 2014).

5.7: Procedimentos não recomendados

Constituem exemplos de violência obstétrica a negligência na assistência, maus tratos físicos e/ou verbais, uso rotineiro da episiotomia, episiorrafia, uso da ocitocina, da manobra de Kristeller, da cirurgia cesariana sem indicação clínica, da tricotomia, da lavagem intestinal, da indicação de repouso no leito prolongado, do excesso de

exame de toque vaginal e quaisquer outras ações ou procedimentos realizados sem o consentimento da mulher (Tesser *et al.*, 2015). Soma-se a isto, o descumprimento da Lei Federal nº 11.108 de 2005, conhecida como Lei do Acompanhante, que permite à mulher a presença de um acompanhante de sua escolha, durante todo o processo de parturição (Brasil, 2005).

Figura 7: Procedimentos não recomendados



Fonte: Autora

A violência obstétrica é um fenômeno que vem acontecendo há algumas décadas na América Latina. De acordo com García, Diaz e Acosta (2013), um fator sempre presente entre as gestantes é a falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos que irão ser realizados na evolução do trabalho de parto. Essa situação pode levá-las a se conformarem com a exploração de seus corpos por diferentes pessoas, aceitando diversas situações incômodas sem reclamar. Segundo a OMS (2014), gestantes do mundo todo sofrem abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Essas práticas podem ter consequências adversas para a mãe e para o bebê, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher. Porém, apesar da disseminação dessas experiências, a OMS aponta que “atualmente não há consenso

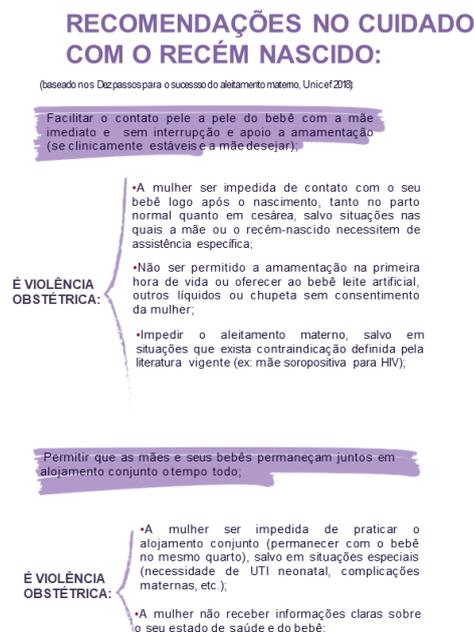
internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidas” (OMS, 2014, p. 1).

5.8: Recomendações no cuidado com o recém nascido

Facilitar o contato pele a pele imediato e ininterrupto e apoiar as mães a iniciar a amamentação o quanto antes após o nascimento (Unicef, 2018).

O contato pele a pele mãe-filho deve iniciar imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre toda a mãe-filho saudáveis. O contato pele-a-pele acalma o bebê e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe (Almeida; Martins, 2004).

Figura 8: Recomendações no cuidado com o recém-nascido



Fonte: Autora

5.9: Violência Obstétrica em casos de abortamento

Embora seja muito aliada ao parto em si, mulheres que sofreram um aborto também podem ser vítimas de violência obstétrica. Isso pode acontecer de diversas maneiras: negação ou demora no atendimento, questionamento e acusação da mulher sobre a causa do aborto, procedimentos invasivos sem explicação, consentimento ou anestesia, culpabilização e denúncia da mulher (Ministério da Saúde, 2011).

Figura 9: Violência obstétrica em casos de abortamento



Fonte: Autora

O termo violência obstétrica é geralmente associado à gravidez e ao parto e isso leva à invisibilidade da violência obstétrica nos cuidados relacionados ao aborto. Enquanto experiências de mau trato e desumanização durante a gravidez e o parto são muito comuns e são uma violação grave dos nossos direitos, é importante reconhecer que a violência obstétrica também acontece nos cuidados de aborto. Além disso, na prestação de cuidados de aborto, a violência obstétrica é frequentemente agravada por crenças culturais e estereótipos acerca das pessoas que têm abortos. Ela também é agravada pelo estigma associado ao aborto em geral, ao aborto autoinduzido em particular e à prática clandestina em países onde o aborto é

legalmente restrito. Em muitos países, pessoas que buscam cuidados durante um aborto induzido ou espontâneo, que procuram acesso ao aborto legal (nos casos em que é permitido por lei), ou têm uma emergência obstétrica durante um aborto autoinduzido, são maltratadas pelas pessoas da equipe de saúde. As formas mais comuns de violência obstétrica durante um aborto incluem: dar informação falsa sobre o aborto (por exemplo, exagerar os riscos do aborto, especialmente se autoinduzido, ou dizer que conseguem saber se a pessoa grávida usou comprimidos abortivos), ameaça de denúncia à polícia, negativa ou atraso do aborto legal ou dos cuidados face a uma emergência médica, inserção ou implantação de contraceptivos sem consentimento, realização de procedimentos que não são medicamente necessários e/ou atraso ou negativa de controle adequado da dor (por exemplo, realizar uma curetagem desnecessária e/ou não usar anestesia) (OMS, 2014).

6: O que fazer caso aconteça

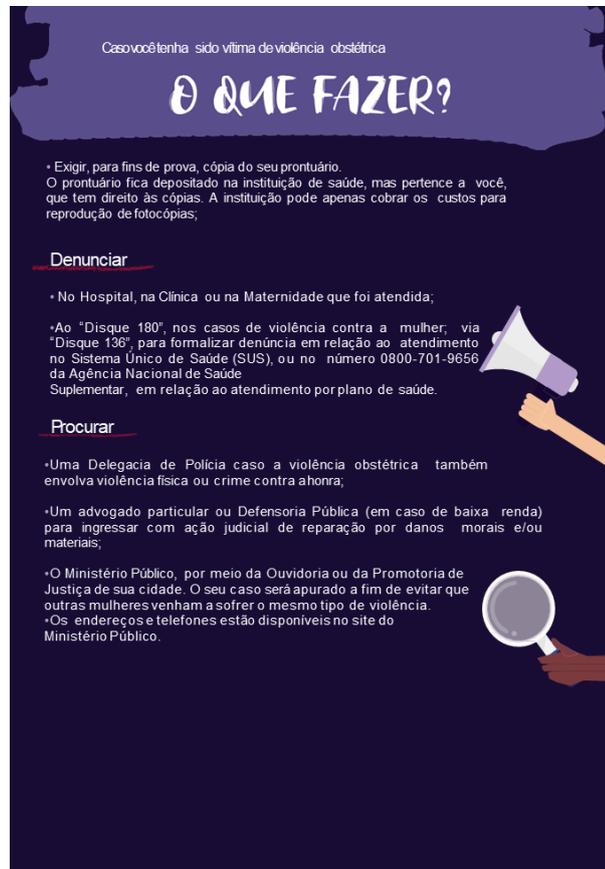
O parto é um momento que coloca a mulher em situação de fragilidade e, por isso, muitas vezes elas não reconhecem a violência sofrida. No entanto, relatar os abusos ajuda a trazer o assunto à tona, evidenciando as más práticas médicas e garantindo às mulheres a devida retificação.

O primeiro passo para realizar a denúncia é reunir documentos como prontuário médico (que deve ser fornecido pelo hospital ou unidade de saúde sem custo); cartão da gestante; plano de parto; exames; e contratos e recibos (quando o parto ocorre na rede privada). Também é importante que a vítima escreva um relato, detalhando o que sofreu, como se sentiu ao sofrer isso e quais as consequências trazidas pela violência.

O próximo passo é se dirigir até a ouvidoria do hospital ou da unidade de saúde em que ocorreu a violência, levando os documentos e o relato, para que seja protocolada a denúncia. Também é recomendado ir à Secretaria Estadual de Saúde ou à Secretaria Municipal de Saúde, bem como realizar denúncia ao Ministério da Saúde e à Central de Atendimento à Mulher. Ainda é possível abrir ações judiciais com o auxílio de advogados, ou gratuitamente através das Defensorias Públicas.

Caso a violência tenha ocorrido na rede privada, utilizando plano de saúde, outra opção é prestar queixa à Agência Nacional de Saúde (ANS), ou diretamente a ouvidoria do plano contratado (MACHADO, J. S.2022).

Figura 10: Caso você tenha sido vítima de violência obstétrica, o que fazer?



Fonte: Autora

6. Lei N° 16.837, de 18 de Janeiro de 2019 Parto Humanizado

Para a realização do parto humanizado, a gestante terá garantido o direito de ser tratada com dignidade e de ser ouvida, além de ter suas dúvidas esclarecidas e receber todas as informações e explicações que desejar, em especial as que impedem opção pelo parto normal. A lei também assegura às grávidas o direito à intimidade e à privacidade, bem como permite o acesso, quando couber, a exames, consultas e orientações de forma gratuita (Petrone, *et al.* 2019).

Figura 11: Lei N° 16.837, de 18 de janeiro de 2019 Parto Humanizado

LEI N° 16.837,

DE 18 DE JANEIRO DE 2019

Art. 1º A presente Lei institui e disciplina o Estatuto do Parto Humanizado, com o objetivo de garantir melhor assistência às mulheres em seu período gravídico-puerperal nos estabelecimentos hospitalares do Estado do Ceará.

Parágrafo único Equiparam-se aos estabelecimentos hospitalares, para os efeitos desta Lei, as Unidades Básicas de Saúde, os consultórios médicos e de enfermagem, as maternidades, os centros de parto normal, sejam públicos ou da iniciativa privada, e o ambiente domiciliar, por ocasião de parto em casa.

Art. 2º

Para a realização do parto humanizado, a mulher em seu período gravídico-puerperal tem garantidos os seguintes direitos:

- I - ter garantido o respeito à intimidade, privacidade e ser tratada com dignidade;
- II - ser ouvida, ter suas dúvidas esclarecidas e receber todas as informações e explicações que desejar, em especial as que impedem opção pelo parto normal, quando couber;
- III - ter acesso a exames, consultas e orientações de forma gratuita;
- IV - dispor de acompanhante de sua escolha, independentemente do sexo, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto;
- V - escolher a melhor posição durante o trabalho de parto e, para o parto, ser incentivada a adotar posições como sentada ou de cócoras, mais favoráveis à boa evolução do parto;
- VI - ter acesso a métodos não farmacológicos para conforto e alívio da dor, como massagens, banhos, cavalinho, bola, entre outros;
- VII - não ser submetida, bem como seu bebê, a intervenções e procedimentos desnecessários;
- VIII - receber apoio físico e emocional de doula durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, sempre que solicitar;
- IX - estando seu bebê sadio, ser-lhe facultado contato pele a pele precoce e prolongado com seu bebê logo após o nascimento e ser-lhe propiciadas condições para amamentação na primeira hora de vida, ainda no local do parto.

§ 1º A presença da doula deve ser considerada independente da do acompanhante e não acarreta ônus adicional à instituição.

§ 2º A atuação da doula (Registro de Ocupação nº 3221-35) tem como base as atribuições descritas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 3º A presença do acompanhamento na enfermaria, no quarto ou no apartamento obedece aos seguintes requisitos:

- I - é precedida de informação da mulher grávida à direção do estabelecimento, indicando nome, endereço e grau de parentesco da pessoa designada;
- II - no caso de serviço privado, todo e qualquer pagamento de despesa decorrente desse acompanhamento é efetuado pelo acompanhante, sem quaisquer ônus para o estabelecimento hospitalar, inclusive aqueles relativos às refeições;
- III - os atos praticados pelo acompanhante nas dependências da instituição são de sua inteira responsabilidade.

Art. 4º A assistência à mulher em trabalho de parto e durante o parto é realizada por médico obstetra, enfermeiro obstetra e técnico de enfermagem, com apoio de doula, quando solicitado.

Art. 5º As atividades educativas e os cursos pré-natais incluem orientações sobre parto e pós-parto humanizado, extensivas aos futuros acompanhantes.

Parágrafo único. A mulher grávida deve ser incentivada a fazer plano de seu parto, sendo este comunicado à equipe de atendimento ao seu parto.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.



Fonte: Autora

7. Enfatizar o tema apresentado



Figura 12: Tema violência obstétrica

Fonte: Autora

8. Apresentação da autora e apoio

Figura 13: Autora e apoio

AUTORA:

Raquel de Sousa Pinto Barroso

APOIO:



Fonte: Autora

9. Apresentação do plano de parto

Para realizá-lo corretamente, é necessário pedir a ajuda de seu obstetra - ou outro médico especializado - que saberá orientá-la a inserir pedidos que não prejudicam nem a sua saúde, tampouco a do bebê. No plano de parto, deve-se registrar as preferências da gestante em relação aos diferentes processos que incluem dar à luz, os cuidados para com ela mesma e com o recém-nascido. Além disso, vale reforçar que o plano é garantido pela legislação brasileira, e, devido à sua oficialidade, é preciso ser assinado pelo médico responsável e pela gestante ((MS, Humanização do parto, humanização no pré-natal e nascimento, Brasília-DF, 2002).

Figura 14: Plano de parto segundo as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal

Plano de Parto	
<p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Telefone: _____ E-mail: _____</p> <p>Data: / / _____</p> <p>Abaixo indico as preferências para o nascimento do meu filho (a), para, dentro das possibilidades, serem atendidas. Sempre que as indicações do Plano não puderem ser seguidas, gostaria de ser previamente avisada e consultada e respeito das alternativas:</p>	
<p>Durante o trabalho de Parto:</p> <p>1. Desejo presença de acompanhante (conforme a Lei 11.198/2005)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. Além do acompanhante, terei/doula, conforme a Lei Estadual n. 16.837/19 do Ceará</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Nome: _____</p> <p>3. Eu não quero ser submetida a:</p> <p><input type="checkbox"/> Tricotomia (depliação dos pelos pubianos)</p> <p><input type="checkbox"/> Enema (lavagem intestinal)</p> <p><input type="checkbox"/> Manobra de Kristeller (profissional de saúde faz pressão no fundo do útero para empurrar o bebê para fora)</p> <p>4. Gostaria de ser incentivada a:</p> <p><input type="checkbox"/> Caminhar e me movimentar para evolução do trabalho de parto</p> <p><input type="checkbox"/> Liberdade para beber água/sucos, enquanto seja tolerado.</p> <p>5. Desejo que seja oferecido uso de analgesia:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, assim que possível</p> <p><input type="checkbox"/> Apenas se solicitado</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>6. Gostaria que sejam oferecidas opções não-farmacológicas para alívio da dor:</p> <p><input type="checkbox"/> Uso da bola suíça</p> <p><input type="checkbox"/> Uso da banheira ou chuveiro</p> <p><input type="checkbox"/> Se, possível, qual(is) outro(s)? _____</p>	<p>Momento do nascimento:</p> <p>7. Gostaria de ser incentivada a:</p> <p><input type="checkbox"/> Me movimentar e escolher a posição que me sentir melhor para parir (a ex. de cócorás, banqueta, quatro apoios).</p> <p>8. Gostaria de ser consultada e ter meu consentimento sobre:</p> <p><input type="checkbox"/> Ocitocina sintética (hormônio para induzir ou intensificar as contrações do trabalho de parto), com indicações restritas e não rotineiras.</p> <p><input type="checkbox"/> Episiotomia (corte na vagina) com justificativa e não rotineira.</p> <p>9. Gostaria de ser consultada, caso seja indicada a:</p> <p><input type="checkbox"/> Ruptura artificial da bolsa</p> <p><input type="checkbox"/> Monitoramento cardíaco intermitente</p> <p>10. Desejo a presença do acompanhante:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>11. Se possível, gostaria de ver a hora do nascimento, com o abaixamento do protetor ou</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Após o parto e Cuidados com o Bebê:</p> <p><input type="checkbox"/> O contato pele a pele com o (a) bebê imediatamente após o nascimento;</p> <p><input type="checkbox"/> A amamentação na primeira hora de vida;</p> <p><input type="checkbox"/> O alojamento conjunto o tempo todo (mãe e bebê no mesmo quarto).</p>
<p>Caso tenha outros desejos e expectativas em relação ao momento do parto, registre aqui: (Ex.: Sobre corte do cordão umbilical, expulsão da placenta, uso de meus olhos, procedimentos com o bebê, etc.)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>Esse é meu Plano de Parto, que protocolo neste momento para que minha vontade e autonomia sejam atendidas. Solicito que procedimentos em desacordo com o aqui expressamente descrito sejam devidamente justificados no meu prontuário médico.</p>	
<p>Assinatura: _____</p> <p>Protocolo: _____</p> <p>Recebido em: / / _____</p> <p>Por (nome e função): _____</p> <p>Local (Hospital, Clínica, Profissional): _____</p>	
<p>DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTENCIA AO PARTO NORMAL</p>	

Fonte: Autora

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados, observou-se que o uso de tecnologias no combate e prevenção da violência contra a mulher tem sido de grande credibilidade, pois facilita bastante a identificação pelos profissionais dessas violências ocorridas, trazendo assim, um melhor conforto e segurança para essas mulheres vulneráveis que muitas vezes tem dificuldade de expor essas agressões.

Reafirma-se a importância de tecnologias interativas no processo de cuidado, em especial, na temática da violência obstétrica, que carece ainda mais de pesquisas, discussões e reflexões acerca do tema e subsídios para novas políticas públicas.

Ressalta-se que a violência obstétrica é ainda pouco reconhecida enquanto um ato violento, pois, no mesmo momento em que ela ocorre, as mulheres estão vivenciando marcantes emoções, que as fazem se calar, sendo necessário abordar seus direitos durante a gestação, parto e pós-parto, especialmente nas consultas de pré-natais, onde temos a oportunidade de abordar os variados assuntos e instrumentalizá-las para a tomada de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição, e que elas possam argumentar e denunciar situações de desrespeito.

Isto posto, é necessário que haja o uso frequente destas estratégias tecnológicas, pois irão contribuir para minimização e prevenção da violência contra a mulher, principalmente por parte dos profissionais de saúde que podem e devem ajudar a mulher a identificar a violência incentivando assim que ela faça a denúncia e haja o combate da violência.

Faz-se relevante o investimento em ações de educação em saúde que minimizem a vulnerabilidades dessas mulheres e promovam o seu empoderamento. Essas ações visam estimular sua autonomia familiar, social e de cuidado à saúde para prevenir e enfrentar situações de violência em seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

Andrade NOP, Silva PQS, Diniz MMC, Caminha CFM. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** 2016.

AGUIAR, Janaina Marques; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lília Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013.

ALMEIDA, Natalie; RAMOS, Edith. O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, 9(4): out./dez., 2020.

BRANDT, Gabriela Pinheiro, *et al.* Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. **Revista Gestão & Saúde.** 2018.

BARBOSA, L.C.; FABBRO, M.R.C.; MACHADO, G.P.R. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Avaliação em Enfermagem**, v.35, n.2, p.190-207, 2017.

Estumano VKC, Melo LGS, Rodrigues PB, Coelho ACR. Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. São Paulo: **Revista Recien.** 2017.

FREITAG, Renata da Silva. Violência obstétrica como violência de gênero: como indenizar a vítima? Universidade Católica do Paraná. 2018.

Campos NF, Maximino DAFM, Virgínio NA, Souto CGV. A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa. **Rev Ciênc Saúde Nova Esperança.** 2016.

COSTA, L.H.R. Corpo, poder e o ato de partear: reflexões à luz das relações de gênero. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v.53, n.1, p.39-46. 2015.

HENRIQUES, Tatiana. Violência obstétrica: um desafio para saúde pública no Brasil. **Página Grená**. Rio de Janeiro. fevereiro, 2021.

LEAS, R. E.; CIFUENTES, D. J. Parto humanizado: contribuições do enfermeiro obstetra. **Rev. Ciência Cidadania**. Centro Universitário Barriga Verde -UNI-BAVE. 2016.

Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, Cunha RO, Friche AAL. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Cien Saude Colet** 2019.

MELO, A.A.P.; SILVA, A.M.; PEIXOTO, M.R.; MANSANO, N.S.; BARBOSA, J.P. Atuação do enfermeiro no parto humanizado. **Revista Científica Eletrônica de Enfermagem**, v.1, n.1, p.4-11, 2018.

MACHADO, Julia Scatena. *Violência obstétrica: aspectos jurídicos no Brasil e o direito das mulheres a um parto humanizado* Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 20 jul 2022 TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; DINIZ, Simone Grilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2015;10(35):1-12.

MOURA, Rafaela Costa de Medeiros *et al*. Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Enferm. Foco. Centro Universitario UNIFACEX**, RN. 2018.

MITTELBACH, Juliana; SOUZA, Guilherme C. A. A pandemia de Covid-19 como justificativa para ações discriminatórias: viés racial na seletividade do direito a acompanhante ao parto. **Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro**, v. 20, 2022.

MARQUES, Gabriela; NASCIMENTO, Diego. Alternativas que contribuem para a redução da violência obstétrica. **Creative Commons, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Sul de Santa Catarina**. Tubarão SC Brasil.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS; 2014.

Oliveira SMJV de, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Rev. esc. enferm. USP**. 2015.

OLIVEIRA, T.R.; COSTA, R.E.O.L.; MONTE, N.L.; VERAS, J.M.M.F.; SÁ, M.I.M.R. Women's perception on obstetric violence. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.11, n.1, p.40-46, 2017.

Queiroga JS, Silva RV. A violência obstétrica no parto: uma realidade brasileira. João Pessoa. 2014.

Silva FC, Viana MRP, Amorim FCM, Veras JMMF, Santos RC, Sousa LL. O saber de puerperas sobre violência obstétrica. **Rev enferm UFPE on line**. 2019.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes Farias. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface** (Botucatu). 2019.

SILVA, A. O papel da enfermagem contra a violência obstétrica **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 4, p. 16686-16695, jul./ag., 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. **Genebra**: WHO; 2014.