

## **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: REVISÃO DA LITERATURA**

*Jessica Maria Petriu<sup>1</sup>*

*Tatiana da Silva Melo Malaquias<sup>2</sup>*

### **RESUMO**

A violência obstétrica é um grave problema de saúde pública enfrentado pelas mulheres durante o ciclo gravídico puerperal nas instituições de saúde no Brasil e no mundo. Deste modo, este estudo teve por objetivo realizar uma revisão da literatura sobre a violência obstétrica no Brasil e apresentar as principais políticas de saúde voltadas a este tema. Verificou-se que houve avanços direcionados a humanização do parto e nascimento, porém no Brasil percebe-se a necessidade de uma legislação que defina e criminalize a violência obstétrica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência Contra a Mulher; Saúde da Mulher; Parto.

### **OBSTETRIC VIOLENCE IN BRAZIL: LITERATURE REVIEW**

### **ABSTRACT**

Obstetric violence is a serious public health problem faced by women during the puerperal pregnancy cycle in health institutions in Brazil and worldwide. Thus, this study aimed to conduct a review of the literature on obstetric violence in Brazil and present the main health policies focused on this topic. It was found that there were advances aimed at the humanization of childbirth and birth, but in Brazil there is a need for legislation that defines and criminalizes obstetric violence.

**KEYWORDS:** Violence Against Women; Women's Health, Parturition.

---

<sup>1</sup> Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

<sup>2</sup> Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO).

## **INTRODUÇÃO**

A violência é manifestada como uma relação hierárquica pautada pela desigualdade com objetivos de dominação, exploração e opressão, onde o ser humano é tratado não como um sujeito, detentor de autoridade sobre suas próprias decisões, mas sim como coisa, caracterizado pela inércia, passividade e pelo silêncio, sendo suas ações ou falas impedidas ou anuladas (AGUIAR, OLIVEIRA, 2011).

A violência praticada contra a mulher seja física, sexual ou emocional, é considerada um grave problema de saúde pública. Desde a década de 50, este termo é mencionado, porém passou ser foco da atenção à saúde apenas recentemente, com a criação de políticas de intervenção e iniciativas da sociedade no âmbito nacional e internacional (LIMA, et. al., 2016).

No mundo inteiro, muitas mulheres enfrentam cenários de violência em todo seu ciclo vital, inclusive durante o período gravídico puerperal, no qual sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos nas instituições de saúde. Tal tratamento viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso e ameaça o direito à vida e o bem-estar psíquico, mental e social, além de trazer à saúde consequências adversas diretas para a mãe e a criança (WHO, 2014).

Os maus-tratos sofridos pela mulher no ciclo gravídico puerperal são caracterizados como violência obstétrica. Muitas vezes, consentida, mascarada e naturalizada pelas mulheres e por profissionais de saúde no trabalho de parto e parto, a violência obstétrica é encarada como algo normal que faz parte da rotina, e as parturientes não reclamam, não emitem opinião, muitas vezes por medo, temor da opressão ou por estarem vivenciando um momento muito especial de suas vidas: o nascimento do seu bebê (ZANARDO, et. al., 2017; WOLFF, WALDOW, 2008).

Neste sentido, este estudo teve por objetivo realizar uma revisão da literatura sobre a violência obstétrica no Brasil e apresentar o atual panorama brasileiro das políticas de saúde voltadas a mulher e recém-nascido no ciclo gravídico-puerperal.

## CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O parto até meados do século XVIII, era considerado um ritual feminino, realizado nas casas familiares por parteiras, sem a presença da figura masculina. No final do século XIX, os médicos obstetras passaram a controlar esta prática, tornando-a uma atividade a ser desenvolvida quase que exclusivamente no âmbito hospitalar (ZANARDO, et. al., 2017; SANFELICE, et. al., 2014).

A partir do século XX, a maioria dos partos foram realizados em hospitais (90%). Deste modo, a mulher foi perdendo o domínio de seu corpo e de suas vontades no momento do nascimento de seu filho, sendo forçada a submeter-se à procedimentos e decisões que em muitas ocasiões eram considerados inadequados e não recomendados (ZANARDO, et. al., 2017).

O parto passou a fazer parte do modelo hegemônico de saúde, centrado na figura do médico, que tem como característica o individualismo, a prática centrada na doença e na medicalização (FERTONANI, et. al., 2015). Esse modelo de atenção à saúde, com uso de tecnologias e procedimentos desnecessários, desfavorece a qualidade da assistência e traz insatisfação as parturientes, além de potencializar efeitos adversos a mãe e seu bebê (SANFELICE, et. al., 2014; LANSKY, et. al., 2019).

O parto e o nascimento de um filho são eventos marcantes na vida de uma mulher. Infelizmente, analisando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no nascimento, muitas vezes esse evento é lembrado como uma experiência dolorosa, resultando em sequelas profundamente marcantes, na qual a mulher se sentiu agredida, desrespeitada e violentada por aqueles que deveriam estar lhe prestando assistência (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Os eventos nocivos cometidos contra a mulher e seu bebê pela equipe de saúde são configurados como violência obstétrica. Este termo internacionalmente é conhecido como *disrespect and abuse during childbirth* e foi reconhecida pela OMS como um problema de saúde pública. No Brasil é denominado violência obstétrica (VO), violência no parto, violência

institucional ou estrutural na atenção ao parto, caracterizada como ato qualquer de violência direcionado à mulher durante o ciclo gravídico puerperal ou a seu bebê, praticado durante a assistência profissional (LANSKY, et. al., 2019).

A violência obstétrica é determinada, em parte, por uma violência de gênero, que transforma diferenças, de ser mulher, pobre ou de baixa escolaridade, em desigualdade, numa relação hierárquica na qual a parturiente é tratada como um objeto de intervenção profissional, e não um sujeito de seus próprios atos e decisões sobre o que lhe acontece, em seu próprio corpo. Subjaz a este contexto, a permanência histórica de uma ideologia de gênero naturalizadora da inferioridade física e moral da mulher e de sua condição de reprodutora como determinante de seu papel social, permitindo que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle da medicina (AGUIAR, OLIVEIRA, 2011).

A violência obstétrica pode ser expressa de várias maneiras, como: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de acolhimento e da escuta ativa pelo profissionais que prestam atendimento as gestantes e parturientes; discriminação envolvendo gênero, idade, orientação sexual, raça; violação dos direitos reprodutivos (discrrição das mulheres em decurso de abortamento); desqualificação do saber prático em detrimento do saber científico (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; SANTOS, SOUZA, 2015).

Com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à mulher no pré-natal, parto e pós parto, a violência obstétrica tem sido objeto de estudo de diversos pesquisadores desde a década de 80, quando surgiu o movimento social pela humanização do parto e nascimento, que teve suas propostas fundamentadas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1985), no qual foi realizada em Fortaleza, Brasil, a Conferência em Tecnologia Apropriada para o Parto, que foi um marco do movimento, resultando na Carta de Fortaleza. Esta Carta recomendou a abolição de práticas consideradas desnecessárias e agressivas a parturiente, como a episiotomia e indução do parto, fim de enemas e tricotomias, a presença de um acompanhante no parto, estímulo a amamentação e alojamento conjunto, a liberdade de posições no parto, a atuação de enfermeiras obstétricas no parto normal e inclusão de parteiras no sistema de saúde sem a presença da rede hospitalar (DINIZ, 2005; ZANARDO, et. al., 2017).

A OMS caracteriza a violência obstétrica como sendo a apropriação do corpo da mulher considerando-o patológico com o abuso da medicalização, perda da autonomia e poder de decisão. Além disso também pode ser identificada como abuso físico; cuidado não consentido; abuso verbal; discriminação; abandono, negligência ou recusa de assistência; detenção nos serviços (anulação da liberdade e autonomia) e imposição de intervenções obstétricas não consentidas sem bases científicas (RODRIGUES, et., al., 2018).

Muitos países têm estudado e abordado a violência obstétrica, como a Argentina e principalmente a Venezuela, que foi a primeiro país a garantir, por meio de legislação específica, os direitos das mulheres relacionados a violência (RODRIGUES, et., al., 2018; SOUZA, SANTOS, 2015).

### **CENÁRIO BRASILEIRO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

No Brasil, houve avanços na prevenção da violência obstétrica nos últimos anos, embora muitas mulheres ainda sofram algum tipo de violência durante o parto e pós-parto. Estudos apontam que uma entre quatro mulheres sofrem violência obstétrica, principalmente no aborto provocado (BRANDT, et. al., 2018, ANDRADE, et. al., 2016; TESSER, et. al, 2015).

O índice de cesarianas no cenário brasileiro é elevado. Em 2015, segundo informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), de todos os partos realizados, 56% corresponderam a cesáreas. A OMS recomenda para as gestações de baixo risco e sem complicações, que seja realizado o parto vaginal, uma vez que traz menos risco para mãe e bebê (BRANDT, et. al., 2018; ZANARDO, et. al., 2017).

Em 2014, foi apresentado os dados do estudo nacional “*Nascer no Brasil*” composto por 23.894 puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Os resultados deste estudo apontaram que as intervenções obstétricas foi maior entre aquelas com risco considerado habitual, ou seja, mulheres com risco reduzido de complicações durante a gestação e o parto. A posição de litotomia foi a mais utilizada durante a o parto para as parturientes de risco habitual, alcançando mais de 90% dessas mulheres,

apesar dos benefícios das posições verticalizadas para a mulher e para o feto (LEAL, et. al, 2014).

Sobre as intervenções realizadas durante o parto, uma pesquisa realizada em Recife com 603 puérperas constatou que 86,5% das parturientes sofreram algum tipo de intervenção, sendo as mais comuns a manobra de *kristeller* (37%), a episiotomia (56%) e uso de ocitocina de rotina e amniotomia (40%) (ANDRADE, et. al., 2016).

Os efeitos indesejados das intervenções podem fazer com que as mulheres tenham medo do parto vaginal. O uso exagerado de vários procedimentos e tecnologias tornam as mulheres mais fragilizadas, com medo de morrer ou perder seu bebê. Desde modo, muitas acabam optando pelo parto cesáreo, como uma forma de se protegerem contra as agressividades do parto normal (ZANARDO, et. al., 2017).

Outras formas de violência cometidas contra as mulheres durante o trabalho de parto referem-se a maneira como são tratadas pelos profissionais de saúde. Em oposição à obediência esperada pelos profissionais de saúde, surge a chamada “paciente escandalosa” ou “não colaborativa”, que é aquela que dá trabalho na hora de parir, ou seja, aquela mulher que fecha a perna, não escuta o profissional, não faz força efetiva, que chega despreparada para o parto, geralmente atribuído a um pré-natal inadequado, dispersa, que não está focada no trabalho de parto, que não fica quieta, que faz “showzinho”, já chega querendo impor suas vontades, poliqueixosa, berra, chama a equipe o tempo todo, fica chamando pelo marido, pela mãe, é pouco tolerante à dor e quer um atendimento mais individualizado, dizendo que não vai aguentar mais e fica mandando tirar o soro (AGUIAR, OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2013).

A falta de orientações nos procedimentos e intervenções que serão realizados nos períodos de anteceder o parto e no momento do parto podem ser os fatores que justificam os comportamentos considerados “inadequados” de algumas parturientes. A manipulação excessiva do corpo da mulher, em conjunto com as intervenções desnecessárias e a desinformação geram um ambiente estressante a parturiente e seus familiares, prejudicando todo o processo do trabalho de parto tornando-o um momento traumático na vida de muitas mulheres (MCCALLUM, REIS, 2006; WOFF, WALDOW, 2008; SOUZA, SANTOS, 2015).

O profissional de saúde deve estar preparado e qualificado para a assistência a gestante e parturiente. O despreparo profissional pode exacerbar os medos e ansios da mulher neste momento tão especial da sua vida (SOUZA, SANTOS, 2015).

As instituições de saúde devem oferecer apoio, treinamento e qualificação aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado da gestante e puérpera, contribuindo para as mudanças nas práticas assistenciais. Deve-se procurar novos modelos de atenção, que valorizem a autonomia das mulheres, tornando-as protagonistas em todo o ciclo gravídico puerperal e principalmente no momento do parto (ZANARDO, et. al., 2017).

Outro ponto importante a ser destacado é a negação ao direito ao acompanhante. Um estudo realizado com puérperas (SOARES, et. al., 2012), apontou que 51% das mulheres que realizaram cesárea, 24,5% não puderam ficar com acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. O direito ao acompanhante é garantido por lei e esse fato rompe com os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, além de uma violação dos direitos humanos (RODRIGUES, et. al., 2018; BRANDT, et. al., 2018; ZANARDO, et. al., 2017).

## **A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA A GESTANTE, PUÉRPERA E RECÉM-NASCIDO**

Com o objetivo de melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania no ano 2000, foi instituído no Brasil o do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2014).

O PHPN traz como prioridades: redução concentrar esforços das taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; melhorar a qualidade da assistência e acesso; ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos (BRASIL, 2014).

Ainda o PHPN está estruturado nos seguintes princípios: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda

gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2014).

De acordo com o PHPN (BRASIL, 2014), o adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e a puérpera deverão ser realizadas as seguintes atividades:

- 1.** Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4.º mês de gestação;
- 2.** Garantir os seguintes procedimentos:
  - 2.1** Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.
  - 2.2** Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.
  - 2.3** Realização dos seguintes exames laboratoriais:
    - a)** ABO-Rh, na primeira consulta;
    - b)** VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
    - c)** Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
    - d)** Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
    - e)** HB/Ht, na primeira consulta.
  - 2.4** Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes.
  - 2.5** Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.
  - 2.6** Realização de atividades educativas.
  - 2.7** Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.
  - 2.8** Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.



Com o intuito de dar continuidade da qualificação da assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, em 2011 foi instituído no Brasil a Rede Cegonha (Portaria n. 1.459/2011), que tem como objetivos:

- Realização de pré-natal (de risco habitual e de alto risco) com captação precoce da gestante, com realização dos exames preconizados e com acesso aos resultados destes em tempo oportuno;
- Acolhimento às intercorrências na gestação;
- Prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;
- Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru);
- Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas;
- Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, bem como a busca ativa de crianças vulneráveis;
- Orientação e oferta de métodos contraceptivos;
- Promoção do acesso ao transporte seguro nas situações de urgência para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco;
- Implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

No ano de 2016, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria 20.068 (BRASIL, 2016), no qual foram estabelecidas diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto, tanto nos serviços de saúde público quanto no privado. No 2º artigo desta portaria diz que o Alojamento Conjunto é o local em que a mulher e o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até a alta. De acordo com esta Portaria, no artigo 3º, o Alojamento Conjunto apresenta as seguintes vantagens:

I - Favorece e fortalece o estabelecimento do vínculo afetivo entre pai, mãe e filho;

II - Propicia a interação de outros membros da família com o recém-nascido;

III - Favorece o estabelecimento efetivo do aleitamento materno com o apoio, promoção e proteção, de acordo com as necessidades da mulher e do recém-nascido, respeitando as características individuais;

IV - Propicia aos pais e acompanhantes a observação e cuidados constantes ao recém-nascido, possibilitando a comunicação imediata de qualquer anormalidade;

V - Fortalece o autocuidado e os cuidados com o recém-nascido, a partir de atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional;

VI - Diminui o risco de infecção relacionada à assistência em serviços de saúde; e

VII - propicia o contato dos pais e familiares com a equipe multiprofissional por ocasião da avaliação da mulher e do recém-nascido, e durante a realização de outros cuidados.

Em 2016, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a Resolução 2.144/2016 que determina que a cesariana, a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, visando a garantir a segurança da mãe e do bebê.

Em 2017, foi estabelecido pelo Ministério da Saúde as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), que tem por objetivo fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal. Dentre as recomendações, destacam-se:

- Melhora da comunicação entre os profissionais de saúde e a gestante/parturiente e seus familiares, fornecendo-lhes informações claras e objetivas sobre a assistência e conduta no pré-natal, parto e pós-parto;
- Informar às gestantes de baixo risco de complicações que o parto normal é geralmente muito seguro tanto para a mulher quanto para a criança;
- As mulheres devem receber as seguintes informações sobre o local de parto: - acesso à equipe médica (obstetrícia, anestesiologia e pediatria); - acesso ao cuidado no

trabalho de parto e parto por enfermeiras obstétricas ou obstetrizes; - acesso a métodos de alívio da dor, incluindo os não farmacológicos (banheira, chuveiro, massagens, etc.), analgesia regional e outras substâncias analgésicas; - a probabilidade de ser transferida para uma maternidade (se esse não for o local escolhido), as razões porque isso pode acontecer e o tempo necessário para tal;

- As mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, não invalidando o apoio dado por pessoal de fora da rede social da mulher (ex. doula);
- Mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água. As que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve;
- Os profissionais de saúde devem refletir sobre como suas próprias crenças e valores influenciam a sua atitude em lidar com a dor do parto e garantir que os seus cuidados apoiem a escolha da mulher;
- Sempre que possível, oferecer a mulher estratégias e métodos não-farmacológicos para o alívio da dor no trabalho do parto;
- Não realizar exame especular se o diagnóstico de ruptura das membranas for evidente. Se houver dúvida em relação ao diagnóstico de ruptura das membranas realizar um exame especular. Evitar toque vaginal na ausência de contrações;
- O enema não deve ser realizado de forma rotineira durante o trabalho de parto.
- A tricotomia pubiana e perineal não deve ser realizada de forma rotineira durante o trabalho de parto;
- A amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem;
- As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto;

- Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do trabalho de parto em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos. A manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto;
- Não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo. Se uma episiotomia for realizada, a sua indicação deve ser justificada, recomendando-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus. Assegurar analgesia efetiva antes da realização de uma episiotomia;
- O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstétrico/obstetiz ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal, ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.

Além de todas essas ações e políticas de saúde implementadas no cuidado a mulher no ciclo gravídico puerperal e ao recém-nascido, considera-se imprescindível a qualificação da assistência prestada pelos profissionais de saúde, por meio do acolhimento efetivo e esclarecedor e formação de vínculo com a mulher e seus familiares. Esses profissionais devem ter apoio das instituições no qual trabalham, com cursos de capacitação, incentivo ao atendimento humanizado para serem capazes de entender as dimensões subjetivas da sua paciente como prioritárias (SOUZA, SANTOS, 2015).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A violência obstétrica é uma situação que ainda persiste nos serviços de saúde que prestam atendimento às mulheres durante o pré-natal, parto e pós-parto. Para que as mudanças aconteçam na qualificação da assistência a mulher e ao recém-nascido, faz

necessário um esforço coletivo de todos os envolvidos neste cuidado, com o objetivo de minimizar ou eliminar os fatores provocadores de violência obstétrica.

Ao longo dos anos, houve avanços direcionados a humanização do parto e nascimento, com a instituição de políticas públicas de saúde e legislações específicas, porém no Brasil verifica-se a necessidade de uma legislação que defina e criminalize a violência obstétrica.

Reforçamos a importância de a mulher durante o ciclo gravídico puerperal ser atendida de forma digna, que tenha sua autonomia e individualidade respeitada e seus direitos garantidos. Recomendamos que sejam seguidos os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde na assistência à mulher e recém-nascido por meio de um acolhimento humanizado, com informações precisas e claras.

Os profissionais de saúde devem prestar os cuidados com bases nas evidências científicas recomendadas, evitando os procedimentos e intervenções desnecessárias que venham causar dano a mulher e seu bebê.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, J. M.; D' OLIVEIRA, A. F.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunicação Saúde Educação**. v.15, n.36, p.79-91,2011.

AGUIAR, J.M; OLIVEIRA, A. F. P. L; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.11, 2013.

ANDRADE, P. O. N.; SILVA, J. Q. P.; DINIZ, C. M. M.; CAMINHA, M. F. C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade, Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, n.16, v. 1, p. 29-37, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292016000100029](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100029)

BRANDT GP; SOUZA, S. J. P.; MIGOTO, M. T.; WEIGERT, S. P. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. **Revista Gestão & Saúde**, n.19, v. 1, p. 19-37, 2018.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 07 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068\\_21\\_10\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html)

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM n. 2.144, de 17 de março de 2016. Ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. **Diário Oficial da União**, Seção I, p. 138. Brasília, 2016.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.20, v. 6, p. 1869-1878, 2015

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**, n. 24, v. 8, p. 2811-2823, 2019

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. **Cad Saúde Pública**, n. 30, p. 17-47, 2014.

LIMA, L. A. A.; MONTEIRO, C. F. S.; JÚNIOR, F. J. G. S.; COSTA, A. V. M. Marcos e dispositivos legais no combate à violência contra a mulher no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 1, 2016.

MCCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 22, n.7, p.1483-1491, 2006.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**: dossiê elaborado para a CPMI da violência contra as mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>.

RODRIGUES, D. P.; ALVES, V. H.; VIEIRA, R. S.; LEÃO, D. C. M. R; PAULA, E.; PIMENTEL, M. M. Violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Rev enferm UFPE on line**, n. 12, v. p. 236-46, 2018.

SANFELICE, C.; ABBUD, F.; PREGNOLATTO, O.; SILVA, M., & SHIMO, A. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, n.15, v. 2, p. 362-370, 2014.

SANTOS, L. M.; PEREIRA, S. S. C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 77-97, 2012.

SANTOS, R. C. S.; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 5, n. 1, p. 57-68, 2015.

SOARES, G.C.F.; ANDRETTO, D.A.; DINIZ, C.S.G.; NARCHI, N. Z. Adjustment disorders in the postpartum resulting from childbirth: a descriptive and exploratory study. **Online braz j**, n.11, v.3, p. 907-22, 2012.

TESSER, C.D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H.F.A., DINIZ, S.G. Violência obstétrica e prevenção um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 627-637, 2005.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**, 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;jsessionid=A996B848FA9448F6D1EFBAB1982C8074?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=A996B848FA9448F6D1EFBAB1982C8074?sequence=3)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate Technology for Birth. **The Lancet** 8452(ii):436-437, 1985.

ZANARDO, G. L. P.; CALDERÓN, M.; NADAL, A. H. R.; HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29: e155043, 2017.

**Recebido em: 15/12/2015**

**Aceito em: 30/09/2020**